

Indice

Prefazione.....	3
Introduzione.....	3

Capitolo 1

I Disturbi del Comportamento Alimentare: una problematica complessa

1. Classificazione diagnostica dei DCA.....	
2. I dati italiani e internazionali.....	
3. I Disturbi del Comportamento Alimentare: una problematica complessa.....	
3.1 I fattori biologici.....	
3.2 I fattori culturali.....	
3.3 I fattori psico-realzionali.....	
4. La dipendenza.....	
5. Il contesto culturale della dipendenza.....	

Capitolo 2

Il modello Continuum: un approccio multidimensionale integrato per i Disturbi del Comportamento Alimentare

1. I viaggi della speranza e i percorsi di cura.....	
2. Il modello Continuum.....	
3. Le pietre miliari del Servizio "Continuum".....	
4. L'Analisi Transazionale.....	
4.1 Gli Stati dell'Io.....	
4.2 Il copione di vita.....	

4.3 I principali messaggi copionali.....	
--	--

Capitolo 3

Servizio-Progetto Continuum: diagnosi, cura e riabilitazione dei DCA in trattamento semi-residenziale

1. Gli assunti di base del percorso di cura e riabilitazione.....	
1.1 La centralità della persona.....	
1.2 Il potere della persona.....	
1.3 Il cambiamento.....	
1.4 L'energizzazione di parti di sé.....	
1.5 Ognuno può cambiare.....	
1.6 La contrattualità.....	
2. Il percorso trapeutico.....	
3. I servizi offerti e le fasi del programma terapeutico.....	
4. La famiglia.....	

Conclusioni.....	
------------------	--

Introduzione

Dopo circa cinque anni di esperienza clinica di gestione di un Centro semiresidenziale per la diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare denominato “Continuum”, ho ritenuto opportuno condividere, con gli operatori socio sanitari e con le persone interessate all’argomento, il modello clinico e il percorso terapeutico-riabilitativo sperimentato in questi anni.

In primo luogo, mi sembra opportuno evidenziare che il percorso del progetto Continuum è il risultato della sperimentazione di un modello di trattamento in setting comunitario sperimentato in circa venticinque anni di attività clinica presso la Comunità Terapeutica per Tossicodipendenti “Maria Fanelli”. La scelta di utilizzare un modello già sperimentato nel trattamento della dipendenza da sostanza è stata presa sulla base delle evidenze provenienti dalla letteratura scientifica internazionale e dall’esperienza professionale maturata in questi anni nella clinica delle dipendenze (dipendenze da sostanza, game addiction, internet addiction ecc). Quest’analisi ha permesso di individuare alcuni punti chiari: le varie forme di dipendenza presentano la stessa complessità psicopatologica, in cui possono essere individuate componenti sociali, biologiche e psicologiche; spesso, più comportamenti da addiction si possono trovare nello stesso quadro sintomatologico; infine, la sospensione di un comportamento di addiction viene, in alcuni casi, sostituita da altro comportamento di addiction. E’ possibile ipotizzare, quindi, la presenza di un **Continuum** psicopatologico tra le varie forme di dipendenza, ovvero la “necessità” di ripetere comportamenti invalidanti, spesso anche ego sintonici, come la ricerca della sostanza, l’abbuffata o il gioco compulsivo.

In secondo luogo, si è scelto di mettere in campo un modello prevalentemente territoriale che, partendo dalla complessità della problematica, potesse assicurare al paziente una corretta presa in carico globale e multidisciplinare, e fosse in grado, inoltre, di offrire sia il supporto

post-trattamento sia il trattamento delle ricadute in maniera congrua al percorso terapeutico svolto. Infine, abbiamo sperimentato la possibilità di mettere in campo un modello clinico validato positivamente che contribuisse ad abbattere i costi relativi agli invii fuori regione o a trattamenti di tipo ospedaliero.

E' opportuno in questa mia introduzione ricordare che la realizzazione di questo servizio è stata resa possibile grazie alla sensibilità di amministratori quali il Direttore Generale dell'ASL ex Napoli 5, dott. Gennaro D'Auria, il responsabile dei fondi CIPE della Salute Mentale dott. Manlio Grimaldi e il direttore del Dipartimento di Salute Mentale dott. Franco della Pietra.

La gestione clinica del servizio Continuum, che ormai funziona da 4 anni, è stata portata avanti da un'équipe integrata pubblico-privato; quest'ultimo individuato attraverso un bando pubblico. Il personale dell'ASL con cui ho collaborato in questo progetto è composto di persone che definirei introvabili, poiché hanno lavorato in maniera appassionata e perlopiù gratuita, mettendo in gioco il proprio tempo e le proprie professionalità. L'internista, dott.ssa M. G. Di Lorenzo, la psichiatra dott.ssa F. Bortolotti, il pediatra dott. A. Federico, l'endocrinologo dott. A. Coppola sono stati e sono preziosi compagni di percorso, e anche nei momenti di difficoltà, hanno saputo con orgoglio professionale e sensibilità umana sostenere il servizio al di là dei ruoli e della burocrazia. Sono state soprattutto questa collaborazione e questa identità culturale che ci hanno permesso di mettere su l'esperienza di una unità semiresidenziale per i DCA unica in regione Campania.

Questo libro, materialmente scritto da me è, in realtà, un prodotto corale. La sua stesura ha visto la condivisione di tutta l'équipe terapeutico-riabilitativa, composta da personale dell'ASL e del Terzo Settore. Esso si propone di stimolare una riflessione sul concetto di dipendenza alla base della psicopatologia dei DCA, condividere la nostra esperienza clinica con i professionisti del settore e con il largo pubblico, avere un punto di riferimento chiaro di un modello riabilitativo-terapeutico per i DCA, cui farà seguito la pubblicazione di un lavoro di ricerca sugli esiti del trattamento, al fine di

confrontarci con la comunità scientifica con i dati ottenuti attraverso un percorso validato.

Infine, porgo un profondo ringraziamento al presidente della Fondazione “Fanelli”, il sacerdote don Mario di Maio, che ci ha messo a disposizione la struttura che ospita il nostro Centro; a lui va la nostra gratitudine e il riconoscimento di una persona profondamente impegnata nella mission di promozione di azioni di cambiamento concreto.

***Bruna sono ma bella,
o figlie di Gerusalemme,
come le tende di Kedar,
come i padiglioni di Salma.***

***Non state a guardare che sono bruna,
poiché mi ha abbronzato il sole.
I figli di mia madre si sono sdegnati con me:
mi hanno messo a guardia delle vigne;
la mia vigna, la mia, non l'ho custodita.***

Cantico dei Cantici 1,5-6

Capitolo 1

I Disturbi del Comportamento Alimentare:

una problematica complessa

1. Classificazione diagnostica dei DCA

La letteratura scientifica identifica i disturbi dell'alimentazione come persistenti disfunzioni del comportamento alimentare che condizionano la salute fisica, il funzionamento psicologico e la vita di relazione. Tali comportamenti non sono secondari a problematiche mediche, né ad altro disturbo psichiatrico noto.

I principali sistemi diagnostici internazionali, tra cui il DSM IV, identificano tre sindromi principali: l'Anoressia nervosa, la Bulimia nervosa, e gli EDNOS (Disturbi Alimentari non Altrimenti Specificati) tra i quali viene incluso il BED, Binge Eating Disorder (Disturbo da Alimentazione Incontrollata), spesso associato ad obesità.

L'anoressia nervosa è caratterizzata dal rifiuto di mantenere un peso corporeo adeguato e da un eccessivo legame tra la forma fisica, il peso e l'autostima. La malnutrizione che ne consegue può anche condurre alla morte. I primi sintomi sono la restrizione dell'alimentazione con relativa diminuzione del peso corporeo, astenia e depressione cui poi si accompagna l'amenorrea, che maggiormente richiama l'attenzione sulla patologia.

La bulimia nervosa invece è caratterizzata da improvvise abbuffate compulsive ripetute, cui si associa senso di colpa e successivi tentavi di compenso, che possono essere caratterizzati da episodi di vomito autoindotto, da abuso di farmaci lassativi o diuretici, e dall'eccessivo esercizio fisico; tali comportamenti sono volti a "riparare" l'errore e riprendere il controllo.

Il Binge Eating Disorder o Disturbo da Alimentazione Incontrollata, rientra nella categoria diagnostica dei Disturbi non Altrimenti Specificati o atipici (EDNOS). Esso è caratterizzato da ripetute abbuffate compulsive

accompagnate da profondi vissuti di autosvalutazione e di colpa; tali episodi di abbuffate non vengono seguite dai comportamenti di compenso utilizzati nella Bulimia. Questo disturbo è spesso associato a obesità.

Per quanto riguarda i Disturbi del Comportamento Alimentare EDNOS, a parte il BED, per il quale il consenso è sempre più crescente, non c'è un chiaro accordo rispetto a quanti siano e quali siano le manifestazioni principali.

Alcuni autori (Cotrufo et al., 1998; Kotler et al., 2001)¹ fanno riferimento alle due sindromi principali e includono in questa classe le forme di anoressie e di bulimie che, però, non soddisfano pienamente tutti i criteri diagnostici; altri autori (Crow et al, 2002)², invece, includono in questo gruppo la presenza di sintomi rilevati attraverso questionari sintomatologici e la cui intensità è indicativa di disagio, sebbene anche in questo caso non vengano soddisfatti i criteri diagnostici.

Infine, altri autori ritengono che la classe degli EDNOS sia il risultato di un sistema diagnostico dei disturbi dell'alimentazione (quello proposto nel DSM IV), che artificialmente distingue i DCA caratteristici dell'adolescenza e dell'età adulta da quelli tipicamente rilevati nella fanciullezza e nell'infanzia, mentre queste due tipologie non andrebbero distinte.

In questo quadro controverso, un elemento appare molto chiaro e condiviso: gli EDNOS sono disturbi poco conosciuti, che rischiano di essere difficilmente identificati, inadeguatamente curati e più resistenti al cambiamento.

¹ Cotrufo, P., Beretta, V., Monteleone, P. e Maj, M. (1998). *Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 112-115; *disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 112-115;

K Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40,12:1434-40.

² Crow S, Agras W, Halmi K, Mitchell J, Kraemer H. Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 309-318.

2. I dati italiani e internazionali

I disturbi del comportamento alimentare sono presenti in tutte le classi sociali e in tutte le componenti etniche. Tuttavia, non esiste una stima condivisa della prevalenza di anoressia e bulimia, per la difficoltà di uniformare gli studi volti a definirla.

Negli Stati Uniti, l'American Psychological Association (APA, 2000)³ ha rilevato che vi è una prevalenza dell'anoressia tra lo 0,5 e il 3,7 per cento nella popolazione femminile, a seconda della definizione di caso utilizzata, e tra l'1,1 e il 4,2 per cento per la bulimia. Il rapporto tra prevalenza nelle donne e negli uomini si attesta tra 1 a 6 e 1 a 10. Nella popolazione adolescente, vi è una prevalenza del disturbo nella classe femminile per quanto riguarda l'anoressia; i maschi anoressici sono tra il 19 e il 30 per cento.

Secondo il rapporto sulle malattie mentali di Health Canada, in Canada dal 1987 c'è stato un incremento del 34 per cento delle ospedalizzazioni di ragazze sotto i 15 anni e del 29 per cento tra i 15 e i 29 anni. Il servizio sanitario canadese stima che il 2 per cento della popolazione è affetta da disordini alimentari.

In uno studio pubblicato, Anna Maria Speranza (2004)⁴ revisiona la letteratura medica pubblicata nei vari paesi negli ultimi anni sul tema. L'autrice indica percentuali medie di prevalenza dello 0,7 % nelle ragazze adolescenti per l'anoressia e l'1-2% per la bulimia nelle donne tra i 16 e i 35 anni di età.

Gli studi sembrano rilevare una tendenza alla diminuzione della bulimia a fronte di un aumento dell'anoressia, ma questo dato potrebbe dipendere anche da una più accurata capacità di diagnosticare l'anoressia e da un aumentato numero di persone malate che richiedono assistenza e trattamento e quindi vengono registrate dai servizi sanitari.

Tra i paesi non occidentali, è il Giappone che registra una significativa incidenza di disordini alimentari, con prevalenze simili a quelle statunitensi.

³ American Psychiatric Association (APA) (2000b) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.

⁴ Speranza A.M., *Eating disorders "Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders"*, 2004.

Sintomi di anoressia e bulimia stanno comparando però anche in altre società, come in quella cinese, tra le donne che vivono in città moderne e occidentalizzate, come ad esempio Hong Kong.

In Italia, studi pubblicati rilevano una prevalenza dello 0,2-0,8% per l'anoressia e dell'1-5% per la bulimia, in linea con i dati forniti dagli altri paesi. Una ricerca condotta dalla dottoressa Anna Maria Speranza (1998)⁵ su un campione complessivo di 770 persone con età media di 25 anni, tutte diagnosticate con disordini alimentari, che si sono rivolte all'*Associazione per lo Studio e la Ricerca sull'Anoressia, la Bulimia, i Disordini alimentari e l'Obesità* a Roma e Milano, ha rilevato una percentuale del 70,3% di bulimia nervosa, il 23,4% di anoressia nervosa, il 6,3% di disturbi alimentari non altrimenti specificati o di altra condizione, per lo più corrispondenti a obesità. Nel campione analizzato, la data di esordio del disturbo è mediamente tra i 15 e i 18 anni, con due picchi uno a 15 e l'altro a 18 anni; queste due età rappresentano due periodi evolutivi significativi, quello della pubertà e quello della cosiddetta 'autonomia' o passaggio alla fase adulta, che sono stati rilevati anche in molti altri studi sul tema.

3. I Disturbi del Comportamento Alimentare: una problematica complessa

I Disturbi del Comportamento Alimentare hanno un'origine eziopatogenica multifattoriale; non esiste, infatti, una causa unica ma una concomitanza di fattori che possono variamente e diversamente interagire tra loro nel favorirne la comparsa e il perpetuarsi.

Questa posizione purtroppo viene spesso disattesa sotto il profilo sia diagnostico che clinico da alcune culture sanitarie "rigide", in cui la lettura della problematica e i protocolli di cura sono orientati ad attuare una doppia separazione: la malattia dal soggetto, ovvero il corpo dalla mente e la persona dal proprio contesto di vita.

L'allarmismo sociale che si è creato attorno ai DCA, soprattutto

⁵ Speranza A.M., *Aspetti diagnostici e caratteristiche psicopatologiche nei disturbi alimentari: un contributo di ricerca*, in *Il corpo ostaggio, Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia* a cura di Recalcati M., Borla, Roma, 1998.

attraverso l'anoressia, giustifica interventi che dimenticano la multifattorialità dei determinanti che generano il sintomo e, di conseguenza, porta alla riproposizione d'interventi o percorsi per "guarire", dimenticando la persona e la sua storia nonché il contesto e le risorse stesse di cui ognuno è portatore.

Lo psicoanalista Bernard Brusset (1998)⁶, pur mantenendo l'attenzione rivolta alla problematica intrapsichica, è del parere che sia utile prendere in considerazione ogni fattore che interviene nella genesi dell'anoressia mentale, tenendone presente le modalità di intervento e le sue conseguenze. Alcuni autori (Fairburn et al., 2003)⁷ hanno correlato tra loro i vari fattori indicandoli quali fattori predisponenti, fattori scatenanti e fattori perpetuanti. I fattori predisponenti sono la vulnerabilità biologica e psicologica e gli aspetti culturali; i fattori scatenanti sono il perdurare di situazioni stressanti o eventi traumatici: uno dei fattori scatenanti di maggiore impatto è rappresentato da diete rigide o inopportune; i fattori di mantenimento, infine, contribuiscono a rinforzare e perpetuare la condizione patologica una volta innestata. Questo sta ad indicare che, nell'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare, vengono ad interagire fattori che creano una sorta di predisposizione o vulnerabilità (fattori genetici che interagiscono con fattori culturali) su cui agiscono altri fattori scatenanti (un qualsivoglia trauma) che fanno precipitare la situazione e condurre all'insorgenza del disturbo, il quale, altrimenti, poteva rimanere latente. Questo, a sua volta, crea i presupposti (fattori di mantenimento) perché la malattia si autoperpetui.

3.1 I fattori biologici

La presenza dei fattori genetici nell'eziologia dei DCA è stata rilevata sia attraverso studi sul nucleo familiare che su gemelli monozigoti.

Gli studi condotti sulle famiglie hanno rilevato la presenza della familiarità nella manifestazione del DCA: i parenti di soggetti con DCA hanno un rischio di sviluppare il disturbo circa dieci volte più elevato rispetto a

⁶ Brusset B., (1998) *Psicopatologia dell'anoressia mentale*, Borla, Roma, 2002.

⁷ Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003) *"Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment"*, Behaviour Research and Therapy, Volume 41, 5, May, 509-528

parenti di soggetti non affetti. Il dato interessante è che l'aumento del rischio non riguarda una specifica manifestazione del DCA ma la problematica in generale; in altre parole, se il paziente è affetto da Anoressia Nervosa nella famiglia, si hanno casi non solo di Anoressia Nervosa ma anche di Bulimia Nervosa o EDNOS (Strober et al., 1998; 2000)⁸.

Questo dato, interessante per la cura e riabilitazione dei DCA, indica che le diverse categorie diagnostiche condividono fattori eziologici comuni. Questo dato non sorprende, vista la somiglianza clinica di questi disturbi e la frequente fluttuazione tra le diverse categorie diagnostiche (Ruocco, Alleri, 2006)⁹.

Tale fluttuazione è confermata anche dall'anamnesi dei pazienti che si sono rivolti al nostro Centro per la Diagnosi, Cura e Riabilitazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare, dove è emerso che circa il 25% degli utenti ha presentato nella sua storia clinica una migrazione della sintomatologia da una categoria diagnostica di DCA ad un'altra.

