

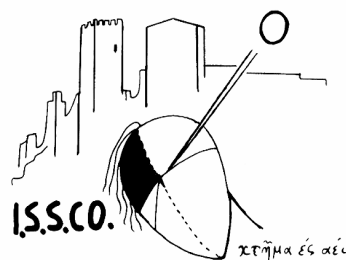
**Tullio Scrimali**

**SPECCHIO DELLE MIE BRAME ...**

Bellezza come ossessione e disturbi della alimentazione

*Istituto Superiore per le Scienze Cognitive*

Associazione Scientifica Riconosciuta - Ente non commerciale





# Copyright

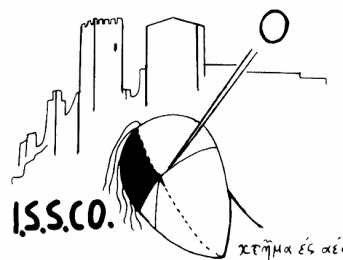
Tutti i diritti di questa monografia sono riservati all'Autore,  
Tullio Scrimali (tscrima@tin.it).

Nessuna parte del libro può essere riprodotta, copiata o in alcun modo utilizzata, senza il permesso scritto e firmato dall'Autore stesso.

Editore dell'opera è:

***Istituto Superiore per le Scienze Cognitive***

Associazione Scientifica Riconosciuta - Ente non commerciale



## Sedi

Enna, Via Grimaldi 8 (94100)  
Acicastello (Catania), Via Sturzo n. 20 (95021)

Telefono: 095-7127747 - Facsimile: 095-7127749

E-mail: [tscrima@tin.it](mailto:tscrima@tin.it) - Sito web: [www.issco.net](http://www.issco.net)

Stampato in proprio, presso la sede di Enna  
dell'Istituto Superiore per le Scienze Cognitive

Enna, Ottobre 2008

## Premessa

Faccio riferimento ai miti di Fineo e Tantalo, per definire il modello, da me elaborato, per la concettualizzazione ed il trattamento dei disturbi della alimentazione.

Negli anni recenti ho sviluppato, presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica della Università di Catania, una programma di ricerca finalizzato alla elaborazione di una serie di protocolli terapeutici e riabilitativi ispirati alla impostazione cognitiva, secondo una logica informata alla teoria dei sistemi complessi (Scrimali & Grimaldi, 2000).

Nell'ambito di tale progetto di ricerca, ho scelto, quasi sempre, nomi ispirati alla mitologia greca, quali *Sisifo* per il disturbo ossessivo-compulsivo; *Dedalo* per il disturbo da attacchi di panico; *Galatea* per la depressione, *Polifemo* per i disturbi di personalità, *Polifemo* per i disturbi di personalità, *Eolo* per il disturbo bipolare.

D'altra parte, vivendo in Sicilia, e in particolare nella Sicilia orientale, che faceva parte della Magna Grecia, si è letteralmente immersi nelle vestigia della cultura Greca della quale sono un appassionato studioso.

Fineo e Tantalo sono protagonisti di due diversi miti greci, connessi al cibo ed alla alimentazione.

Entrambi erano condannati, dagli dei, ad un supplizio perenne che finiva, in ambedue i casi, per lasciarli affamati e disperati, pur nella disponibilità abbondante di cibo.

Fineo aveva a disposizione succulente vivande ma, quando iniziava a cibarsene, veniva assalito da orribili uccelli aggressivi che gli strappavano il cibo dalla bocca con i loro becchi acuminati.

Tantalo invece si trovava immobilizzato in un luogo ricco di cibo. Affamato, cercava di afferrarlo, senza potere mai raggiungerlo.

Ho quindi paragonato la situazione di Fineo a quella del paziente bulimico che si alimenta copiosamente, ma, subito, viene privato del cibo dal vomito autoindotto.

Per quanto riguarda Tantalo, mi è sembrato potesse costituire la figura mitologica di riferimento per l'anoressia in quanto, come il paziente che ne è affetto, resta a digiuno, pur in presenza di cibo abbondante, del quale non riesce, suo malgrado, a nutrirsi.

## Introduzione

I disturbi della alimentazione costituiscono un gruppo di affezioni particolarmente problematiche, sia a causa dell'ancora insoddisfacente approccio terapeutico, che per il preoccupante rischio di mortalità che ancora si registra, soprattutto in merito alla anoressia. Oltre a ciò occorre sottolineare che le ricerche epidemiologiche dimostrano un costante aumento della incidenza nei paesi industrializzati di questi disturbi (Szmukler G.I., 1985).

Il DSM IV (A.P.A., 1994) descrive, nell'ambito dei disturbi della alimentazione, le seguenti, principali categorie diagnostiche:

- **bulimia nervosa**

- **disturbo dell'alimentazione caratterizzato unicamente da abbuffate (binge eating disorders)**
- **anoressia**

I disturbi della alimentazione incidono prevalentemente nel sesso femminile, ma non esclusivamente. Di recente bulimia ed anoressia cominciano ad osservarsi anche negli uomini e ho avuto modo di seguire alcuni pazienti di sesso maschile afflitti da tali patologie.

Nel proseguo del capitolo, per brevità, mi riferirò ai pazienti usando il genere maschile.

### **Bulimia nervosa**

Si caratterizza soprattutto per la presenza contemporanea di abbuffate e di provvedimenti tendenti a limitare i rischi di incremento di peso, quali vomito autoindotto, assunzione di lassativi, diuretici o la pratica eccessiva dell'esercizio fisico. Il senso di sé è profondamente influenzato da un drastico giudizio negativo sulla forma ed il peso corporeo.

Sono descritti due sottotipi.

Il primo è caratterizzato dalla presenza del vomito autoindotto, il secondo si connota per il fatto che tale condotta non è presente, ma prevale, piuttosto lo svolgimento di attività fisiche eccessive.

### **Disturbo dell'alimentazione caratterizzato unicamente da abbuffate (binge eating disorder)**

E' una categoria diagnostica proposta ancora in via preliminare dal DSM IV. Appare simile alla bulimia ma se ne differenzia per il fatto che non si registrano comportamenti tendenti a limitare le conseguenze delle abbuffate. La maggior parte dei pazienti affetti da B.E.D. sono in sovrappeso. L'approccio terapeutico è molto simile a quello che si attua nella bulimia nervosa.

### **Anoressia mentale**

Sono presenti il rifiuto di mantenere il proprio peso sul livello dei parametri considerati normali per la propria complessione fisica, associato ad una ossessionante paura di aumentare di peso e divenire "grassi".

Anche nel caso dell'anoressia mentale sono descritte due varianti.

La prima è caratterizzata prevalentemente dalla restrizione dell'apporto alimentare, la seconda è contraddistinta dalla presenza anche di episodi di abbuffate e, successivamente, di vomito autoindotto, ovvero di assunzione di lassativi e diuretici.

Una serie di studi epidemiologici ha dimostrato che l'incidenza della anoressia nervosa è aumentata sistematicamente in Occidente, a partire dagli anni Cinquanta, così come la bulimia appare in costante incremento a partire dagli anni Ottanta (Russel, 1993).

Alcuni Autori sono giunti a considerare i disturbi della alimentazione come: "sindromi legate alla cultura", più in particolare, correlate alla cultura contemporanea dei paesi industrializzati (Prince, 1985).

Gli elementi critici che avrebbero influito nel determinare l'incremento della incidenza di queste patologie sarebbero individuabili nelle seguenti topiche:

- grande disponibilità di cibo
- pressione al consumo di alimenti ipercalorici, in porzioni eccessive e in circostanze sempre più frequenti: Tale pesante pressione psicologica scaturisce dalle campagne di marketing, sempre più diffuse e capillari, dei produttori di alimenti, in particolare di dolci, snack e soft drinks.
- utilizzazione del comportamento alimentare al fine di modulare, non già il sistema biologico della alimentazione, bensì quello delle emozioni.
- eccessiva enfasi sulla necessità, ai fini di una possibile positiva immagine di sé, della snellezza e bellezza del corpo.

Un ruolo importante, nella dinamica di queste affezioni, sembra essere giocato da un medium potente e pervasivo, quale la televisione, alla cui influenza i bambini, i fanciulli e gli adolescenti sono esposti in termini sempre più massicci, negli ultimi decenni.