Gli studi su famiglie, però, non sono in grado di stabilire se la trasmissione familiare rilevata sia dovuta esclusivamente a fattori genetici o anche a fattori ambientali condivisi dalla famiglia (scelte religiose, classe sociale, abitudini di vita).

Gli studi su gemelli invece hanno indicato che tale familiarità é determinata prevalentemente da fattori genetici. Gli studi sull'ereditarietà hanno riguardato principalmente l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa.

Si rileva, in questi studi, che le stime dell'ereditarietà dell'Anoressia Nervosa sono comprese tra il 33% e l'84%, mentre gli studi dell'ereditarietà della Bulimia Nervosa tra il 28% e l'83,7%, con la restante varianza attribuibile a fattori ambientali non condivisi (eventi vissuti da un solo gemello) e un ruolo

⁸ Strober M, Bulik CM, and Nagy L (1998) *A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity*. Arch Gen Psychiatry 55 (7):603-610.

Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, and Kaye W (2000) *Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes*. Am J Psychiatry 157 (3):393-401.

⁹Ruocco R., Alleri P., *Il peso del corpo*, Franco Angeli, 2006.

trascurabile dei fattori ambientali condivisi (eventi vissuti dai gemelli allo stesso modo).

Per quanto riguarda il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) gli studi sono molto meno numerosi di quelli per l'Anoressia e la Bulimia e danno prevalentemente un'indicazione delle stime di ereditarietà dell'alimentazione incontrollata come sintomo. Le stime riportate variano tra il 46% e l'82%, e i fattori ambientali non-condivisi spiegano la restante varianza (Reichborn-Kjennerud et al. 2003; 2004)¹⁰.

3.2 I fattori culturali

La pratica clinica fa emergere sempre più come i Disturbi del Comportamento Alimentare siano culturalmente influenzati, in quanto i modelli proposti dai mass media veicolano modi e schemi di vita che vengono interiorizzati in maniera per lo più inconsapevole ed acritica. I contenuti di questi schemi fanno riferimento alla bellezza "ideale" e sono associati a mete quali ricchezza, potere, felicità, benessere, nonché l'appartenenza ad una speciale élite.

Claudio Giunta (2008)¹¹ afferma che i mass-media, che hanno ormai preso il posto delle agenzie educative tradizionali (famiglia, scuola, chiesa), tendono oggi a decidere i tempi e i modi dell'agenda culturale, secondo le leggi del mercato. Secondo Gilles Lipovetsky (2006)¹², nella nostra società è in atto un mutamento antropologico del comportamento di consumo: ciò che viene venduto è sempre meno l'oggetto, sempre più lo stile di vita, il modo di essere. Il consumatore è sempre più a caccia di esperienze emotive, di confort, di ben-essere. "La qualità della vita è diventata una passione di massa". Il desiderio di possedere la macchina il frigorifero e altri beni di consumo, tipico

¹⁰ Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Kendler KS, Roysamb E, Maes H, Tambs K, and Harris JR (2003) *Gender differences in binge-eating: a population-based twin study*. Acta Psychiatr Scand 108 (3):196-202.

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Tambs K, and Harris JR (2004) *Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study*. Int J Eat Disord 36 (3):307-314.

¹¹ Giunta C., *L'assedio del presente. Sulla rivoluzione culturale in corso*, Il Mulino, Bologna 2008.

¹² Lipovetsky G., (2006) *Una felicità paradossale. Sulla società dell'iperconsumo*, Raffaello Cortina, 2007.

della prima società dei consumi, è passato di moda; quello che le persone attualmente chiedono è di avere accesso alla “magia” di ridisegnare il proprio aspetto, rimodellare lo stile di vita, gestire il tempo a disposizione, possibilmente, prolungare la vita. La questione della felicità interiore è suggerita dai vari spot pubblicitari; l’armonia interiore e la realizzazione soggettiva sono sempre più oggetto di marketing”.

Sotto il profilo dell’analisi sociale, Umberto Galimberti¹³, afferma, in un articolo su Repubblica, che la malattia stessa dei disordini alimentari sia una sofferenza che in qualche modo investe la società occidentale: “....consideriamo che l’anoressia colpisce solo le ragazze dell’opulento Occidente ed è sconosciuta nel Terzo e Quarto Mondo, allora, senza vedere in questo una nemesi, non possiamo pensare che questa malattia e tutto quel background che le fa da sfondo (diete, palestre, footing, ginnastiche) sia una denuncia inespressa; che il nostro modo di sovrabbondare in cibo e opulenza nasconda tra le sue pieghe il segreto della malattia, come denuncia di quel malessere di cui l’anoressia si fa testimone? Il vuoto d’anima non si riempie con il cibo”.

A questo sfondo culturale si aggiunge la schizofrenia dei messaggi che si ravvisa nel fatto che essi sono incongrui e ambivalenti e che inducono la persona ad avere vissuti che ricordano quanto Laing (1955)¹⁴ ipotizzava sull’origine del disagio mentale; da una parte vengono esaltati i concetti di magrezza e bellezza fisica, dall’altro vengono inviati messaggi seduttivi rispetto ad un’alimentazione ipercalorica e sovrabbondante. Tutto ciò avviene, in entrambi i casi, in contrasto con stili di vita sani e congrui rispetto ai propri bisogni e alla propria storia di vita sia essa biologica che psicologica.

Da una parte vengono proposti stereotipi sull’immagine corporea e sulla bellezza, contribuendo a creare ideali in cui vengono presi come modelli corpi con magrezze spesso irraggiungibili. Viene diffusa un’immagine corporea magra e essenziale per la donna, tonica e asciutta per l’uomo; mentre la lotta

¹³ Galimberti U., *Repubblica*, 10 maggio 2002.

¹⁴ Laing R., (1955) *L’io diviso*, Einaudi, 2001.

al grasso in quanto tale è incalzante ed incessante, creando un vero e proprio fenomeno di stigmatizzazione.

A causa del facile accesso ai media da parte dei più giovani e dalle pressioni del gruppo dei pari, i modelli estetici femminili, attualmente, ritenuti ideali vengono veicolati anche ai preadolescenti e vengono da queste considerati un normale modello da seguire, conforme al proprio tempo e alla propria società. Anche le bambine in età prepuberale affermano di avere paura del “grasso”, e avvertono il desiderio di un corpo mutuato dai media o dagli stessi cartoni animati; anch’esse tendono, infatti, ad assimilare facilmente i comportamenti ed i pensieri relativi alla dieta e all’immagine corporea diffusi continuamente dai media e/o adottati dai familiari. La dieta, intesa come controllo sul corpo e modifica della propria immagine, rappresenta spesso il *primum movens* nella genesi di un disturbo alimentare: le adolescenti che si sottopongono a regimi alimentari restrittivi presentano un elevatissimo rischio di sviluppare un disturbo alimentare, fino a 18 volte maggiore rispetto a coetanee che non seguono una dieta.

Al tempo stesso, tuttavia, grande risalto viene dato al consumo di snacks, pasti pronti, dolciumi industriali, alcolici, di per sé promotori di una condizione di sovrappeso. I soggetti più sensibili a tale influenza sono i bambini e gli adolescenti, che hanno una difficoltà a decodificare i messaggi pubblicitari e al tempo stesso cercano la conferma della loro identità individuale mediante il riconoscimento nell’altro. Essi sono sedotti da immagini di cibi appetitosi e di facile consumo, al quale viene dato un significato simbolico che soddisfa il bisogno d’identità della persona in età evolutiva.

E’ chiaro che i fattori culturali da soli non sono in grado di provocare un disturbo alimentare; giocano un ruolo fondamentale quando essi si accompagnano a fattori individuali come la bassa autostima e la tendenza al perfezionismo e al controllo. Numerosi studi e anamnesi cliniche mettono, inoltre, in relazione la comparsa di DCA (soprattutto Obesità e Disturbo da Alimentazione Incontrollata) con gli insuccessi d’integrazione nel gruppo dei

compagni e la difficoltà a stabilire relazioni rassicuranti con i familiari. Molti autori mettono in relazione il disturbo alimentare con l'ipercriticismo su alimentazione e aspetto fisico, la tendenza familiare alla restrizione alimentare e l'essere presi in giro da parte dei coetanei e dei familiari durante l'infanzia e l'adolescenza; quest'ultimo fatto è vissuto dal ragazzo come una svalutazione che una volta interiorizzata pesa sul sentimento di autostima in modo persistente. Riflettendo su questi dati è facile notare che un modello culturale rigido rispetto a bellezza e peso corporeo si traduce in criticismo e prese in giro, che determinano un indebolimento dell'autostima e/o un'esigenza di ipercontrollo, fattori spesso in grado di slatentizzare un disturbo alimentare.

3.31 fattori psico-relazionali

Da un punto di vista dei processi psicopatologici, la letteratura internazionale tende oggi ad assimilare i disturbi del comportamento alimentare alle patologie di dipendenza patologica (*addiction*). La dipendenza patologica è l'espressione di un legame con oggetti persone o sostanze che impediscono alla persona di raggiungere livelli di autonomia adeguati alle sue risorse. Essa si esprime con pensieri, comportamenti e relazioni dove cibo, sostanze, gioco e così via assorbono la gran parte del tempo, dei pensieri e delle energie della persona.

La dipendenza patologica è legata alla "storia" della persona in cui vi è stata una difficoltà ad elaborare i naturali legami di dipendenza che si stabiliscono fin dalla nascita. La "storia" della persona comincia alla nascita con la relazione di "cura" che il bambino instaura, in particolare, con la propria madre. Tale relazione di cura si esprime attraverso la nutrizione, il contatto fisico e le cure materiali in genere. All'interno di questo primario processo di cura, la persona comincia a sviluppare le basi psicologiche dell'identità; la cura è lo scambio primordiale che il bambino ha con l'ambiente esterno che è costituito principalmente dalla figura materna.

Attraverso la cura inizia la complessa interazione madre-bambino basata

sui bisogni reciproci che porterà al *legame di attaccamento* (Bowlby, 1969)¹⁵. La relazione di attaccamento prevede tutti gli aspetti dello sviluppo della persona: psicologico, sociale e relazionale. La madre fornisce al bambino tutti gli strumenti sui quali poi costruire la propria identità e la propria autonomia. Secondo Bowlby all'interno della relazione madre bambino si sviluppa il legame di attaccamento; la qualità di questo legame che si stabilisce tra madre e bambino condiziona lo sviluppo della persona. Quanto più sicuro, infatti, è il legame di attaccamento, tanto più il bambino sarà capace di rivolgersi al mondo circostante per esplorarlo e padroneggiarlo. E' nella dipendenza sicura dalla madre che risiedono quindi i presupposti per l'autonomia del bambino. Il modello di attaccamento sviluppatosi, diviene, successivamente, un aspetto della personalità e un modello relazionale per i futuri rapporti. A tale proposito, un concetto importante è quello dei "*modelli operativi interni*"¹⁶ che il bambino costruisce dentro di sé in base all'esperienza del processo di attaccamento, e che riguardano convinzioni su sé, sull'altro e sulla relazione; tali modelli permetteranno di leggere gli eventi e le relazioni e di mettere in campo scelte e comportamenti in modo da confermare, come una profezia che si auto avvera, le convinzioni su sé e sull'altro formatesi nel corso dello sviluppo. Questo concetto, nella sostanza, è molto simile alla teoria del copione di vita postulato da Eric Berne¹⁷. Egli sostiene che il "piano di vita" della persona è il risultato di una continua mediazione che il bambino fa tra i suoi bisogni vitali e ciò che egli percepisce come richieste ambientali. Il piano di vita è composto dall'insieme delle decisioni che hanno portato il bambino a costruire "quel" piano di vita. Queste decisioni sono state prese da un bambino piccolo, durante i suoi primi anni, quando non c'era consapevolezza piena e le risposte all'ambiente avvenivano più su intuizioni e necessità del bambino di creare adattamenti che potessero garantire una sopravvivenza, che non su ipotesi verificate e consapevoli.

¹⁵ Bowlby J., (1969) *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'Attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, 1999.

¹⁶ Bowlby J., (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina editore, 1982.

¹⁷ Berne, E., (1972), *Ciao!...E poi?*, Bompiani, Milano, 1979.

Nella sua descrizione dei compiti del terapeuta, Bowlby si esprime in modo molto simile a Berne. Bowlby (1988)¹⁸ ritiene che uno dei compiti della psicoterapia è quello di aiutare il paziente ad osservare i propri schemi relazionali e le convinzioni su cui si basano: «per aiutarlo a considerare come le situazioni nelle quali generalmente si viene a trovare e le sue abituali reazioni ad esse, incluso ciò che si svolge tra lui e il terapeuta, possano essere comprese alla luce delle esperienze vissute con le figure di attaccamento nell'infanzia e nell'adolescenza (e magari ancora attuali) e quali siano state, e forse siano ancora, le sue risposte.» Berne (1966)¹⁹ riteneva che la psicoterapia fosse un incontro, quello del paziente con il terapeuta (e viceversa) in cui è possibile per il paziente mettere in discussione certe decisioni negative per sostituirle con decisioni che determinano un piano di vita soddisfacente. Tali obiettivi vengono raggiunti attraverso l'analisi dei propri vissuti e dei propri schemi relazionali assunti nei primi anni di vita in seguito alle relazioni avute con le figure genitoriali.

La stragrande maggioranza degli autori di matrice psicomatrica Bowlby (1969)²⁰ Winnicott (1971)²¹, Mahler (1975)²² e pur nella diversità delle relative impostazioni teoriche, concordano che le prime manifestazioni psichiche vadano lette a partire dalla realtà della diade madre-bambino. Fin dal momento della nascita, la madre e il bambino vivono una relazione di simbiosi fisiologica che, in alcuni aspetti, si prolunga con l'allattamento al seno o attraverso la nutrizione. La nascita rompe la simbiosi totale e immette il bambino nella fase del processo separazione-individuazione.

Secondo altri autori di matrice psicomatrica (Berne, 1972; Novellino, 2007)²³, il DCA riporta alla simbiosi fisiologica non risolta tra la madre e il bambino nel primo anno di vita; vi è un perdurare nella relazione madre-

¹⁸ Bowlby J.,(1988) *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Cortina editore, 1989.

¹⁹ Berne, E., (1966), *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio, Roma, 1986.

²⁰ Bowlby J.,(1969) *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'Attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, 1999.

²¹ Winnicott D. W., (1971) *Gioco e realtà*, Armando editore, 1990.

²² Mahler M. S., (1975) *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, 2000.

²³ Berne, E., (1972), *Ciao!...E poi?*, Bompiani, Milano, 1979.

Novellino M., *Principi clinici dell'analisi transazionale*, ed. Franco Angeli, 2007.

bambino di un vissuto simbiotico al di fuori dei livelli di consapevolezza che in qualche modo ostacolano i processi di separazione e individuazione. La problematica del processo di separazione- individuazione viene ripresa nella fase adolescenziale dove si ripropongono le vecchie relazioni.

Jeammet (2002)²⁴ ritiene che il funzionamento psichico fisiologico specifico dell'adolescenza sia caratterizzato dalla presenza di un antagonismo tra relazione oggettuale ed autorità. Il problema dell'adolescente che ha bisogno di individuarsi è quello di trovar la giusta distanza nelle relazioni oggettuali: "Per essere sé, bisogna nutrirsi degli altri e al tempo stesso, differenziarsi dagli altri".

L'adolescente, infatti, vive il superamento della dipendenza dagli oggetti esterni come uno degli accadimenti più complicati e dolorosi del lavoro di elaborazione psichica. D'altra parte, la dipendenza dagli oggetti esterni rimanda inevitabilmente alla problematica della separazione: "Affinché la separazione sia tollerabile, deve esistere uno scarto tra l'oggetto e il soggetto, con la permanenza nel soggetto di un riferimento interno che è in rapporto sufficiente con l'oggetto da cui esso si separa senza confondersi con lui"²⁵.

Secondo Jeammet, nel processo di patogenesi dei disturbi alimentari può accadere che l'adolescente, nella difficoltà di separarsi, possa innescare processi di regolazione della distanza relazionale, controllando il cibo, il quale diventa un mezzo per riappropriarsi di un'identità che ha difficoltà a raggiungere.

Nel lavoro svolto in questi anni con le varie tipologie di dipendenza (da cibo, da gioco, da sostanza, ecc...) abbiamo ormai da tempo rilevato come esse abbiano in comune il fatto di costituire comportamenti, o schemi comportamentali attraverso i quali la persona fa il tentativo di completare il processo di separazione-identificazione adolescenziale che ha difficoltà a

²⁴ Jeammet P. (2002a), *Specific of adolescent psychoanalytic psychotherapy*, *Psychotherapies*, 22(2), 2002.

²⁵ Jeammet P. (2002b), *I legami fondamento del soggetto: dalla costrizione al piacere*, *Adolescence*, 40.

portare a termine.

Le dipendenze rappresentano, quindi, delle stampelle cui hanno necessità di appoggiarsi alcune persone che avvertono la mancanza di parti di sé nel proprio vissuto quotidiano.

Caso di S.:

S., 18 anni, ha una dipendenza da internet e da cibo, ci comunica in modo chiaro questa dinamica: “ Finalmente quando sono al computer e comunico divento qualcuno, posso dare di me facilmente l’immagine che voglio non devo faticare, soprattutto mi libero di tutte le sensazioni d’insicurezza che mi hanno fatto tanto soffrire nella prima adolescenza”

Caso di G.:

“In discoteca sto bene perché lì il rapporto è più semplice. Nessuno ti chiede di più di quello che appari, ci sono le emozioni ma non necessariamente ti devi coinvolgere in una relazione. Nel quotidiano spesso è faticoso e difficile mantenere relazioni, impegni ecc.....”