Una prova della influenza dei fattori culturali, legati alla società dei consumi di tipo occidentale, nel determinismo dell'incremento della incidenza dei disturbi della alimentazione, può essere individuata nella bassissima incidenza di queste affezioni nelle nazioni dell'Europa Orientale nel periodo comunista e l'incremento impressionante di tali patologie, parallelo alla progressiva assunzione degli stili di vita tipici delle Nazioni della Europa Occidentale e degli Stati Uniti, dopo la caduta dei regimi comunisti (Russell, 1993).

In ambito cognitivo e comportamentale, un modello della patogenesi e della psicopatologia di queste affezioni è stato elaborato, negli anni Ottanta, a partire dalla concezione che una serie di distorsioni cognitive siano alla base di queste patologie. Tali distorsioni cognitive riguarderebbero soprattutto la forma corporea e il peso.

Così Fairburn afferma che l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sono sostanzialmente disturbi cognitivi (Fairburn, 1985)

L'aspetto cruciale di queste patologie, secondo l'ottica cognitiva, proposta da Fairburn, sarebbe individuabile nel fatto che, di norma, il senso di autostima scaturisce da una serie di variabili e di competenze in aree differenti, mentre, nel caso dei disturbi della alimentazione, il senso di autostima si legherebbe progressivamente ed esclusivamente alla conformazione ed al peso corporeo.

Quindi, nell'ottica cognitiva, si è parlato della presenza, nelle persone, afflitte da questa tipologia di disturbi, di schemi idiosincratici relativi al peso ed alla forma corporea che sarebbero alla base della organizzazione del Sé.

Tali schemi idiosincratici sarebbero correlati, più in generale, a schemi disfunzionali, concernenti l'autostima che sarebbe sempre problematica in questi pazienti.

Da un punto di vista della condotta alimentare e, quindi, del livello comportamentale, è stato sottolineato che un aspetto cruciale di queste patologie consiste nel dover imporre alla condotta alimentare un serie di regole rigide e stereotipate, piuttosto che seguire la regolazione fisiologica,

fondata sul naturale senso di appetito e di sazietà.

In questi pazienti si determina una progressiva incapacità di avvertire i segnali propriocettivi della fame e della sazietà e, quindi, di seguire la regolazione naturale della condotta alimentare.

In sostanza, progressivamente, una nuova forma di gestione della condotta alimentare, connessa alla sfera cognitiva cosciente, si sostituisce ai processi naturali, appannaggio delle sfera biologica e motivazionale.

Tale fattore può essere messo in relazione con il perfezionismo e la rigidità della struttura personologica dei pazienti che contraggono questi disturbi.

Essi tendono progressivamente a restringere l'esperienza emozionale e a dilatare quella del controllo cosciente della condotta alimentare e anche di quella sessuale che infatti viene progressivamente ristretta fino, talvolta, all'evitamento assoluto.

Una aspetto cognitivo, tipico dei pazienti afflitti da disturbi della condotta alimentare, sarebbe individuabile, secondo Fairburn, nel pensiero dicotomico.

Secondo tali modalità di giudizio, o si è magri o si è obesi, e inaccettabilmente grassi, mentre non può esistere una serie di condizioni intermedie.

Fairburn ha descritto un certo numero di pattern cognitivi e comportamentali che alimentano e mantengono una serie di circoli viziosi i quali sarebbero, secondo la sua concettualizzazione, alla base della psicopatologia dei disturbi della alimentazione.

Nell'ambito di tale schemi, l'aspetto centrale sarebbe costituito dalle eccessive preoccupazioni per la forma ed il peso corporeo. Da esse scaturirebbe la tendenza alla restrizione alimentare e la attuazione di comportamenti quali il vomito auto-indotto o l'uso di purganti o l'eccesso di pratica fisica.

L'abbuffata, secondo Fairburn, non deve essere concettualizzata come una conseguenza diretta della disfunzione cognitiva di base, riconducibile alle eccessive preoccupazione per la forma ed il peso corporei.

L'Autore inglese suggerisce invece, l'ipotesi che l'abbuffata sia una conseguenza della continua restrizione alimentare.