La dipendenza soddisfa il pezzo mancante, o in termini dinamici, la persona ha la sensazione di poter chiudere il processo che ha iniziato ed ha difficoltà a completare. Le persone con problematiche di addiction semplicemente imparano a relazionarsi con l’oggetto della loro dipendenza in maniera ambivalente ed hanno con esso una relazione che Jeammet individua nelle persone con DCA "Ciò di cui ho bisogno è ciò che mi minaccia"²⁶: così come probabilmente è stato il loro rapporto con la figura genitoriale.

²⁶ Jeammet P. *Anoressia Bulimia I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*, Franco Angeli, 2006.

Le persone con addiction sono intelligenti e spesso brillanti, ma non riescono a riconoscere la gravità del loro stato; per loro la soddisfazione del desiderio si ottiene solo attraverso la relazione e la dinamica con l'oggetto da cui dipendono. Un giocatore d'azzardo, un dipendente da sostanza, una persona con problemi di DCA è inglobata nella sua relazione e anche se afferma di star male e di volerne uscire, tali dinamiche determinano degli allontanamenti che danno come risultato un ritorno al problema che fa sentire la persona sempre più fragile e sconfitta.

Caso di S.:

S. ha 13 anni e pesa 144 kg, ha un problema di Binge Eating Disorder. Dalla sua storia emerge che l'attaccamento al cibo si è acuito con l'abbandono scolastico e l'isolamento sociale e il suo tempo lo trascorreva solo su internet. Afferma: "Avevo difficoltà scolastiche, non mi accettavo fisicamente mi annoiavo e avevo problemi con gli amici così mi sono ritirata e ho cominciato a mangiare e il computer era la mia compagnia."

Caso di M.:

"Quante volte ho pensato di smettere di mangiare in maniera compulsiva; andavo dai dietologi sperando di seguire un programma ma dopo giorni, anche dopo settimane, mi sentivo un vuoto dentro e per colmarlo ricominciavo a mangiare e poi mi sentivo peggio di prima".

La Teoria Analitico Transazionale, nel riprendere il concetto di simbiosi non risolta, individua, per quanto riguarda la dipendenza patologica, il meccanismo della coazione a ripetere vecchie esperienze, vissuti e decisioni prese in eventi stressanti. Attraverso questo meccanismo, la persona attualizza il vecchio problema della simbiosi non risolta attraverso percezioni, vissuti, e

comportamenti dei primi anni di vita. La persona rivive un vissuto di incapacità e di impotenza e risolve il disagio riproponendo comportamenti che lo mantengono all'interno della simbiosi, allontanando la possibilità di rendere il conflitto risolvibile e di raggiungere livelli adeguati di autonomia. Jeammet (2006)²⁷ conferma la circolarità del processo di attualizzazione di problemi non risolti con la coppia genitoriale, infatti egli afferma che le persone con dipendenza patologica abbiano stabilito un “legame difficile” con i propri genitori e il disturbo alimentare e la tossicodipendenza rappresentano il tentativo fallimentare di raggiungere un'indipendenza che produce un'ulteriore dipendenza. E' la fuga che diventa trappola.

Bernard Brusset (1998)²⁸ è un altro autore che propone l'accostamento tra anoressia e tossicomania: “È la dimensione del piacere, del godimento, della autosufficienza narcisistica indotti dal digiuno, che accomuna l'anoressia con la tossicomania, in un paradosso in cui il rifiuto della dipendenza finisce per creare dipendenza in una specie di circuito chiuso mortifero”. E' la fuga che diventa trappola.

I DCA sono visti dagli autori come forma patologica femminile che corrisponde alla tossicomania nei maschi. Noi riteniamo invece che i dati degli altri disturbi alimentari non siano stati ancora valutati a fondo in quanto se è vero che l'anoressia è un problema femminile molto comune, non abbiamo ancora dati che riguardano gli altri problemi alimentari come, per esempio, il BED, in cui riteniamo che non vi siano differenze significative tra maschi e femmine. Come nella tossicodipendenza, non solo nell'anoressia ma anche nei disturbi alimentari in genere, constatiamo che il comportamento è condizionato dal *carving*. I pazienti con BED così si esprimono: “Non so come accade, perdo il controllo e vado alla ricerca del cibo, solo dopo che ho appagato il bisogno, mi rendo conto e mi sento in colpa”.

Alcuni autori correlano il problema dei DCA a un disturbo della funzione riflessiva della mente umana; il disturbo è una reazione distorta o vulnerabile

²⁷ Jeammet P. *Anoressia Bulimia I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*, Franco Angeli, 2006.

²⁸ Brusset B.,(1998) *Psicopatologia dell'anoressia mentale*, Borla, 2002.

nell'organizzazione del sé. La funzione riflessiva è un concetto che si riferisce ai processi psicologici alla base della capacità di costruire rappresentazioni mentali.

Questo concetto è stato descritto sia in ambito psicanalitico (Fonagy e Target, 1997)²⁹ che cognitivo (Morton e Frith, 1995)³⁰. La mentalizzazione è un aspetto della funzione riflessiva definibile come la capacità di vedere un comportamento, proprio o altrui, come la conseguenza di un pensiero, di un'emozione, di una convinzione (Gunderson, 2004)³¹. Sulla base di osservazioni empiriche, Fonagy e Target hanno argomentato che la capacità di comprendere il comportamento interpersonale in termini di stati mentali è la chiave di volta dell'organizzazione del sé e della regolazione affettiva. Questo processo si realizza nelle prime relazioni di attaccamento, nel rapporto di rispecchiamento tra il bambino e la madre.

4. La dipendenza

La dipendenza si caratterizza dall'incapacità delle persone a poter gestire in maniera autonoma e consapevole il rapporto con una persona, una sostanza, un comportamento, un gioco ecc.. La persona di fronte all'oggetto della sua dipendenza difficilmente si riconosce il potere e lo vive internamente come un rapporto subito e da cui dipende il piacere e il dispiacere.

Infatti, nei colloqui con persone che hanno problematiche di dipendenza, siano essi tossicodipendenti, persone con DCA, persone con dipendenze da gioco ecc, si trova l'opinione e la fantasia che "qualcosa al di fuori di me può farmi stare bene o stare male". È il cibo, è la sostanza, è internet ecc. Pertanto, se è l'oggetto esterno ad avere potere, la persona aliena da sé la possibilità di risolvere il problema .

²⁹ Fonagy, P., Target M. (1997), *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé*, in *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano, 2002.

³⁰ Morton, J., Frith, U., (1995), *Causal modelling: A structural approach to developmental psychology* in Cicchetti, D., Cohen, D.J. (eds.), *Developmental psychopathology, Vol. I, Theory and methods* (pp. 357-390). New York: John Wiley.

³¹ Gunderson, J. (2004), *Foreword*. In Bateman, A., Fonagy, P. (eds.), *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalisationbased treatment* (pp.v-vii), Oxford: Oxford University Press.

Il non riconoscimento del potere sullo star bene o star male, la non gestione genera la psicopatologia. Gli elementi della psicopatologia, sia di contenuto che di processo, sotto il profilo clinico analitico-transazionale, sono rappresentati dal fatto che lo Stato dell'lo *Bambino* ha il controllo della relazione con l'oggetto e viene esautorata la presenza dello Stato dell'lo *Adulto* e dello Stato dell'lo *Genitore*. È comune che le persone con dipendenza patologica si esprimono dicendo: "È al di fuori della mia volontà.... Sento che posso farci poco ... ", ancora "Lo so che sbaglio, so cosa dovrei fare ma è più forte di me, ad un certo punto perdo il controllo".

Il dipendente, nella maggior parte dei casi, vive inoltre la dipendenza con ambivalenza: Lo stato dell'lo *Bambino* riconosce questo sentimento di ambivalenza rispetto all'oggetto da cui dipende. Così si esprime un tossicodipendente: "La droga mi ha dato dei momenti bellissimi, ma anche la disperazione" o una persona con disturbi alimentari: "Quando mangio sto bene... poi penso che ho esagerato e sto male". Quello che accomuna le persone con una dipendenza patologica è il vissuto conflittuale rispetto ad un comportamento o una sostanza. La persona è invischiata all'interno dell'altalena dello star bene e dello star male nel rapporto a cui non riesce a dare alcuna soluzione. È l'incapacità a risolvere il problema o il legame che provoca enorme sofferenza e spesso dà origine ai percorsi di cura.

Nel linguaggio comune la parola "**dipendenza**" è definita come quella condizione per cui una persona si trova nell'**impossibilità o incapacità di determinare da sola le condizioni della sua vita**. Deve pertanto appoggiarsi a qualcosa o a qualcuno per poter fare tutto ciò che da sola non è in grado di svolgere. Quindi il significato del termine dipendenza è sostanzialmente quello **di non poter fare a meno di qualcosa o di qualcuno**.

Per l'essere umano dipendere da qualcosa o da qualcuno è una condizione "normale", determinata dalla natura stessa dell'uomo, essere imperfetto, esposto alla necessità, al bisogno. Gli esseri umani dipendono da tante cose e di alcune non possiamo fare a meno per la stessa sopravvivenza fisica; ad esempio ci sono indispensabili l'ossigeno, il cibo, l'acqua e molti altri

elementi. Inoltre ci sono cose da cui dipendono anche per la qualità della vita, ad esempio, al valore dei legami con le persone care. Infine vi sono le abitudini attraverso le quali l'essere umano struttura il proprio tempo e tiene a bada l'ansia. Bowlby (1969)³² ha parlato molto della dipendenza dai legami affermando che per un sano sviluppo l'essere umano necessita della dipendenza sicura che permette l'esplorazione e l'adattamento all'ambiente. Una posizione, secondo noi integrante, è quella di Berne (1964)³³ e Steiner (1971)³⁴, nella teoria delle carezze. Rifacendosi agli studi di Spitz (1946)³⁵, essi rilevano che vi è un bisogno di base in ogni essere umano che è quello della fame di stimoli. Questa istanza innata diventa la motivazione primaria per la quale l'essere umano cerca la relazione. Questa necessità psicologica spinge la persona verso l'altro alla ricerca di carezze, riconoscimenti (Steiner, 1971)³⁶ senza le quali la persona prova angoscia. Il tipo di riconoscimento è legato alla fase della propria vita; i bambini piccoli necessitano delle carezze fisiche, gli adolescenti del riconoscimento del gruppo dei pari, gli adulti del riconoscimento sociale ecc.... Secondo questi autori il bisogno è talmente fondamentale per l'essere umano che la persona, pur di essere riconosciuta, non si sottrae alle carezze negative. I bambini piccoli, per esempio, pur di essere riconosciuti dalle loro figure primarie accettano le carezze anche quando hanno una valenza negativa.

5. Il contesto culturale della dipendenza

La dipendenza e le sue espressioni sintomatologiche sono strettamente correlate ai contesti e alle mode; basta dare un'occhiata ai dati provenienti sia dall'ambito sociale che sanitario, per rendersi conto che con il cambiare delle mode cambiano i comportamenti di addiction.

³² Bowlby J., (1969) *Attaccamento e perdita*, op. cit.

³³ Berne, E., (1964), *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano, 1967.

³⁴ Steiner C. M., (1974), *Copioni di Vita, La Vita Felice*, Milano, 1999.

³⁵ Spitz R., (1946) *Il primo anno di vita del bambino. Genesi delle prime relazioni oggettuali*, Giunti-Barbera, 1972.

³⁶ Steiner C. M. (1971), *The stroke economy*, in *Transactional Analysis Journal*, 1,3.

Un esempio è quello del fenomeno del consumo delle sostanze, in cui dagli anni 80 ad oggi vi è stato un cambiamento sia nell'uso del tipo di sostanze che negli stili e negli ambiti del consumo. La cocaina, il policonsumo, l'ecstasy ecc. hanno sostituito la tradizionale eroina, mentre i contesti del consumo sono contesti quotidiani o ricreazionali (feste, rave, uscite del sabato sera ecc).

Le tradizionali sostanze, quali l'eroina, rappresentano una vita altra rispetto alla realtà del soggetto; le nuove sostanze e i nuovi stili di consumo, invece, si possono definire dei supporti che hanno sia una funzione culturale, tipica delle mode giovanili, sia di supporto, in quanto aiutano la persona ad affrontare una realtà vissuta come complicata poiché richiede prestazioni rispetto alle quali la persona si sente inadeguata.

Un importante elemento di riflessione riguarda i dati epidemiologici: il consumo di sostanze coinvolge persone di tutte le età e di tutte le categorie sociali; il ricorso alle sostanze è agito dall'adulto e dall'adolescente, dal professionista e dall'operaio, dallo studente e dal disoccupato. Ogni categoria ha poi la sua droga d'elezione, nei giovani è molto diffusa la sperimentazione delle nuove sostanze; forse perché è anche attraverso il tipo di sostanza vi è la ricerca della differenziazione.

La pervasività sociale del consumo fa presupporre che le motivazioni vadano al di là della problematica adolescenziale, che sia spesso una risposta generalizzata della persona ad una società che, con la sua complessità, favorisce il ricorso a stampelle di supporto farmacologico. Inoltre a vari livelli, sanitario, sociale, culturale emerge, in modo sempre più evidente, che altri tipi di dipendenze, quali dipendenza da gioco, da internet, sessuale ecc. stanno diventando manifestazioni di disagio importanti che richiedono attenzione e sollecitano una seria riflessione sulla tipologia delle risposte da dare sotto il profilo sia clinico sia socio-culturale.

Un fenomeno importante, ai fini dell'inquadramento della problematica, che si manifesta nelle dipendenze che è quello della multi dipendenza; un esempio è quello che emerge dalla clinica dei DCA: il 51% delle persone con

DCA ha una multi dipendenza. Nel gruppo di adolescenti in carico presso il nostro Servizio per la Diagnosi e Cura e Riabilitazione dei DCA, il 60% dei soggetti presenta una dipendenza da internet; mentre nella fascia d'età sopra i 24 anni si trova una maggiore correlazione con il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo e la sexual addiction.

L'evento mass media nella cultura occidentalizzata gioca un ruolo fondamentale nei percorsi di dipendenza e fa da sfondo ad una situazione esistenziale dove si sono indeboliti i miti e i valori della cultura di appartenenza.

L'accesso facile e l'uso prolungato e acritico dei mass media hanno condizionato pesantemente i processi educativi; le agenzie educative come la famiglia, il gruppo di riferimento, i simboli della tradizione hanno meno efficacia educativa e contenitiva.

I punti di riferimento tradizionale fanno sempre più da sfondo nella vita delle persone, perdendo, pertanto, la loro valenza identificatoria, e vengono sostituiti da modelli per lo più simbolici, spesso frammentati e concretamente lontani o irraggiungibili.

Caso di A.:

A. è una ragazza con problemi di anoressia; nella vita ha adottato un modello di un gruppo culturale e si veste secondo i dettami estetici del gruppo: si cura e si veste di scuro e critica i pari per la loro banalità. Ad una richiesta della terapeuta di maggiori informazioni sul gruppo a cui lei si ispira, A. così si esprime così: "Non so, non ho ancora approfondito, conto di farlo ma, mi piace molto come si presentano e questo modo di abbigliarmi mi fa sentire qualcuno".

Il processo di acquisizione del modello culturale, tradizionalmente avveniva attraverso un'esperienza temporale in cui il complesso intreccio di relazioni simboliche ed esperienziali faceva in modo che l'acquisizione del

modello corrispondesse anche alla profonda conoscenza del modello stesso, diventando, quindi, come tutto ciò che è conosciuto, rassicurante e contenitivo.

L'acquisizione dei modelli veicolati attraverso i mass media avviene in tempi brevissimi; tali modelli, non trovando il tempo all'interno della persona di essere mediati sul piano cognitivo ed emotivo, risultano scollati dall'esperienza; pertanto essi funzionano, a livello interno, come prescrizioni comportamentali.

Il risultato, direbbe Berne, è che queste prescrizioni favoriscono nella persona processi conformistici di iperadattamento soffocando le naturali inclinazioni e bisogni della persona; pertanto, anche se vengono assorbiti e condivisi, essi funzionano internamente come una regola, spesso irraggiungibile e pertanto persecutoria.

Caso di C.:

“Quando esco mi devo sentire a posto, passo mezz'ora allo specchio: il pantalone, la camicia, la pettinatura, curo tutto seguo la moda in tutti i dettagli ...spesso però mi sembra di non fare abbastanza, vedo le modelle e mi chiedo: ma come fanno ad essere così magre e disinvolte? Io mi sento poco disinvolta.... Un pò la “birretta” mi aiuta ad essere più sciolta”.

La presenza dei mass media nella vita degli adolescenti è invasiva al punto che condiziona il conflitto intergenerazionale; il figlio impegnato su internet è attento ai suoi contenuti, mentre è in atto il processo di separazione e la costruzione della propria identità invece che relazionarsi con il proprio genitore guarda da un'altra parte fino spesso a negare lo stesso conflitto; il genitore d'altra parte sente che c'è qualcosa che sfugge alla sua conoscenza e si vive l'angoscia, spesso negata, di una relazione che in certi momenti è inafferrabile. Su un piano superficiale sembra in alcune situazioni che il conflitto sia annullato.

Caso di F.:

Genitore: “Non la capisco vorrei entrare nella sua testa per capire cosa pensa ma non so...”

F.: “Non ho molti scontri con i miei genitori, non capisco di cosa si lamentano. Io faccio il mio dovere di studente...i miei genitori li vivo come se fossero su un altro pianeta, sono lontani e difficilmente comprendono i miei stati d'animo, a volte ho la sensazione che abbiamo modi di parlare e pensare completamente diversi”.

Caso di S.: S. è una ragazza in forte sovrappeso, è laureata e chiede aiuto per il peso e perché sente che i genitori hanno una “mentalità arretrata e provinciale” e non comprendono la sua vita e le sue scelte. Fa uso di superalcolici, mangia in continuazione e sta al computer per quasi tutto il tempo che sta a casa. Fa uso saltuario di cocaina, riferisce: “Mi piace il mondo della notte, non vi sono obblighi e soprattutto non devo dare conto di quello che faccio, mi piacerebbe potermi permettere più spesso di andare nei locali ma, da quando mi ha lasciato il ragazzo che era ricco e pagava per me, la taccagneria dei miei genitori mi dà problemi così ho trovato un lavoretto che mi permette di farlo; accompagno le persone ai tavoli ..”

La constatazione che facciamo spesso, nei colloqui familiari, e che ognuno vive un quotidiano i cui contenuti e le conoscenze stesse sono sconosciute all'altro e pertanto difficilmente affrontabili. Un esempio è quello del costume dei giovani di vivere i momenti di aggregazione di notte, i punti d'incontro dei giovani, discoteche pub rave ecc... sono spazi di vita in cui la presenza dell'adulto è quasi completamente assente e i linguaggi e i rituali, nonché le regole e i contenuti difficilmente giungono al mondo degli adulti.

*Ma ancora proteggi la grazia del mio cuore,
adesso e per quando tornerà il tempo...*

*Il tempo per partire,
il tempo di restare,
il tempo di lasciare,
il tempo di abbracciare.*

*In ricchezza e in fortuna,
in pena e in povertà,
nella gioia e nel clamore,
nel lutto e nel dolore,
nel freddo e nel sole,
nel sonno e nell'amore.*

*Ma ancora proteggi la grazia del mio cuore,
Ma ancora proteggi la grazia del tuo cuore.*

Ovunque proteggi, Vinicio Capossela

Capitolo 2

Il modello **Continuum**: un approccio multidimensionale integrato per i Disturbi del Comportamento Alimentare

1. I viaggi della speranza e i percorsi di cura

In questi anni di attività clinica, nel corso dei colloqui di primo contatto, spesso ci siamo trovati di fronte a persone che hanno fatto precedentemente vari percorsi di cura, i quali vengono descritti dalle persone come veri e propri viaggi della speranza.

Storia di F .:

” ... avevo fatto una dieta drastica avevo perso molti chili e non riuscivo a smettere di controllare e restringere le quantità di cibo...sono stata inviata presso il centro X... dopo tre mesi stavo meglio, pensavo che il centro mi avesse finalmente guarita: avevo rimesso peso. Poi sono tornata a casa e tutto è ricominciato come primaanzi peggio, perché avevo delle speranze in meno....da allora ho fatto vari programmi a volte ho messo peso..... Attualmente il mio problema è cambiato, restringo di meno e abitualmente vomito...”

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono l'espressione di una problematica complessa della persona, presentano cause multifattoriali e sono strettamente correlati al contesto socio-relazionale nel quale emergono. Questa complessità fa sì che la risoluzione dei problemi duri spesso vari anni e che questi disturbi tendano a ripresentarsi anche a distanza di tempo.

I percorsi proposti sono solitamente attuati in strutture residenziali o semiresidenziali spesso fuori regione, ed hanno uno svolgimento temporale definito; questi interventi sebbene in alcuni casi costituiscano le uniche

soluzioni possibili, dall'altro pongono una serie di problemi.

Il primo problema riguarda la presa in carico che, essendo temporalmente determinata, non riesce a rispondere in modo adeguato all'andamento spesso recidivante del disturbo. In questi casi alquanto frequenti la risposta al trattamento risulta essere, con il tempo, inefficace.

Caso di A.:

A. è un'adolescente presa in carico all'età di 14 anni per un problema di drastica perdita di peso. Il suo indice di massa corporea è al di sotto di 15, ha comportamenti e pensieri ossessivi legati al peso e al cibo. Viene presa in carico, ha una motivazione adeguata ma non è consapevole di avere un problema...

Il secondo problema è rappresentato dall'importanza, in particolare per le persone in età evolutiva, di prendere in carico la persona e la sua famiglia, e comunque promuovere processi di cambiamenti globali e contestualizzati; il ricovero fuori regione o fuori territorio è decontestualizzante e spesso da parte della famiglia assume le caratteristiche di una delega.

Il terzo problema, non per importanza, riguarda la necessità che la persona si riappropri della capacità di fronteggiare il problema all'interno del proprio contesto di vita, cambiando le proprie decisioni interne, modificando i comportamenti e gestendo le proprie relazioni.

Il motivi dei ricoveri fuori regione sono molteplici, storico-culturali ed economici. I motivi storico culturali sono da collegarsi a quello che a tutt'oggi rimane l'archetipo della cura: la presa in carico della persona, in quanto portatrice di un sintomo e di una patologia, al di là della sua storia e del suo contesto di vita.

Caso di I.:

I. ha 14 anni quando viene al Centro, ha una diagnosi di Binge

Eating Disorder e pesa 120 kg. Riesce ad essere inserita nel programma e dopo circa 6 mesi gestisce il proprio controllo sul cibo; controlla le abbuffate ed ha una perdita di peso di circa 20 kg. Nel percorso terapeutico però la terapeuta familiare ha difficoltà a lavorare con la famiglia che raramente si presenta agli appuntamenti degli incontri familiari e a casa non aiuta la ragazza nelle prescrizioni comportamentali; si mostra spesso irritata nell'accompagnare la ragazza al centro e non tenta nemmeno di renderla autonoma permettendole di utilizzare i mezzi pubblici. I. interrompe il programma al sesto mese senza però interrompere i contatti e di tanto in tanto contatta gli operatori. Torna dopo 8 mesi, ritorna accompagnata dalla madre con la richiesta di essere presa in carico: ha rimesso tutti i chili persi e attualmente non riesce a controllare le abbuffate. E' depressa, ma ha voglia di ricominciare. La madre racconta che dopo avere smesso di frequentare il centro ha rimesso tutti i chili e un medico notando il sovrappeso della ragazza le ha consigliato di mettere il palloncino intragastrico. Durante il primo incontro afferma: "Ho chiaro che il mio problema nasce da come mi gestisco l'ansia, ho bisogno di prendermi cura di quello che mi succede dentro e con voi stavo riuscendo a farlo poi..." Interviene la madre dicendo: "La responsabilità è mia, non ho creduto molto nel percorso e non ho sostenuto adeguatamente mia figlia. Adesso mi rendo conto che non solo I. deve essere aiutata ma tutti noi della famiglia.."

Il caso di I. è una delle tante situazioni che si presentano manifestando due tipi di bisogno: una presa in carico globale della persona e del proprio contesto di vita e la possibilità di un intervento territoriale che tenga conto dei tempi della persona e proponga un accoglienza che si basa su una relazione di alleanza terapeutica. Nel caso di I. la ripresa in carico è stata possibile perché era stato realizzato con l'utente sia un percorso motivazionale adeguato sia

un'alleanza terapeutica.

Spesso anche quando gli interventi proposti sono di comunità o casa famiglia le proposte sono comunque lontano da casa in ambienti anche culturalmente diversi. In particolare al sud scarse sono le proposte in cui si possa realizzare un percorso di cura contestualizzato dove, al di là dell'emergenza sanitaria, si possa provvedere ad una presa in carico con la possibilità di rimanere all'interno dei propri legami e attivare le risorse della persona, della famiglia e del contesto di appartenenza, al fine di renderli funzionali e attivare processi di cambiamento. Presso il nostro Centro arrivano persone che hanno avuto vari ricoveri fuori regione, nessuno di essi ha mantenuto legami con le precedenti strutture anzi, spesso notiamo la completa rimozione di percorsi fatti.

Caso di M.:

Così si esprime M. con un problema di Binge Eating Disorder: "Sono stata presso il centro X perché non riuscivo a smettere di mangiare .. ho saputo del centro X e ho chiesto il ricovero che mi è stato autorizzato dall'ASL di appartenenza... al centro facevamo varie attività: la dieta, riabilitazione e incontravamo lo psicologo per essere sostenuti nel percorso.....

Alla domanda dell'operatore: "Cosa è cambiato?" M. risponde: "Ho perso dieci chili...che ho poi regolarmente ripreso..."

La storia di M. ci induce a tre tipi di riflessioni:

- una prima riflessione riguarda la procedura clinica, in quanto i ricoveri per i DCA seguono la dinamica del ricovero nelle strutture di cura, dove la funzione d'invio da parte del sanitario è quello di una procedura diagnostica e il protocollo di trattamento è una mera prescrizione d'intervento. Manca per lo più il percorso motivazionale finalizzato sia all'attivazione delle risorse della persona che all'alleanza terapeutica;
- la seconda è che un processo in cui manca il percorso motivazionale, la

relazione contrattualizzata e l'alleanza terapeutica, collude e rinforza la problematica di dipendenza delle persone. Le persone con DCA hanno molto comunemente la fantasia che il problema della perdita di controllo di fronte al cibo necessiti che qualcuno dall'esterno se ne prenda cura o ancora nel caso delle anoressiche che qualcuno le sostenga nel loro processo di controllo;

- la terza si riferisce al peso economico del trattamento, sia a carico del sistema sanitario, della famiglia e della persona stessa; l'allontanamento dal contesto di appartenenza blocca la vita della persona, sia essa studente, casalinga o lavoratore.

2. Il modello *Continuum*

La sperimentazione di modelli innovativi nel campo della sanità pubblica è complicata da una serie di fattori quali le autorizzazioni, la cultura istituzionale, l'organizzazione dei servizi, le scarse risorse, l'assenza, nella cultura aziendale, di una propensione a partecipare a bandi di sperimentazione innovativi nel campo della salute, le modalità con le quali vengono impegnati i fondi destinati agli obiettivi prioritari regolarmente finanziati dal comitato interministeriale programmazione economica e così via scorrendo.

La messa in campo del Servizio-progetto *Continuum* miracolosamente ha superato le difficoltà attraverso una sinergia e un lavoro di rete tra pubblico e Terzo Settore; in questo caso tra Il Dipartimento di Salute Mentale e il Terzo Settore impegnato nella cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche.

L'occasione della collaborazione risale al 2006, quando, in seguito alla pubblicazione di un bando, viene concordata una partnership tra il Terzo Settore e l'ASL per la sperimentazione e messa in campo di un progetto per la cura e riabilitazione dei DCA. Il percorso una volta iniziato, dopo il primo anno di attività, è stato sostenuto con risorse proprie, (ASL, Terzo settore) per poi ottenere nuove risorse con la partecipazione a nuovi bandi e con le risorse dei fondi per gli obiettivi prioritari del CIPE.

La struttura è stata fornita dalla Fondazione "Maria Fanelli" ad uso

prevalentemente gratuito.

Nel mettere a punto il modello per la partecipazione al bando vi fu un accordo tra gli operatori sanitari del settore pubblico e quelli del terzo settore circa il modello terapeutico da adottare. Dopo aver valutato una serie di programmi, si concordò che il modello proponibile era quello già sperimentato presso la Comunità terapeutica *“Maria Fanelli”* in quanto esso era un modello validato sia dal punto di vista del setting sia relativamente ai protocolli terapeutici, nell’ambito non solo nella dipendenza classica da sostanze ma anche nel campo delle altre forme di addiction quali dipendenza da internet, la dipendenze da gioco d’azzardo ecc.. Inoltre, fondamentale, oltre al modello, è stata l’esperienza che ha permesso di usufruire di professionalità con competenze sia di riabilitazione che cliniche.

Il modello in questione è caratterizzato dalla presa in carico globale della persona (sanitaria, psico-relazionale, sociale, familiare). Sotto il profilo clinico, è messo in campo un modello di cura e riabilitazione dove l’alleanza terapeutica, la contrattualità della relazione, l’attivazione delle risorse e la normalizzazione sociale sono gli strumenti prioritari d’intervento. Sotto l’aspetto nutrizionale il programma è stato integrato con quello elaborato dal Dott. Raffaele Ruocco, responsabile del Programma Dipartimentale per i Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso dell’ASL 2 di Perugia.

Il programma terapeutico-riabilitativo prevede la contestualizzazione territoriale dell’intervento dove la presa in carico della persona è globale. Il servizio è attivo all’interno di una realtà, della regione Campania, dove mancano servizi specifici residenziali e semiresidenziali che si occupino di tale problematica.

Il percorso terapeutico si propone di intervenire nell’ambito dei DCA nelle varie manifestazioni della problematica, a partire dalla fase subclinica, della manifestazione patologica conclamata, fino alla fase della cronicizzazione, prevedendo strategie terapeutiche diversificate ed individualizzate nell’ambito di un percorso riabilitativo comune a tutte le persone in carico.

Il modello sperimentato nel campo delle dipendenze patologiche è stato di notevole aiuto, in quanto il quadro psicopatologico della dipendenza è molto simile, spesso sovrapponibile, a quello dei DCA. Un esempio tra i più caratterizzanti è il tipo di relazione che la persona tossicodipendente cerca di stabilire con l'operatore, per cui si aspetta che l'altro si attivi per il proprio cambiamento. La persona con una dipendenza mostra disponibilità ad entrare nei percorsi terapeutici mantenendo inalterato il proprio mondo interno; questo avviene attraverso l'istaurarsi di relazioni dove è sempre l'esterno a doversi attivare, mentre il soggetto può lasciare inalterati le proprie convinzioni e i propri vissuti.

Caso di M.:

M. ragazza con problemi di BED così ci comunica la sua aspettativa: "Ho fatto molte esperienze di cura, anche di natura spirituale, la digiuno-terapia e altre diete, ma nessuna è riuscita a guarirmi nonostante le promesse".

Operatore: "Forse tutte queste cure sono state semplicemente il seguire prescrizioni comportamentali date da altri...forse non hai attivato tue risorse".

M. "Ma se dovesse dipendere tutto da me perché sarei venuta qua, non avrei certo chiesto aiuto"

O. "Non è il problema da chi dipende ma la decisione di attivare risorse personali o meglio riconoscersi che si hanno risorse personali".

M. "Nessuno mi conosce meglio di me,.. io mi sono sempre impegnata senza riuscirci... questo centro non fa per me".

3. Le pietre miliari del Servizio "Continuum"

Il Servizio "Continuum" si propone di perseguire l'offerta di servizi per la diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi del Comportamento

Alimentare cominciata nel 2006 e, dopo circa 5 anni di sperimentazione, di predisporre la strutturazione di un servizio stabile.

Il Servizio rappresenta un approccio innovativo territoriale di tipo ambulatoriale e semiresidenziale e intende dare una risposta di cura e riabilitazione ai bisogni di cura spesso disattesi o che vengono erogati attraverso interventi inappropriati e costosi. Il servizio si propone di intervenire nell'ambito dei DCA facendosi carico della fase subclinica, della fase della manifestazione patologica e della fase della cronicizzazione, prevedendo strategie terapeutiche diversificate ed individualizzate nell'ambito di un percorso riabilitativo comune.

Il Servizio si propone come obiettivo principale quello di promuovere processi di cambiamento in persone con DCA; tale obiettivo viene perseguito attraverso un percorso che si articola in varie fasi rappresentate dall'accoglienza della richiesta d'informazione, dalla diagnosi, dal supporto, dalla riabilitazione e dalla cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Le strategie terapeutiche adottate sono le seguenti:

- accogliere la domanda di informazione;
- predisporre un adeguato percorso di valutazione multidimensionale che permetta la formulazione di un intervento efficace e individualizzato;
- offrire un approccio terapeutico e riabilitativo integrato e specialistico che tenga conto del contesto socio-culturale, dei fattori cognitivo-comportamentali, dei fattori psicologici intrapsichici ed interpersonali, dei fattori nutrizionali e medico-clinici;
- Implementare un programma di trattamento semiresidenziale intensivo e semintensivo che permetta un'efficace sintesi tra esigenza di sperimentare un contesto protetto e ristrutturante e reinserimento efficace nel proprio ambiente di riferimento;
- garantire un distacco graduale e una più rapida ripresa dell'autonomia psico-sociale del paziente grazie ad un percorso semi-intensivo e di mantenimento;

- assicurare una adeguata continuità assistenziale attraverso follow-up per il tempestivo intervento nei casi di recidiva.

4. L'Analisi Transazionale

Riteniamo opportuno, per una più immediata comprensione della esperienza di trattamento delle personalità con problemi di dipendenza che andremo a raccontare, premettere una breve presentazione della Teoria dell'Analisi Transazionale (A.T.). Ciò servirà sin dall'inizio a capirci meglio.

L'**Analisi Transazionale** è stata da noi ritenuta sia una teoria della personalità che un modello terapeutico, per cui uno strumento utile sotto l'aspetto teorico e come modello di intervento.

La lettura dei testi di Berne (1964)³⁷ e di R. e M. Goulding (1983)³⁸ e la formazione terapeutica personale di alcuni di noi, ci trovavano concordi sul fatto che l'obiettivo di una terapia, cioè l'elaborazione dei contenuti interni di una persona sia quello di acquisire le capacità di consapevolezza, autonomia e spontaneità.

La teoria dei giochi di Berne (1964)³⁹ e l'osservazione clinica che man mano abbiamo condotto ci chiarisce su come il disturbo alimentare, al di là dell'espressione sintomatologica, non sia altro che una modalità attraverso cui vengono portate avanti delle decisioni e si confermano le opinioni su di sé, la realtà e gli altri, tramite il proprio *copione di vita*. Quindi il problema non è il cibo o le quantità e le modalità assunte, ma le decisioni di copione che, attraverso il rapporto complicato con il cibo, la persona porta avanti.

Un altro aspetto che riteniamo utile è che l'A.T. considera che ogni persona possiede un Adulto (A) integro. Il problema potrebbe essere nel suo funzionamento e tale riflessione è per noi di estrema importanza perché ci aiuta a porci di fronte alla persona in maniera non contaminata da fantasie svalutanti e riduttive; riteniamo, infatti, uno stereotipo ritenere la personalità

³⁷ Berne, E., (1964), *A che gioco giochiamo*, Bompiani, 1967.

³⁸ Goulding M., Goulding R.L. (1983) *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Astrolabio Roma.

³⁹ Berne, E., (1964), *A che gioco giochiamo*, op.cit.

dipendente incapace di gestire i propri agiti.

Ciò che poi sappiamo e che ci rassicura di più è che non abbiamo formule magiche o verità certe. C'è stato fin dall'inizio un nostro modo di vedere la problematica, che non nasceva da una fantasia ma era frutto di un'analisi basata sulla nostra esperienza e su quella degli altri; quest'analisi aveva condotto alla costruzione di un progetto terapeutico il cui postulato principale era quello di considerare la persona capace di attivarsi per il proprio cambiamento. In tale processo, noi ritenevamo opportuno porci come partecipanti.

Ci sembra opportuno, ai fini dell'illustrazione del progetto terapeutico, fare dei brevi cenni di A.T. a scopo introduttivo, mentre per maggiore approfondimento teorico si rimanda alla letteratura esistente.

L'Analisi Transazionale comprende sia un aspetto teorico che un sistema di psicoterapia.

Sotto l'aspetto teorico i temi centrali sono: le strutture dell'Io e le sue funzioni (Stati dell'Io), il copione di vita e le sue dinamiche.

4.1 Gli Stati dell'Io

Berne postulò l'esistenza degli stati dell'Io sulla base degli studi psicoanalitici di Paul Federn (1952)⁴⁰ e gli esperimenti in psicofisiologia di Penfield (1952)⁴¹ e Weiss (1950)⁴².

Federn aveva osservato che la realtà psicologica si basa su stati dell'Io completi e distinti, che definì immagini dell'Io. Più tardi Penfield (1958)⁴³, nei suoi studi di neurochirurgia su soggetti epilettici, constatò che i ricordi vengono conservati associati alla reazione emotiva, provata al momento dell'esperienza. Inoltre notò che possono coesistere due stati di coscienza diversi tra loro.

⁴⁰ Federn P.,(1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.

⁴¹ Penfield, W. (1952). Memory mechanisms. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 67, 178-198.

⁴² Weiss, E. (1950). *Principles of psychodynamics*. New York: Grune & Stratton.

⁴³ Penfield, W.G., Milner, B., (1958) *Memory deficit produced by bilateral lesions in the hippocampal zone*, *American medical association archives of neurology and psychiatry*, 79, 475-497.

Weiss sistemò meglio i contributi di entrambi e diede più forma agli stati dell'lo Berniani, affermando che stati dell'lo di età precedenti hanno, all'interno della personalità, un'esistenza potenziale e, in condizioni particolari, possono riattivarsi. Tale riattivazione può avvenire in condizioni particolari (sogni, ipnosi, psicosi) in quanto c'è un reinvestimento energetico.

Altro dato importante è la compresenza di più stati dell'lo; Berne ne individua tre: uno stato infantile residuo, uno stato della persona adulta e una "presenza psichica" di controllo della situazione.

Inizialmente, prima di arrivare al concetto di stati dell'lo, Berne aveva descritto l'esistenza di due modalità di pensiero: quello logico e quello intuitivo. Egli aveva notato che quest'ultimo è molto presente nei bambini e coesiste anche in età adulta.

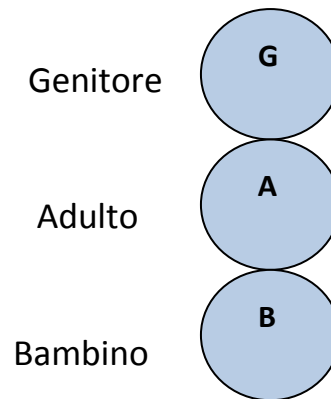
Inoltre egli clinicamente aveva osservato che oltre a coesistere due tipi di pensiero esistevano anche due modalità comportamentali osservabili distinte tra loro: furono tali osservazioni che lo guidarono nella postulazione di due stati dell'lo distinti: lo stato dell'lo bambino e lo stato dell'lo Adulto. Successivamente egli riconobbe l'esistenza di un terzo stato dell'lo, fortemente condizionato dall'esterno sia nei contenuti di pensiero che nelle reazioni emotive.

Berne nel 1957⁴⁴, infine, usa il diagramma con tre cerchi che rappresentano gli Stati dell'lo e definisce in modo chiaro il concetto di Stati dell'lo come sistemi coerenti di pensiero, emozioni e comportamento che si diversificano tra loro per sedi strutturali e per processi.

Lo Stato dell'lo Bambino è un insieme di sentimenti, pensieri e modelli di comportamento che risalgono alla nostra infanzia. Lo Stato dell'lo Adulto è caratterizzato da un insieme autonomo di pensiero, sentimenti e comportamenti adeguati alla realtà attuale. Lo Stato dell'lo Genitore è un insieme di sentimenti, pensieri e comportamenti incorporati dalla realtà esterna e cioè dalle figure genitoriali (*fig. 1*).

⁴⁴ Berne, E., (1957), *Intuizione e Stati dell' lo*, Astrolabio, Roma, 1992

fig.1 – Diagramma degli Stati dell'Io



4.2 Il copione di vita

Berne⁴⁵ aveva individuato come, alla base sia dei vissuti che dei comportamenti attuali dei suoi pazienti, ci fossero delle esperienze, degli avvenimenti che si ripetevano in modo costante e che ne condizionavano il corso dell'esistenza. Per esempio, c'erano persone che tendevano a contrarre alcune malattie, altri che ripetevano esperienze fallimentari sia economiche sia relazionali e vivevano tali esperienze come ineluttabili senza la consapevolezza che loro stessi ne erano i promotori.

Dall'indagine clinica basata sull'osservazione comportamentale, sui vissuti e sull'anamnesi storica, egli si rese conto che le scelte attuali erano condizionate da decisioni prese nell'infanzia in base all'esperienza avuta con le persone significative. Inoltre constatò come le scelte fatte in età evolutiva non fossero singole scelte, ma venissero organizzate in una trama significativa, con un inizio, un momento determinante e una conclusione. In questo modo egli arrivò a postulare il concetto di *copione* che così definì: "E' un piano di vita basato su una decisione presa nell'infanzia, rinforzata dai genitori, giustificata dagli eventi successivi, e che termina con un'alternativa prescelta dalla persona". Il copione di vita viene deciso prima dei sei anni di vita.

⁴⁵ Berne, E., (1972), *Ciao!...E poi?*, op. cit.

Quello che a noi è sembrato importante è che l'A.T. come teoria della personalità si basa sul postulato che il copione di vita si realizzi in relazione a decisioni prese dalla persona. Riteniamo importante l'integrazione fatta da alcuni autori che sottolineano l'aspetto decisionale del copione in quanto soddisfa pienamente una valutazione filosofica per cui la persona ha le potenzialità di poter decidere su sé stessa, considerando così che le componenti ambientali sono condizionanti ma non determinanti. Inoltre Berne, rispetto alla teoria Freudiana, valuta gli eventi ambientali e i messaggi dati dalle figure significative considerando l'intrapsichico e l'esterno in relazione dinamica. Quest'ultimo concetto ci introduce ai condizionamenti principali dovuti al copione di vita.

4.3 I principali messaggi copionali

I messaggi principali che le figure genitoriali inviano sono di due tipi: le *ingiunzioni* e i *permessi*. Questi sono messaggi speculari, che cioè hanno lo stesso contenuto, ma le ingiunzioni hanno una valenza negativa, mentre i permessi hanno una valenza positiva.

Le ingiunzioni sono dei messaggi inibenti, un "non devi" che blocca la persona nella propria spontaneità e che l'orienta verso scelte auto limitanti. Pertanto, le persone che hanno avuto forti condizionamenti ingiuntivi *avranno meno possibilità* di indirizzare la propria vita verso scelte autonome. I permessi, invece, sono "autorizzazioni" ad esprimere bisogni e capacità innate della persona.

Le principali ingiunzioni-permessi, evidenziate dall'osservazione comportamentale e dalla pratica clinica, sono: "Puoi esistere" - "non esistere", "puoi essere cosciente delle sensazioni corporee" - "non essere cosciente delle sensazioni corporee", "puoi avere sentimenti" - "non avere sentimenti", "puoi essere intimo" - "non essere intimo", "puoi far parte" - "non fare parte", "puoi essere te stesso" - "non essere te stesso", "puoi avere l'età che hai" - "non avere l'età che hai", "puoi riuscire" - "non riuscire", "puoi

pensare” – “non pensare” (Berne, 1972)⁴⁶. Ci soffermeremo su come questi messaggi vengono inviati evolutivamente.

Quando nasce, il bambino ha bisogno che la sua nascita, il suo esistere, sia condiviso da chi lo accoglie; un figlio non desiderato, per problemi economici o interni alla coppia genitoriale, è un bambino che creerà problemi nei genitori che vivranno il bambino come un peso: gli si dedicherà meno tempo, si sarà meno sensibili alle sue richieste, lo si terrà meno in braccio o comunque le emozioni che gli saranno comunicate non lo aiuteranno a contenere le proprie angosce. Prima o poi si rinfaccerà al bambino di essere stato un peso, pertanto il messaggio inviato riguarda il suo stesso esistere.

La consapevolezza rispetto alle sensazioni corporee è correlata alla capacità della madre di mettersi in contatto con i segnali di espressione di bisogno del proprio figlio: essi sono legati alla fame, sete, bisogni viscerali, sensazione di caldo, freddo bisogno di contatto, sonno, veglia, ecc. La consapevolezza o meno dei propri sentimenti è legata al fatto che le proprie emozioni possano essere accettate dai propri genitori e condivise. Un esempio di accettazione si ha quando il bimbo piange perché è spaventato e il papà lo prende in braccio per consolarlo; viceversa, può capitare che il bambino abbia paura, pianga ma che il papà, lo rimproveri dicendogli che un uomo non deve aver paura.

Il permesso di essere intimo è legato alla capacità del genitore ad entrare in contatto fisicamente con il proprio bambino; tale capacità può essere di tipo non verbale (la mamma che cura il bambino, ma non lo prende mai in braccio) oppure, questo evolutivamente più tardi, può essere verbale. Un esempio popolare è il detto “chi ti vuole bene più di una mamma o ti vende o t’inganna”.

Il permesso di essere se stesso è legato invece agli attributi che la persona ha. Per attributi si intende il colore dei capelli, il sesso, la razza ecc. Un esempio è quello della madre che dopo tre femmine vorrebbe un maschio.

⁴⁶ Berne, E., (1972), *Ciao!...E poi?*, op. cit.

Il permesso di pensare, che, secondo noi, sia strettamente correlato al permesso di sentire i propri bisogni corporei poiché ne è il precursore ed è legato alla libertà che si dà al bambino di esplorare l'ambiente esterno sia attraverso le esperienze sia attraverso il gioco: di questi due permessi tratteremo in modo più dettagliato più avanti, in quanto dall'esperienza clinica con i "dipendenti" quello che spesso si rileva è la difficoltà di sentire le sensazioni corporee e l'incapacità di pensare.

Ricordiamo, infatti, che lo sviluppo cognitivo del bambino è psicomotorio. Per psicomotorio non si intende solo la motricità, ma la capacità di discriminazione sensoriale interna; ad esempio, l'ingiunzione ad avere l'età reale è correlata all'accettazione dell'età del proprio bambino da parte del genitore. Se questi non accetta che suo figlio cresca o che sia piccolo, finisce con il non riconoscere i bisogni della fase evolutiva che il bambino attraversa.

Infine, consideriamo il permesso ad avere successo che rappresenta la paura del genitore di essere superato dal proprio figlio. Ciò che sembra opportuno sottolineare è il fatto che dall'esperienza clinica avuta si vede che spesso i permessi e le ingiunzioni sono strettamente correlati tra di loro. Inoltre le ingiunzioni possono venire dall'esterno ma possono anche essere autoimposte dal bambino stesso. Un esempio al riguardo è quello dei figli degli uomini di successo, che possono vivere il successo del padre o come modello da imitare o come un modello irraggiungibile.

Capitolo 3

Il Servizio-Progetto Continuum: diagnosi, cura e riabilitazione dei DCA in trattamento semi-residenziale

1. *Gli assunti di base del percorso di cura e riabilitazione*

Il Servizio-progetto Continuum si propone di intervenire nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare attraverso un modello di trattamento riabilitativo-terapeutico multidisciplinare integrato. Il carattere multifattoriale della problematica richiede, infatti, la messa in campo di professionalità e risorse con differenti competenze e formazioni professionali. Tuttavia, il confronto costante tra gli operatori e la condivisione dello stesso modello terapeutico di base, premette l'integrazione dei differenti apporti professionali e l'unitarietà degli interventi messi in campo.

E' essenziale a questo proposito illustrare in modo dettagliato gli assunti di base del nostro modello terapeutico che informano il lavoro dei vari operatori e che costituiscono il filo conduttore della molteplicità di interventi.

Gli assunti di base del percorso terapeutico-riabilitativo sono: la centralità della persona; il potere della persona; il cambiamento; l'energizzazione di parti di sé; ognuno può cambiare; la contrattualità.

1.1 La centralità della persona

Il nostro approccio è centrato sulla persona e sulla sua storia di vita. All'interno di ogni relazione d'aiuto, di là delle varie teorie e metodologie, lo strumento base per promuovere cambiamenti è il coinvolgimento attivo della persona stessa.

Nei processi medico-sanitari accade spesso che la persona venga a essere ridotta ad essere un paziente al quale vengono somministrati farmaci e dati questa o quella prescrizione. Le procedure di ricovero che rinforzano la posizione ingannevole della persona con DCA "c'è qualcosa al di fuori di me

che mi può far star bene" non fanno altro che ridurre la persona a essere fruitrice di prestazioni a scapito delle proprie risorse e potenzialità.

La medicalizzazione del disturbo equivale alla cristallizzazione della relazione, dove c'è qualcuno che conosce le regole della "guarigione", che ha potere, togliendo alla persona la possibilità e il permesso di sperimentare se stesso come protagonista centrale di un processo.

Entra in campo una posizione culturale di una medicina che ripristina e non sviluppa, che si rapporta alla problematica presupponendo un inizio e una fine. I percorsi di cura sono in realtà spazi e movimenti aperti, la cui finalità è di produrre cambiamenti e in cui la persona libera le proprie risorse, come afferma P. Jeammet (2006)⁴⁷ "la persona libera la speranza contenuta nel sintomo".

Inoltre, ogni persona accede al servizio con la propria storia di vita, con la propria cultura e il proprio sistema di riferimento; ogni processo terapeutico non può prescindere dalla conoscenza di questo nel pieno rispetto delle opinioni e delle diversità.

Sul piano della relazione la centralità della persona si rende concreto attraverso la relazione simmetrica Adulto- Adulto Operatore.

1.2 Il potere della persona

*"Alterius non sit qui suus potest" (Non appartenga a un altro chi può appartenere a se stesso)*⁴⁸.

La maggior parte delle persone che si sottopongono ad un programma terapeutico di cura e riabilitazione dei DCA hanno sperimentato vari percorsi per risolvere il loro problema; si sono sottoposti a diete, hanno fatto psicoterapie più o meno lunghe, hanno usato o abusato di farmaci. Queste esperienze non hanno dato loro risultati duraturi ed hanno lasciato in loro un vissuto di ineluttabilità e di sconfitta.

⁴⁷ Jeammet P., *Anoressia Bulimia I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*, Franco Angeli, 2006.

⁴⁸ Cicerone M. T., *Laelius de amicitia - Lelio l'amicizia*, La Feltrinelli, 1991.

Emerge in modo chiaro come quasi nessuno di loro abbia la piena consapevolezza delle dinamiche interne che l'hanno condotto al disturbo alimentare. Le affermazioni più comuni sono del tipo "non ce l'ho fatta, nonostante mi sia impegnata". Partendo da questa posizione, le persone e la loro famiglia si aspettano di essere salvati da qualcuno che al loro posto risolva il problema, intervenendo come un *deus ex machina* e svalutando il loro potere e la loro capacità di riuscita.

In sintesi, è presente l'idea che sia sostanzialmente l'intervento esterno, il programma ad avere il potere di modificare i comportamenti alimentari.

Quest'atteggiamento collude perfettamente con quella che è la fantasia comune in tutte le dipendenze: le sue scelte sono legate ad un fattore esterno a sé che ha il potere di determinarlo sia nelle emozioni che nei pensieri. Infatti, per molto tempo, è stato il cibo-sostanza a guidare i comportamenti, ha influenzato le emozioni, ha attivato le risorse. Non è difficile rintracciare nella nostra esperienza ragazzi che uscendo da percorsi terapeutici rigidi, sono soliti usare toni di voce, struttura della frase e contenuti che mostravano il forte condizionamento che il precedente percorso aveva operato.

Uno degli esempi fu quello di un ragazzo che era stato ricoverato per 12 mesi in una comunità del nord Italia. Parlava un perfetto milanese e sia la struttura della frase che il contenuto erano rigidi. Questo atteggiamento si interruppe quando in un gruppo di terapia si lavorò per identificare i propri stati dell'Io.

Quando il ragazzo arrivò al proprio Stato dell'Io Bambino si confuse, si mise a sudare e *non riusciva a prendere contatto*. Intuitivamente gli chiesi di parlare in napoletano, il ragazzo cominciò ad esprimersi e con più libertà riconoscendo che quello che aveva fatto in tutto quel tempo era stato il soffocare il proprio Bambino [B] vissuto come pericoloso, usando il Genitore [G] a guida del proprio comportamento.

Riteniamo che sia utile uscire da tale collusione, stimolando sia la persona che la sua famiglia a riappropriarsi di ciò che anni di disturbo hanno soffocato: il potere di ritrovare la capacità di avere fiducia nelle proprie energie interne. Noi riteniamo che non vi siano parti da eliminare ma, semplicemente, da attivare e cambiare. In questo ci poniamo come stimolatori e compagni di un cammino; le scelte vengono decise dalla persona.

Ci sembra utile descrivere a tale proposito una dinamica che può capitare all'operatore ingenuo. In termini analitico-transazionali accade alla fine che l'operatore usi un Genitore, mentre il ragazzo usa un Bambino e non venga, così, attivata la loro parte Adulta.

Caso di G.:

G. si reca presso in centro di accoglienza per i DCA e afferma di essere disperato, di non riuscire a smettere di vomitare. Chiede di entrare subito in programma, la sua famiglia lo rinforza in questo atteggiamento e la madre afferma: *“Mia figlia è fragile non è in grado di fermarsi”*.

L'equipe dato il basso peso corporeo della ragazza e le pressioni familiari cade nella trappola ed inserisce velocemente la ragazza in programma.

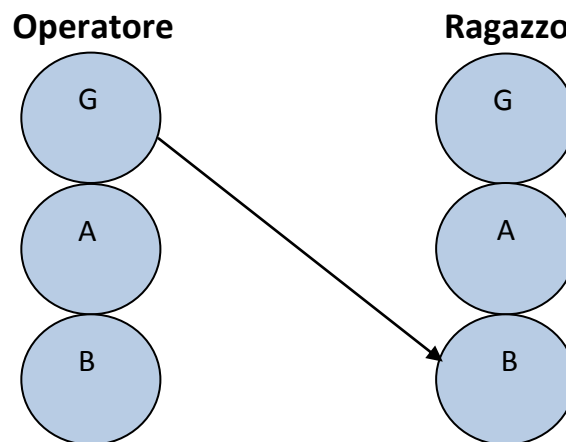
Dopo due mesi, dopo aver messo peso, la paziente se ne va affermando che essendo il suo problema il basso peso ormai pensa di averlo risolto.

Come possiamo notare, entrambi, utente ed operatore, hanno svalutato la capacità di entrambi di poter fare funzionare il proprio Adulto, o meglio non hanno usato il proprio Adulto in quanto hanno disconfermato

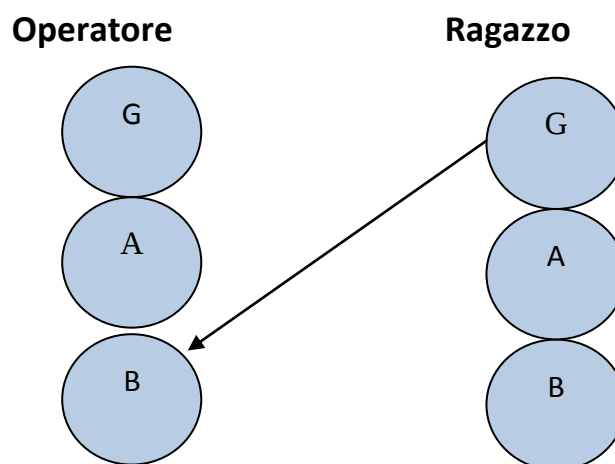
qualcosa di esistente, e cioè la capacità della ragazza di attivare le proprie risorse. In questo caso si può affermare che tra i due non vi è stata una relazione costruttiva, ma vi è stato un *gioco*.

Secondo la teoria analitico-transazionale i giochi sono delle dinamiche relazionali, agite al di fuori della consapevolezza dell'Adulto, che rinforzano il copione in quanto riconfermano le decisioni copionali negative. In questo caso la ragazza ha rinforzato la sua convinzione interna che non può farcela da sola, mentre l'operatore dentro di sé si conferma di essere inadeguato.

PRIMA PARTE DEL GIOCO



SECONDA PARTE DEL GIOCO



Abbiamo ormai l'opinione, derivata dall'esperienza di tutti questi anni, che fin dall'inizio sia utile porsi nei confronti alla persona stimolando l'attivazione di tutte le sue potenzialità, che sono semplicemente disattivate. Anzi, l'obiettivo finale del processo terapeutico è proprio quello di attivare la persona nella sua interezza e cioè di far di nuovo funzionare ciò che la dipendenza ha ostacolato.

Pertanto, abbiamo ritenuto utile far riferimento ad un tipo di psicoterapia con una base contrattuale verbalizzata fin dall'inizio, dove la capacità di pensare e di agire fosse stimolata fin dal primo incontro.

1.3 Il cambiamento

La prima fantasia che la persona con DCA costruisce di fronte alla parola "cambiamento" è quella di prepararsi a incorporare cose nuove, quasi per essere pronta a trovare un nuovo nutrimento, un'idea, una persona, una situazione che possa aiutarlo a fronteggiare la propria dipendenza. Quest'atteggiamento mentale gli deriva dalla *convinzione di essere debole, incapace e incompleta*.

Noi riteniamo che il soggetto abbia semplicemente delle parti di sé disattivate, cioè disinvestite di energia che vanno rimesse in funzione. Cambiare, pertanto, significa riattivare le parti a cui la persona ha rinunciato, e non cancellare parti del proprio io.

E' proprio in conseguenza di questo processo di rinuncia che egli proietta sugli altri le parti di sé mancanti. Di conseguenza vengono stabiliti dei legami simbiotici per completarsi.

Alla luce di queste considerazioni, Il percorso terapeutico-riabilitativo deve porsi come obiettivo principale proprio attivare processi di cambiamento che permettano alla persona di sperarsi dai legami simbiotici e stabilire nuove modalità relazionali più autonome.

1.4 L'energizzazione di parti di sé

“Se tu desiderassi soltanto ciò che desidera la tua anima, tutto sarebbe molto più semplice”⁴⁹.

Cambiare è riappropriarsi di parti di sé disattivate, mentre la direzione del cambiamento e cosa cambiare viene deciso dalla persona, cioè dalla sua parte Adulta. Troppi programmi residenziali e ambulatoriali presuppongono di sapere quali scelte avrebbero stimolato il cambiamento: quella sociale, quella politica, quella di gruppo, perfino quella farmacologica!

Questo atteggiamento terapeutico coincide con la dinamica della dipendenza, all'interno della quale persiste la fantasia che c'è qualcosa che possa far bene... che possa guarire, e che quindi non è affatto richiesto un mio cambiamento ma, di nuovo, un miracoloso intervento esterno. Al contrario, riteniamo importante dare stimolazioni varie alla persona per cui possa scegliere da sola quale strada seguire.

Prima conseguenza di questa convinzione è che la strutturazione del tempo all'interno del setting riabilitativo debba necessariamente essere quanto più varia possibile. In questa prospettiva si alternano i vari momenti della giornata: il momento del lavoro, quello dell'apprendimento, quello culturale, sportivo, di gioco, e così via.

Un esempio è quello in cui l'energizzazione del Bambino permette alla persona di riconoscere i veri bisogni e allontanarsi dai condizionamenti parentali che li pilotavano. Ancora un altro esempio è quello di chi aveva pensato di se stesso di non essere capace, ma rinforzando l'Adulto riconosce le proprie possibilità di pensare e di fare delle scelte. Un altro esempio è quello di riconoscersi la capacità di seguire un regime alimentare corretto e di darsi così delle regole, mentre pensava prima di non esserne capace.

In questo caso si incontra un vissuto di incapacità nel fronteggiare i

⁴⁹ Walsh N. D., *Meditazioni da Conversazioni con Dio*, Spierling e Kupfer, 2006.

propri agiti; infatti, ciò che spesso ricorre è la presenza o l'assenza di un genitore che ha condizionato o che condiziona la sua vita. Il riconoscere di avere la capacità di darsi delle regole è il riconoscimento del proprio stato dell'Io Genitore e l'abbandono di una modalità di dipendenza del Bambino.

Riprendendo un concetto berniano⁵⁰, i comportamenti, pensieri e le emozioni sono condizionati da decisioni prese nei primi anni di vita. *La "capacità" di ridecidere o prendere nuove decisioni di vita è alla base di qualsiasi processo di cambiamento.* I cambiamenti per adattamento possono funzionare finché la persona si trova in una situazione altamente strutturata; tuttavia, quando in seguito dovrà gestire da solo il proprio tempo, probabilmente emergeranno le decisioni preesistenti.

In termini analitico-transazionali accade che un processo terapeutico a base prevalentemente normativa possa indurre un buon adattamento (Bambino adattato positivo, BA+) ma che altri aspetti dell'Io, altre strutture, siano semplicemente tenute a bada, senza arrivare a risolvere i conflitti più profondi. Un esempio si ha quando, poco dopo aver controllato un sintomo, si comincia subito a presentarne un altro, non necessariamente legato ad un comportamento alimentare disfunzionale; per esempio si agiscono comportamenti compulsivi sessuali o sociali.

Caso di G.:

Ad uno stato avanzato del programma terapeutico, G. abbandonò il programma dicendo di avere problemi con lo studio e di non avere tempo per seguire il programma. Tale decisione fu presa nonostante ella avesse durante la permanenza nella struttura uno spazio dove poteva organizzare il proprio studio. In realtà, G. aveva una relazione complicata con la propria madre che riteneva una persona "fragile" e nei confronti della quale si sentiva in colpa e non si riconosceva il diritto di fare richieste. Cos'era accaduto? La famiglia spesso si lamentava dei disagi di seguire la figlia nel

⁵⁰ Berne E., (1964) *Ciao e poi?*, op. cit.

programma, per cui, se a livello cosciente c'era stato il desiderio di partecipare, ad altri livelli venivano fatti dei sabotaggi. La ragazza messa spalle a muro, pur avendo coscienza di voler cambiare, alla fine presa dai sensi di colpa aveva fatto emergere dentro di lei la vecchia decisione di vita, ovvero, "non esistere" (decisione copionale).

Noi riteniamo che il cambiamento sia favorito dall'avere e dal darsi la possibilità di riappropriarsi dei permessi che le decisioni copionali avevano inibito, decontaminando sia le parti spontanee della persona che quelle che hanno una funzione cognitiva decisionale e operativa (Adulto).

Il nostro compito è quello di dare permessi ed aiutare la persona a darsi il permesso per smettere comportamenti dipendenti distruttivi, sostituendoli con altri alternativi. I dipendenti, per la maggior parte hanno vissuti coattivi di ineluttabilità, la frase che molto spesso sentiamo ai primi colloqui è: "Sono debole... non riesco a fermarmi".

Questo vissuto di svalutazione è spesso talmente forte che si esprime come incapacità a pensare. Dall'esperienza clinica e comportamentale si rileva come comportamenti di sfiducia verso se stessi possano talvolta trarre in inganno gli stessi operatori, convincendoli che il paziente sia in uno stato di insufficienza mentale.

Caso di A.:

A. al primo colloquio con l'operatore si mostrò talmente incapace, che questi suppose un'insufficienza mentale per motivi organici. Ciò che avvalorò questa ipotesi fu che la mamma riferisse che il ragazzo da piccolo era spesso malato. Approfondendo la storia di vita, emerse che A. da bambino aveva scoperto il padre in bagno impiccato, inoltre la malattia che aveva avuto era una banale asma. In base a questo e ad altri dati che emersero, ci fu chiaro che quello che il ragazzo agiva era probabilmente il risultato di

una decisione presa molti anni prima.

A. all'interno del percorso terapeutico, nella seconda fase del programma terapeutico, prese contatto con il fatto che l'agire da scemo era legato a precedenti decisioni per non prendere contatto con la rabbia che aveva dentro: infatti oltre all'evento traumatico della morte del padre, egli aveva subito poi una serie di giochi sessuali e pertanto, l'essere scemo lo proteggeva dal prendere coscienza di quello che accadeva e dalla relativa confusione e dolore.

La decisione infantile aveva ostacolato in tal caso, sia il funzionamento della sua parte Adulta che l'espressione del suo Bambino Libero, facendogli rinunciare a pensare e inibendo le sue emozioni vere.

1.5 Ognuno può cambiare

“Chi ha deciso una volta può sempre ridecidere”⁵¹.

L'esperienza di questi anni ci ha insegnato a non fare previsioni di cambiamento relative alle persone con le quali siamo entrati in contatto: abbiamo visto cambiare persone anche con diagnosi psichiatriche importanti o che inizialmente erano poco motivate e che man mano sono riuscite a lavorare su sé stesse; mentre altri che apparivano motivati hanno interrotto il programma ed sono ricadute nel problema senza la minima consapevolezza del percorso fatto.

Caso di B.:

B. è una signora di 40 anni, sposata con una figlia, con problemi di Binge Eating Disorder. Quando fa richiesta di essere presa in carico presso il nostro centro è seguita da una struttura psichiatrica del policlinico con farmaci e psicoterapia. Le è stato

⁵¹Berne, E., (1961), *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, 1971.

consigliato un ricovero in una struttura di cura per i DCA, ma alla valutazione, la struttura presso la quale era stata inviata, ha ritenuto opportuno non inserirla in trattamento in quanto considerata una persona destrutturante per il gruppo delle pazienti in carico.

L'anamnesi rileva che ella precedentemente ha avuto problemi di anoressia e ha sempre avuto gravi problemi familiari, in particolare con la madre da cui non si è mai sentita accettata: "Mia madre non mi ha mai accettato e ha sempre preferito mio fratello, pur essendo un inetto e un parassita". La diagnosi è quella di Disturbo Borderline di Personalità.

La presa in carico della paziente avviene con tempi necessari a stabilire un'alleanza sia con la signora che con la famiglia e dare il tempo di elaborare un primo contratto terapeutico comportamentale. In seguito ella comincia a guardare dentro di sé e acquisire una serie di consapevolezze sui suoi stati emotivi, sui suoi comportamenti e sulle sue relazioni.

Attualmente ha terminato il programma con la consapevolezza di avere fatto una parte del percorso: "Adesso mi posso occupare dei miei problemi, quelli che con il disturbo coprivo.... so che posso farlo perché ne ho la consapevolezza e sono capace anche di affrontare il dolore....".

1.6 La contrattualità

*"Non esiste vento favorevole per il marinaio che non sa dove andare"*⁵².

La relazione umana ha come presupposto di base lo scambio, sia esso emotivo, materiale o cognitivo. Nel processo di scambio si attivano le

⁵² Seneca L. A., *Lettere a Lucilio, lettera 71*; Brossura editore, 2006.

varie parti della persona (GAB). Quando nello scambio c'è la svalutazione di alcune parti di sé o dell'altro allora la relazione diventa patologica.

E' presente, nel campo della relazione di aiuto, la fantasia che bisogna coinvolgersi con l'altro, darsi da fare, o che si possa fare di tutto purché sia a "fin di bene", in altre parole torna il presupposto che bisogna salvare o guarire (Genitore affettivo negativo, GA-).

Le modalità con le quali si esprime questa convinzione sono varie, le più comuni sono due: quelle che si basano su interventi di tipo pietistico, e quelle che si basano su interventi di tipo coercitivo. Entrambi gli interventi partono dalla stessa convinzione: l'altro ha qualcosa che gli manca e pertanto va amato, guidato, accarezzato, punito, ecc. In effetti, esistono situazioni di invalidità, temporanea o permanente che richiedono interventi sostitutivi o direttivi come nelle situazioni di overdose o, nelle situazioni di patologia conclamata, con bambini, con handicappati psichici ecc. Nel caso dei DCA è nostra opinione che i comportamenti alimentari disfunzionali non invalidino o rendano impossibile la ricerca di autonomia, ma che ci siano delle parti di sé che non vengono usate.

Abbiamo già accennato all'esigenza di mettere la persona al centro di quello che facciamo, e in questo intendiamo non solo i pazienti ma gli stessi operatori in quanto entrambi, con ruoli diversi, partecipano ad un processo di cambiamento. Se non ascoltiamo i pensieri, le emozioni, i bisogni dell'altro e nello stesso tempo non ascoltiamo più quello che accade dentro di noi, non facciamo altro che impegnarci in un soliloquio dove poi ci si sentirà entrambi soli e diversi e più frustrati di prima.

La riduzione a diverso o incapace taglia fuori l'essere umano dal gruppo di appartenenza e dalla relazione con l'altro, perché costui diventa altro da noi, non ci appartiene e quindi come tale è incomprensibile e spesso pericoloso.

Il recupero e l'aiuto dato alla persona in stato di bisogno, considera tale situazione transitoria, un momento di difficoltà, e ci restituisce una dimensione dignitosa della persona, con la quale ci diamo il permesso di

dialogare senza pregiudizi e paure.

Le persone con problematiche di DCA, come pure le loro famiglie, quando chiedono aiuto al nostro Centro, spesso si pongono come incapaci e si fanno portatori dell'attesa magica che qualcuno risolva il problema al posto loro. La frase tipica è: *“Sono disposto a tutto pur di salvarmi!”* oppure *“Aiutami sei tu la mia ultima speranza”*. Alla richiesta di parlare di cosa l'utente può cominciare a fare per se stesso rimane disorientato e promette che è disposto a fare tutto. Accade poi che l'operatore gli chieda di rispettare un programma alimentare. Il giorno dopo viene al centro, dicendo che ha tentato di seguire il consiglio ma non c'è l'ha fatta. Oppure si chiede alla famiglia di collaborare per il controllo del cibo e si scopre che la mamma compra le merendine o lascia che la figlia gestisca il proprio pasto.

Noi riteniamo che sia necessario scardinare questi giochi fin dall'inizio, proponendo l'elaborazione di un'alleanza che abbia le basi in un contratto, in cui vengono chiariti ad entrambi i confini all'interno dei quali ognuno svolgerà il proprio ruolo e i reciproci impegni.

Il contratto ha poi delle caratteristiche fondamentali:

- 1) che vi sia il reciproco accordo;
- 2) che ci sia congruenza tra gli obiettivi e il contenuto del contratto;
- 3) che sia realistico rispetto agli impegni e alle possibilità di entrambi i contraenti.

Questa modalità relazionale accompagna la persona per tutto il percorso terapeutico e viene usata sia all'inizio, che nei vari momenti del processo comunitario. Infatti, con tale procedura contrattuale ciò che accadrà tra noi e loro, sarà di volta in volta chiaro ad entrambi in modo che possiamo decidere se quello che stiamo facendo insieme sta realizzando o meno quanto ci eravamo proposti.

2. Il percorso terapeutico

Le persone con DCA sono prigionieri di pensieri, emozioni e comportamenti che condizionano il rapporto con il proprio schema corporeo e

con il cibo.

La persona con un problema di DCA mantiene un comportamento sintomatologico sia attraverso una situazione psicopatologica legata ad aspetti “psico-fisici”, sia attraverso processi relazionali e aspetti psicodinamici interni.

Gli aspetti psicofisici più rilevanti sono quelli indicati dalla “sindrome da digiuno” (Keys, 1950)⁵³ scatenata da un inadeguato apporto nutrizionale prolungato; tale sindrome è caratterizzata da sintomi fisici e psicopatologici quali la continua richiesta del cibo da parte dell’organismo, l’ideazione ossessiva relativamente al cibo e alle forme corporee, la dispercezione corporea (una percezione alterata e non realistica del proprio corpo) e disturbi dell’umore.

La sindrome si interseca con la una vulnerabilità psicologica sottostante, legate a decisioni copionali, che complica la possibilità della persona di raggiungere adeguati livelli di autonomia e di soddisfazioni di sé.

La strutturazione del tempo delle persone con problemi alimentari è condizionata dal rapporto con il cibo, dal peso e dalle forme corporee. Il cibo è presente ossessivamente nei pensieri, difficilmente è negato; la difficoltà, la fatica a controllare l’impulso, i pensieri ossessivi costringono la persona ad impiegare la maggior parte del tempo e delle proprie risorse in rituali e strategie che l’aiutino ad alleggerire una relazione ansiogena, anche ricorrendo a rituali e credenze che non hanno alcun legame con la realtà.

Un esempio di tali credenze è emerso, durante l’assistenza al pranzo all’interno del nostro Servizio, rispetto all’uso dell’aceto. Le pazienti avevano chiesto di poter utilizzare l’aceto per condire l’insalata, la terapeuta ne aveva accordato l’uso. Dopo alcuni giorni la cuoca nota che era quasi finita la bottiglia di aceto.

⁵³ Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L., *The Biology of Human Starvation* (2 volumes), University of Minnesota Press, 1950.

Indagando si scopre che tra le persone si era passata la notizia che l'aceto faceva dimagrire per cui sia le pazienti con anoressia che quelle con BED prontamente avevano fatto un uso smisurato di aceto.

La presenza massiva di pensieri comportamentali, pensieri ossessivi, comportamenti coatti ecc, impediscono alla persona di occuparsi della sua crescita.

La classificazione medica in uso distingue i disturbi dell'alimentazione (DCA) in quattro categorie distinte: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata (BED) e disturbi dell'alimentazione atipici (EDNOS). Noi concordiamo con alcuni autori che alla base delle varie espressioni e nell'insorgenza e nel decorso dei DCA vi sia processo fisiopatologico e psicopatologico sovrapponibile (teoria transdiagnostica) (Fairburn et al., 2003; Ruocco e Alleri 2006)⁵⁴. Ciò è confermato anche dalle continue migrazioni dall'anoressia alla bulimia e ai DCA non altrimenti specificati che si osservano nei pazienti affetti da DCA. Questo dato si rileva non solo dall'anamnesi dei pazienti, ma anche all'interno dei processi clinici.

Caso di A:

A. quando viene presa in carico ha una diagnosi di anoressia. E' sottopeso ed ha una serie di comportamenti rituali e ossessivi rispetto al cibo, non si riconosce alcun problema.

La storia riferita è quella di un'insorgenza del sintomo rispetto ad una dieta "drastica". Quando arriva da noi ha un B.M.I = 16, presenta dispercezione corporea e non si riconosce l'eccessiva magrezza, anzi trova che le gambe siano un po' grosse. Dopo due mesi recupera una parte del peso e comincia a stabilire un

⁵⁴ Fairburn C. G, Cooper Z., and Shafran R. (2003) *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment*. *Behav Res Ther*, 41(5):509-28.

Ruocco R., Alleri P., *Il peso del corpo*, Franco Angeli, 2006.

alleanza con i riabilitatori e con il terapeuta. Interrompe improvvisamente il trattamento, questo anche per una serie di sabotaggi della famiglia stessa e torna dopo tre mesi stavolta presentando una sintomatologia di tipo bulimico.

Noi riteniamo che la persona con DCA abbia una valutazione di sé, della realtà e degli altri inadeguata, in quanto vi è una difficoltà della persona a gestire la realtà interna ed esterna con la parte dell'Io Adulto; quindi ha difficoltà nella consapevolezza ed nell'autonomia di pensieri, emozioni e comportamenti legati non solo al cibo ma a tutta l'organizzazione di sé, della propria vita e delle proprie decisioni.

Il controllo comportamentale viene preso dallo stato dell'Io Bambino che sulla scorta dello schema del proprio copione, costruito in base alle decisioni di vita negative prese nei primi sei-otto anni di vita, in risposta alle pressioni relazionali e culturali attuali, esprime le proprie difficoltà anche attraverso la relazione problematica con il cibo.

Caso di T.:

T. è la prima figlia di una coppia di genitori che hanno un impedimento interno a non mostrare emozioni.

I genitori durante il colloquio di primo contatto esprimono il bisogno che qualcuno tolga di loro il problema di avere una figlia eccessivamente magra.

La figlia dopo due mesi di trattamento definisce in questo modo la relazione con la madre: "mia madre ha sempre da fare ed ha poco tempo, le pesa molto accompagnarmi al Centro io vorrei più attenzioni, ma lei non lo capisce si occupa di me solo se mangio o non mangio....a volte penso che nemmeno questo le importi.....".

In un'altra seduta riferisce: "E' stato sempre così, c'è stato sempre poco tempo per me, almeno con l'anoressia ottengo un po' d'attenzione....".

La persona con il DCA esprime attraverso il sintomo, suggerito dal contesto culturale, la difficoltà a gestire se stesso e la propria vita di relazione. Il sintomo secondo noi è la spia di una sofferenza della persona ed in fondo, come afferma Jeammet (2006)⁵⁵ non è altro che la segnalazione del disagio e quindi mentre è la segnalazione del pericolo è anche la speranza della persona di potersi occupare del dolore che il sintomo nasconde. Attraverso la relazione di presa in carico della persona è possibile arrivare a cogliere il contenuto e il significato della sofferenza della persona; il sintomo stesso da elemento invalidante si trasforma in occasione per produrre cambiamenti e liberare la speranza contenuta in ogni essere umano di trovare il piacere di vivere nello scoprire parti di sé capaci di poter arrivare alla consapevolezza e all'autonomia.

Aiutare la persona a recuperare la relazione gli consentirà di ritrovare il piacere di vivere, e quando accade che le persone si riappropriano della capacità di gestire il sintomo, man mano che entrano in contatto con se stessi e del loro potenziale di cambiamento scoprono personalità molto diverse, e liberano, come afferma Jeammet la speranza. Uno dei fattori positivi è quando le persone arrivano a cogliere nella crisi non solo il pericolo, ma anche la grande occasione di crescita.

L'intero processo di cura e riabilitazione del servizio Continuum si basa su due fattori fondamentali :

1. il sintomo è l'espressione psicopatologica del disagio della persona, e ha una genesi multifattoriale (sociale, biologica, interpersonale);
2. il percorso di cura e riabilitazione deve prevedere la possibilità della persona a poter gestire la propria problematica attraverso il riconoscimento della capacità di poter gestire il sintomo e i darsi la possibilità (Berne lo definisce il permesso) di rivedere e

⁵⁵ Jeammet P., (2006) *Anoressia Bulimia op., cit.*

cambiare la problematica che lo genera.

L' intervento di riabilitazione si svolge in una sequenza di setting e temporale che tiene conto della storia del disturbo e dei vari livelli di riabilitazione della persona inserita nei processi di trattamento.

Viene predisposto un tipo di intervento mirato a contrastare in primo luogo i cosiddetti fattori di mantenimento del sintomo, quali la sindrome da digiuno e lo schema comportamentale e mentale attraverso il quale la persona tiene in vita il sintomo. In termini Analitico Transazionali l'obiettivo è rinforzare lo stato dell'lo Adulto in modo da gestire gli agiti psicopatologici dello stato dell'lo Bambino.

Le strategie cliniche, di questa fase, hanno il fine di:

- a) aiutare la persona a cambiare le modalità di assunzione del cibo
- b) aiutare la persona a dare un'organizzazione significativa al proprio tempo;
- c) aiutare la persona gestire i fattori di mantenimento aggiuntivi (perfezionismo clinico, bassa autostima, intolleranza alle emozioni, problemi interpersonali).
- d) aiutare la persona nel lavoro di esplorazione di sé e delle dinamiche psicologiche sottostanti al problema.

Sotto il profilo nutrizionale, il programma riabilitativo-terapeutico prevede l'utilizzo dell'alimentazione pianificata; a ciascun paziente viene elaborato uno schema nutrizionale personalizzato in base al quale il paziente sa sempre cosa, come e quando mangiare ed ha informazioni nel consumare i pasti senza farsi influenzare dalle situazioni esterne (es. offerta di cibo) o interne (es. pensieri o emozioni). Tale strutturazione ha lo scopo di gestire il significato emotivo attribuito al cibo, sostituendo la gestione disfunzionale interna esercitata dal paziente, con una gestione funzionale esterna concordata con l'équipe terapeutica.

La pianificazione dei pasti e l'alimentazione, che viene sempre concordata con il paziente (contratto), permette di intervenire sui principali fattori di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione tra cui: 1) i sintomi da

denutrizione (nei soggetti sottopeso); 2) l'ansia associata all'assunzione di cibo; 3) la preoccupazione per il controllo del peso, le forme e l'alimentazione. Il funzionamento e l'attivazione dello stato dell'io promosso attraverso una serie di strategie come quelle dell'informazione e spiegazione del tipo "una caloria è una caloria" e cioè che una caloria proveniente dai carboidrati ha gli stessi effetti sul bilancio energetico di una caloria proveniente dai grassi o dalle proteine. Il percorso di alimentazione pianificata andrà continuato fino a che l'alimentazione cesserà di essere influenzata dalle preoccupazioni su peso, forme corporee e controllo dell'alimentazione. Nelle prime fasi dell'alimentazione pianificata con la persona, l'assistenza psicologica (holding) ai pasti, aiuta il paziente a superare eventuali difficoltà e a rinforzare i pensieri e comportamenti più adeguati, orientando in maniera funzionale il pensiero.

Il modello terapeutico adottato nel progetto Continuum è un modello che permette di intervenire su tutte le categorie di DCA compresi quelli atipici che costituiscono più del 50% dei pazienti che richiedono un trattamento specialistico. E' un modello *integrato* per cui all'intreccio eziopatogenetico di nodi causativi biologici, psicologici e socio familiari, corrisponde una équipe terapeutica multidisciplinare che permetta una gestione adeguata dei vari fattori coinvolti; è *un lavoro d'équipe* in quanto tutte le figure professionali partecipano attraverso riunioni settimanali sia nell'elaborazione della diagnosi che nella predisposizione del percorso terapeutico. Pertanto il linguaggio e i comportamenti sono condivisi pur nella diversità delle funzioni e dei propri modelli formativi.

L'équipe terapeutica si compone di: 1 coordinatrice, 1 endocrinologo, 1 medico internista; 1 psichiatra; 1 neuropsichiatra infantile; 1 pediatra; 3 psicoterapeuti di cui due analisti transazionali e un terapeuta familiare; 1 psicologo; 1 nutrizionista; 1 musicoterapista; 2 operatori della riabilitazione; 1 supervisore. L'accesso al programma terapeutico avviene su invio di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Servizi Territoriali o su richiesta diretta di pazienti o familiari.

3. I servizi offerti e le fasi del programma terapeutico

Il Servizio Continuum offre un servizio di presa in carico ambulatoriale ed un percorso riabilitativo-terapeutico semi-residenziale intensivo.

Il servizio ambulatoriale ha due funzioni prevalenti: orientamento al trattamento e presa in carico ed è riservato alle forme subcliniche di DCA o a pazienti affetti da DCA che non riescono ancora a formulare una chiara richiesta di aiuto per scarsa consapevolezza del problema. Gli strumenti utilizzati a questo livello sono gruppi motivazionali, colloqui individuali e familiari, monitoraggio nutrizionale.

Il percorso semi-residenziale ha come obiettivo l'attivazione del processo di cambiamento della persona rispetto ai comportamenti sintomatici e agli stili di vita, nonché alle problematiche psicologiche e relazionali sottostanti, attraverso percorsi riabilitativi e terapeutici. Esso ha la durata di 12 mesi e si articola in 5 fasi:

- *Prima fase: valutazione multidimensionale.* La prima fase si pone come obiettivo la formulazione di una diagnosi attraverso una valutazione multidimensionale del disturbo utile alla formulazione di un piano individuale di trattamento e per la definizione degli obiettivi a medio e a lungo termine. Tale valutazione comprende, oltre ad un primo colloquio di accoglienza, un assessment psicologico (EDI2, EDI3, SCID II, SCL-90, MMPI2, MMPI-A, BUT), una valutazione nutrizionale, una valutazione psicologica e familiare, una valutazione psichiatrica, internistica ed endocrinologica. Questa fase serve inoltre ad illustrare la struttura generale del programma terapeutico e a fare una prima valutazione della motivazione al cambiamento del paziente; essa si conclude con la compilazione di uno schema personalizzato del disturbo che servirà per il paziente e per lo staff clinico come punto di partenza per il lavoro terapeutico.

La valutazione multidimensionale servirà, quindi, al paziente ad identificare i principali meccanismi di pensiero emozioni e comportamenti e allo staff terapeutico ad effettuare una diagnosi delle criticità e stilare la

cartella clinica con la diagnostica allegata e il relativo piano di trattamento individualizzato.

- *Seconda fase: analisi della motivazione e contratto terapeutico.* Questa fase, che ha la durata di due settimane, serve da periodo di orientamento per il paziente e permette all'équipe di valutare, in maniera operativa, la motivazione al cambiamento e l'adesione al trattamento. Durante questa fase il paziente viene sottoposto al programma terapeutico del trattamento ambulatoriale intensivo che prevede la frequenza del Centro dal lunedì al venerdì per circa 8 ore e la partecipazione alle attività terapeutiche e riabilitative previste. Particolare attenzione viene prestata al grado di rispetto degli orari e delle regole di convivenza stabilite dal Centro e allo svolgimento dei lavori assegnati. Qualora tale passaggio dia esiti positivi si passa alla stipula del contratto terapeutico, con il quale si stabiliscono gli obiettivi da raggiungere e gli strumenti da utilizzare, e all'inserimento del paziente nel trattamento semiresidenziale intensivo.

- *Terza fase: Trattamento semiresidenziale intensivo (TSI).* Questa fase del trattamento rappresenta il cuore della terapia, in quanto si propone di far acquisire al paziente le abilità specifiche per contrastare la gestione emotiva dell'alimentazione (emoting eating), rinforzare la sua parte Adulta e attivare i processi di cambiamento. Presenta una durata di 12 settimane e si pone tre fondamentali obiettivi: la normalizzazione del peso, la gestione della sintomatologia legata al cibo e la consapevolezza delle problematiche sottostanti emotivo, cognitive, e comportamentali.

Tali obiettivi sono perseguiti attraverso un programma intensivo che prevede la frequenza del Centro dal lunedì al venerdì per circa 8 ore giornaliere. Le strategie terapeutiche adottate sono: la *riabilitazione nutrizionale* realizzata attraverso l'accompagnamento dell'utente da parte di un tutor durante i tre pasti assistiti (pranzo merenda e cena); la *psicoterapia di gruppo*, nel corso della quale vengono stimolati i processi di cambiamento; i *gruppi cognitivo-comportamentali* finalizzati alla ristrutturazione cognitiva, all'analisi dei comportamenti (es. uso improprio di lassativi) e dei pensieri

disfunzionali (es. divisione dei cibi in “buoni e “cattivi”), nonché all’individuazione delle strategie per eliminarli; i *gruppi psico-nutrizionali* all’interno dei quali i pazienti vengono aiutati a confrontarsi in modo coerente rispetto alle loro convinzioni e ai loro dubbi circa l’alimentazione, il peso e forme corporee con l’aiuto della nutrizionista e della psicologa; i *gruppi di confronto* all’interno dei quali ciascuno impara a rispecchiare l’altro con la sua parte Adulta; i *gruppi psicoeducazionali per le famiglie* o percorsi di *terapia familiare* per i minori, che permettono un lavoro anche sul contesto relazionale dell’utente; le *assemblee socioterapiche mensili*, in cui operatori e utenti si confrontano sulla gestione degli spazi e del setting; la *riabilitazione psico-relazionale* attraverso laboratori creativo-espressivi, cineforum, musicoterapia e tangoterapia che favoriscono la gestione dell’ansia attraverso la strutturazione del tempo e offrono spunti di crescita nella direzione dell’autonomia.

Nella strutturazione del tempo all’interno della struttura semiresidenziale, vi sono, inoltre, spazi dedicati allo studio o ad altre attività autogestite, che aiutano il paziente a strutturare in maniera autonoma il proprio tempo e permettono un distacco più graduale dalla propria routine quotidiana.

Terminate le 12 settimane l’équipe terapeutica, sulla base dei risultati ottenuti, deciderà l’inserimento nel percorso ambulatoriale semi-intensivo.

- *Quarta fase: Trattamento ambulatoriale semi-intensivo (TAS)*. Questa fase ha come obiettivi il consolidamento dei risultati ottenuti nella fase precedente e il graduale reinserimento del soggetto nella propria realtà quotidiana. Ha la durata di 12 settimane e prevede la frequenza giornaliera del Centro dal lunedì al venerdì per circa 4 ore. Nel corso del TAS, si comincia a lavorare in modo più incisivo sui fattori emotivi, cognitivi e relazionali alla base della problematica.

Il programma terapeutico comprende, oltre alle attività terapeutiche e riabilitative illustrate nella terza fase, l’assistenza ai pasti solo per la merenda e la cena lasciando al paziente e alla famiglia la gestione degli altri pasti

all'interno dell'alimentazione pianificata: tale processo riveste un'importanza cruciale in quanto dà riscontro dell'effettiva capacità da parte del paziente di gestire in modo autonomo (seppur ancora con il supporto della famiglia) il rapporto con il cibo, l'organizzazione autonoma del proprio tempo e delle relazioni. In questa fase si procede, inoltre, ad una seconda somministrazione dell'EDI2 che ci permette di valutare in modo oggettivo e condiviso i cambiamenti a livello comportamentale e cognitivo.

Un'importante tappa di questa fase è la *Terapia dello specchio* (Wilson, 1999)⁵⁶, una tecnica di esposizione corporea allo specchio secondo la modalità mindfulness. La terapia dura sette sedute con cadenza settimanale, nel corso delle quali il paziente si specchierà davanti ad uno specchio tridimensionale, usando un abbigliamento che riveli, di seduta in seduta, sempre più le forme del corpo; il soggetto dovrà specchiarsi e descrivere se stesso usando solo forme geometriche, senza utilizzare categorie preconcepite e senza attribuire giudizi di valore. Le ultime due sedute sono precedute dall'esposizione da parte del paziente a stimoli visivi molto forti, quali riviste di moda o di fitness. Ogni seduta viene condotta da un terapeuta esperto e ha lo scopo di favorire una graduale desensibilizzazione rispetto all'ansia che il soggetto vive nei confronti delle sue forme corporee, eliminare i comportamenti disfunzionali residui (es. evitare di specchiarsi o di andare al mare) e ristabilire un rapporto non giudicante con il proprio corpo. Attraverso questa tecnica si promuove un'attenzione passiva al proprio corpo così da raggiungere una piena e neutra consapevolezza delle emozioni, sensazioni corporee e pensieri senza distrarsi in giudizi e valutazioni su quello che lo specchio riflette. Tale attività consente un più efficace reinserimento sociale.

- *Quinta fase: mantenimento e reinserimento.* Questa fase ha lo scopo di mantenere i risultati ottenuti e permettere il reinserimento del paziente

⁵⁶ Wilson (1999b). *Modifying dysfunctional body shape and weight concerns in bulimia nervosa*. Unpublished treatment manual, Rutgers University.

nella sua realtà quotidiana, rendendolo in grado di applicare e utilizzare gli strumenti acquisiti per gestire le eventuali difficoltà psicologiche e relazionali, senza l'utilizzazione dell'alimentazione emotiva. Il paziente è messo in condizione di riconoscere e gestire le situazioni a rischio e prevenire così le ricadute.

Questa fase ha la durata di 24 settimane e prevede la frequenza del Centro con cadenza settimanale. Il programma terapeutico è costituito dal proseguimento dell'alimentazione pianificata, perché essa non solo non presenta alcuna controindicazione, ma, essendo il DCA un disturbo cronico recidivante, costituisce un importante fattore di protezione contro eventuali recidive del disturbo. Sono previsti, inoltre, la psicoterapia di gruppo, i gruppi di auto aiuto per le famiglie o la terapia familiare, il monitoraggio clinico e nutrizionale e l'assistenza al pasto (merenda e cena) una volta alla settimana. Viene effettuata, infine, una terza somministrazione dell'EDI2.

A sei mesi dalla fine dell'intero percorso terapeutico, viene predisposto un follow-up che comprende: monitoraggio nutrizionale, psicologico, internistico o pediatrico, endocrinologico, psichiatrico, oltre ad una nuova somministrazione dell'EDI2 e del BUT. Tale valutazione catamnestica permette di valutare in modo più chiaro i risultati a lungo-termine ed aiuta ad individuare in modo tempestivo eventuali recide del disturbo.

4. La famiglia

La famiglia è coinvolta fin dalla presa in carico nel processo di cura e riabilitazione. Nel caso di minori essa è chiamata a sottoscrivere l'eventuale contratto comportamentale. La famiglia dell'utente è coinvolta nel programma con due interventi: *gruppi psico educazionali e gruppi di sostegno*. *I gruppi psico- educazionali sono gruppi di scambio di informazioni* che si propongono di informare la famiglia rispetto ai disturbi dell'alimentazione, educarla e supportarla nell'affrontare i pasti che il paziente consumerà nell'ambito familiare. I gruppi di sostegno hanno obiettivi di holding cognitivo

comportamentale e sono finalizzati a gestire l'emotività, migliorare la comunicazione, creando le basi per un lavoro sulle dinamiche relazionali funzionali al benessere del singolo e di tutta la famiglia. Per i soggetti minori, data la rilevanza e l'attualità delle dinamiche affettivo-relazionali tra gli utenti e la loro famiglia, vengono all'occorrenza predisposti dei percorsi di terapia familiare; l'alleanza terapeutica e il coinvolgimento delle famiglie costituiscono, infatti, per i soggetti in età evolutiva un presupposto chiave per il successo dell'intervento terapeutico-riabilitativo.

Il cambiamento della persona in trattamento, infatti, può creare spesso un'alterazione dell'equilibrio familiare che, sebbene comporti sofferenza è conosciuto e, in quanto tale, rassicurante. Il sistema famiglia, quindi, tende ad opporsi alla rottura della propria omeostasi attraverso sabotaggi talvolta messi in atto anche inconsciamente. Rendere tutti i componenti della famiglia consapevoli di tali dinamiche, permettendo ad ognuno di lavorare sulle proprie modalità relazionali, facilita l'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica con la famiglia.

Il lavoro con le famiglie presenta, infine, importanti ricadute sulla persona in trattamento, in quanto ne agevola il percorso terapeutico riducendo il numero di drop-out, e ne facilita il reinserimento post-trattamento.

Conclusioni

Ho scelto di concludere questo lavoro partendo dalle riflessioni di una paziente che chiameremo Anna, che alla fine del percorso terapeutico, ci ha “regalato” una sintesi di sue riflessioni dal titolo “*Pillole di Saggezza*”:

*Ognuno è responsabile del proprio benessere;
Il cibo non è né amico né nemico,
(Le trappole più pericolose sono quelle che non si riconoscono);*

*Il disturbo alimentare è un sintomo di una trappola della dipendenza
nella quale la persona è caduta;*

Tieni il file aperto e la soluzione viene da sé; ;

*Occuparsi invece che preoccuparsi...imparare a vivere il momento
presente; Ridimensionare le cose e riconoscerne i confini
è il modo migliore per rimanere liberi nelle scelte;*

*Essere respons-abili vuol dire riconoscersi la capacità di rispondere
in maniera funzionale alle vicissitudini della vita;*

*Tutto ciò che proviene dall'interno: emozioni, sensazioni, sentimenti e
pensieri, può essere gestito con la ragione ed è quindi questione di scelta;*

*Passare dal “sentire” al “vedere” i dati oggettivi della realtà per
orientarsi nelle scelte. “Fatico” quando mi pongo obiettivi irrealizzabili;
lavoro quando mi pongo obiettivi reali e mi impegno per realizzarli;*

*Non aspettare di guarire per cominciare a vivere. La vita può essere
un'eterna battaglia contro o una ricerca per: è ancora una volta una
questione di scelta;*

Fino a quando lasci dormire tuo figlio nel lettone, non gli concedi l'opportunità di vincere la paura di dormire da solo. Le cose che fanno paura diventano pericolose non per il loro carattere intrinseco ma per il potere di cui le investiamo;

Darsi fiducia ad occhi aperti. I "però" levano forza alle affermazioni. Rimandare è come votarsi al fallimento;

A volte prendersi cura di sé è sapersi dire di no. Prendersi cura di sé è sapersi dire di no a volte ma non sempre.

Anna è stata una delle nostre prime utenti; aveva una problema di bulimia da circa 20 anni. Inizialmente ha mostrato difficoltà a stabilire relazioni, era chiusa e spesso diffidente. Durante il percorso terapeutico ha riconosciuto il proprio bisogno di essere presa in cura e con il tempo ha accettato di guardarsi dentro e "guardarci".

Quando alla fine del percorso ci ha "regalato" queste frasi attraverso un file in PowerPoint tutta l'equipe è stata presa da una forte emozione e le siamo stati grati in quanto ci restituiva, attraverso le sue parole, un'esperienza e delle convinzioni emotivamente significative in una forma poetica.

Anna, come tutte le persone dipendenti ha lottato e lotta per uscire fuori dal continuo (Continuum) di pensieri, emozioni e comportamenti che la tiene prigioniera impedendole scegliere in base ai bisogni d'amore e di autonomia.

Spesso le persone prigioniere della dipendenza vivono paradossalmente il loro sintomo come l'unica soluzione possibile al loro malessere, hanno paura di quello che c'è fuori dalla trappola che esse stesse si sono costruite.

Un percorso terapeutico deve rispondere ai bisogni di cura tenendo conto della paura che i pazienti vivono quando cominciano a cambiare e della loro compulsione a tornare al vecchio schema della dipendenza.

Un servizio territoriale di accoglienza di persone con DCA si occupa

della fase acuta della malattia, dell'accompagnamento e del sostegno alle persone anche nel momento in cui, dopo la cura e la riabilitazione, affrontano il loro contesto quotidiano; quest'ultimo è spesso resistente al cambiamento, come accade nelle famiglie patologiche, che tendono a rifiutare i cambiamenti del singolo componente in quanto questi la destabilizzano e la mettono ulteriormente in crisi.

Pertanto, riteniamo che il sistema di cura debba riflettere sui propri protocolli di intervento, eliminando il modello medico di somministrazione della cura per occuparsi della persona nella sua capacità di attivare le proprie risorse e nel sostenerla durante di periodo post-trattamento. Il titolo di questo lavoro, "Continuum .. e poi" ha una doppia implicazione, la prima riguarda la persona che durante tutto il percorso terapeutico dovrà scegliere cosa c'è dopo l'uscita della prigione del sintomo, e l'altra chiama in causa noi operatori che dobbiamo interrogarci sulle modalità attraverso cui supportiamo la persona nel momento in cui, uscita dalla trappola, terminato il percorso di cura e riabilitazione protetto, entra in un quotidiano complesso che tende a mantenere l'omeostasi attraverso la riproposizione dei vecchi problemi e delle vecchie dinamiche.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA). (2000a). *Practice guidelines for the treatment of individuals with eating disorders, Second Edition*.

American Psychiatric Association (APA). (2000b). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, American Psychological Association HealthCenter. (1998). Eating disorders: psychotherapy's role in effective treatment, in *How Therapy Helps: Get the facts*.

Beavin J.H., Jackson D.D., Watzlawick P. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, 1971.

Berne, E., (1957), *Intuizione e Stati dell' Io*, Astrolabio, Roma, 1992

Berne, E., (1961), *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma, 1971

Berne, E., (1964), *A che gioco giochiamo*, Bompiani, Milano, 1967

Berne, E., (1966), *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio, Roma, 1986

Berne, E., (1972), *Ciao!...E poi?*, Bompiani, Milano, 1979

Berne, E., (1972), *Cosa dici dopo aver detto ciao?*, Archeopsiche (c/o Centro E. Berne), Milano, 1993

Bowlby J., (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina editore, 1982.

Bowlby J., (1969) *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'Attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, 1999.

Bowlby J., (1988) *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina editore, 1989.

Brusset B., *L'assedio del presente. Sulla rivoluzione culturale in corso*, ed. Il Mulino, 2008.

Brusset B., (1998) *Psicopatologia dell'anoressia mentale*, Borla, 2002.

Cicerone M. T., *Laelius de amicitia - Lelio l'amicizia*, La Feltrinelli, 1991.

Cotrufo, P., Beretta, V., Monteleone, P. e Maj, M. (1998). *Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 112-115.

Cuzzolaro, M., (1988), *“Bulimia nervosa: definizione diagnostica e terapia psicanalitica”*, in *Psicobiettivo*, anno ottavo, 2, 9-24.

Cuzzolaro M. *Disordini alimentari in adolescenza*. In: Ammaniti M (a cura di) *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Cortina Editore, Milano, 2002: 399-427.

Cuzzolaro, M., (2004), *Anoressie e bulimie*, Il Mulino, **anno**.

Dalle Grave R., *Alimentazione meccanica. Il cibo come medicina*, Positive Press: Verona, 2003.

Dalle Grave R., *Alle mie pazienti dico*, Positive Press: Verona, 1998.

Dalle Grave R., *Perdere peso senza perdere la testa. Il peso ragionevole in 7 passi*, Positive Press, 1998.

Dalle Grave R., *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*, Positive Press, 2003.

Dalle Grave, R. (2001), *Fattori cognitivo comportamentali nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare*. In Brunetta M. e Frolidi M. (Eds). *I meccanismi del mantenimento del sintomo nei disturbi del comportamento alimentare: Anoressia nervosa e bulimia nervosa* (pp. 93-118). Milano: Pitagora Press.

Fairburn C. G., Harrison P. J. (2003) *Eating disorders*. Lancet, 361(9355):407-16.

Fairburn C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003) “Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment”, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 41, 5, May, 509-528

Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.

Fonagy, P., Target M. (1997), *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé*, in *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano, 2002.

fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.

Garner D.M., Dalle Grave R., *Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi del Comportamento Alimentare*. Positive Press, Verona, 1999.

Giunta C., *L'assedio del presente. Sulla rivoluzione culturale in corso*, Il Mulino, 2008.

Goulding M., Goulding R.L. *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Astrolabio, 1983.

Gunderson, J. (2004), Foreword. In Bateman, A., Fonagy, P., *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*, Cortina editore, 2006.

Hoek H.W., van Hoeken D. (2003) *Review of the prevalence and incidence of eating disorders*. Int J Eat Disord 34 (4):383-396.

Hudson JI, Pope HG, Jr., Jonas JM, Yurgelun-Todd D, and Frankenburg FR (1987) *A controlled family history study of bulimia*. Psychol Med 17 (4):883-890.. Am J Psychiatry 146 (11):1468-1471.

Jeammet P., (2006) *Anoressia Bulimia I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*, Franco Angeli, 2006.

Jeammet P. (2002b), *I legami fondamento del soggetto: dalla costrizione al piacere*, Adolescence, 40.

Jeammet P. (2002a), *Specific of adolescent psychoanalytic psychotherapy*, Psychotherapies, 22(2), 2002.

Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L., *The Biology of Human Starvation* (2 volumes), University of Minnesota Press, 1950.

Laing R., (1955) *L'io diviso*, Einaudi, 2001.

Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, and Nagy L (1998) *A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity*. Arch Gen Psychiatry 55 (7):603-610.

Lipovetsky G., *Una felicità paradossale. Sulla società dell'iperconsumo*, Cortina editore, 2007.

Mahler M. S., (1975) *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, 2000.

Morton, J., Frith, U. (1995), "Causal modelling: A structural approach to

developmental psychology” in Cicchetti, D., Cohen, D.J. (eds.), *Developmental psychopathology*, Vol. I, Theory and methods (pp. 357-390). New York: John Wiley.

Novellino M. “Principi clinici dell’analisi transazionale” ed. Franco Angeli 2007.

Ostuzzi, Luxardi, *Figlie in lotta con il cibo*, 2003.

Penfield, W. (1952). *Memory mechanisms*. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 67, 178-198.

Penfield, W.G., Milner, B., *Memory deficit produced by bilateral lesions in the hippocampal zone*, *American medical association archives of neurology and psychiatry*, 79, 475-497, 1958.

Pietropolli Charmet G., *I Nuovi Adolescenti*, ed. Cortina, Milano, 2000.

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Kendler KS, Roysamb E, Maes H, Tambs K, and Harris JR (2003) *Gender differences in binge-eating: a population-based twin study*. *Acta Psychiatr Scand* 108 (3):196-202.

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Tambs K, and Harris JR (2004) *Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study*. *Int J Eat Disord* 36 (3):307-314

Ruocco R., Alleri P., *Il peso del corpo*, Franco Angeli, 2006.

Seneca L. A., *Lettere a Lucilio*, lettera 71; Brossura editore, 2006.

Spitz R., (1946) *Il primo anno di vita del bambino*. *Genesi delle prime relazioni oggettuali*, Giunti-Barbera, 1972.

Steiner C.M. (1971), *The stroke economy*, in *Transactional Analysis Journal*, 1, 3.

Steiner C. M. (1974), *Copioni di Vita, La Vita Felice*, Milano 1999.

Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, and Kaye W (2000) *Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes*. *Am J Psychiatry* 157 (3):393-401.

Vanderlinden J., *Vincere l’anoressia nervosa. Strategie per pazienti, familiari e terapeuti*, Positive Press, 2001.

Walsh N. D., *Meditazioni da Conversazioni con Dio*, Spierling e Kupfer, 2006.

Weiss, E., *Principles of psychodynamics*. New York: Grune & Stratton, 1950.

Willi J, Grossmann S. *Epidemiology of Anorexia Nervosa in a defined region of Switzerland*. American Journal of Psychiatry, 1983, 140, 564-567.

Wilson (1999b). *Modifying dysfunctional body shape and weight concerns in bulimia nervosa*. Unpublished treatment manual, Rutgers University.

Winnicott D. W., (1971) *Gioco e realtà*, Armando editore, 1990.