Quando questi pazienti non riescono più a controllare la strettissima restrizione alimentare a cui si sottopongono, allora perdono completamente il controllo, cadendo nell'eccesso opposto della abbuffata in ciò adeguandosi anche alle loro attitudine al pensiero dicotomico

L'abbuffata è, di solito, facilitata dalla presenza di uno stato d'animo, negativo quasi sempre di tristezza o di ansia. L'abbuffata provoca un effetto bifasico. Nell'immediato produce un senso di rilassamento ma, successivamente, alimenta i sensi di colpa e la preoccupazione per l'aumento di peso. Ciò comporta l'immediata ripresa delle restrizioni alimentari.

In tal modo si costruisce, alimenta e mantiene un vero e proprio circolo vizioso. La restrizione alimentare provoca le abbuffate, le abbuffate alimentano le restrizioni alimentari.

Un secondo circolo vizioso, descritto da Fairburn, è quello che si attiva quando il paziente scopre progressivamente il vomito autoindotto o l'impiego di lassativi.

Queste nuove modalità, che vengono progressivamente apprese, e sempre più massicciamente praticate, tendono a neutralizzare, almeno nelle convinzioni dei pazienti, gli effetti negativi delle abbuffate sul peso corporeo. Ciò tende a rendere sempre più frequenti le abbuffate.

D'altra parte, il ricorso al vomito autoindotto o all'uso di lassativi o diuretici, provoca, dal punto di vista cognitivo, una ulteriore compromissione dell'autostima, alimentando la distorsione cognitiva di base relativa alla valutazione negativa di sé.

La concettualizzazione di Fairburn appare efficace nel descrivere la dinamica di alcuni aspetti della sintomatologia dei disturbi della alimentazione, soprattutto ai fini della pianificazione di interventi terapeutici di tipo comportamentale e cognitivo.

Il modello, elaborato da Fairburn, appare, comunque, a mio parere, lacunoso, sia a livello descrittivo, che esplicativo.

Dal punto di vista descrittivo, omette infatti di prendere in considerazione la dimensione relazionale e, in particolare, familiare, che pertanto resta sostanzialmente esclusa dalla pianificazione dell'intervento terapeutico e ciò costituisce, a mio avviso, un errore, ai fini della terapia e della prognosi dei disturbi della alimentazione.

Per quanto concerne la dimensione esplicativa, Fairburn sembra non preoccuparsene troppo, probabilmente in ossequio ad un atteggiamento pragmatico, finalizzato ad un approccio terapeutico fondato sul "qui ed ora".

Personalmente ritengo la dimensione esplicativa fondamentale per una piena comprensione dei disturbi della alimentazione. Pertanto ho lavorato, negli ultimi anni, per sviluppare un modello relativo alla eziopatogenesi di tali affezioni.

Il modello eziopatogenetico, da me adottato, si colloca nell'ambito dell'approccio complesso secondo il quale il determinismo dei disturbi psichiatrici e, quindi, anche di quelli della alimentazione, sarebbe riconducibile a una serie diversa di fattori. In particolare:

- vulnerabilità biologica
- parenting
- fattori culturali e sociali
- storia di sviluppo e crisi adolescenziale
- eventi traumatici
- aspetti personologici premorbosi
- eventi chiave scompensanti
- evoluzione del disturbo e fattori che lo influenzano

Nell'ambito del prossimo paragrafo esporrò sinteticamente questo modello, riportando anche i dati sperimentali e di letteratura che lo supportano.

Come vedremo, sebbene i modelli complessi per la eziopatogenesi, per la bulimia e l'anoressia presentino numerosi aspetti comuni, tuttavia, alcune differenze esistono e vanno sottolineate anche per le loro implicazioni sul versante della terapia

## **Un modello complesso della eziopatogenesi dei disturbi dell'alimentazione**

### **Vulnerabilità biologica**

La presenza di una vulnerabilità biologica, legata al genoma, per i disturbi della alimentazione, non costituisce ancora un dato definitivamente acquisito.

Tuttavia una serie di elementi sembrerebbe dimostrare il legame di queste affezioni alla componente biologica e, quindi, genotipica, della persona.

Una familiarità, sia nell'anoressia che nella bulimia, è stata dimostrata in percentuali oscillanti tra il 50% e l'80%, se si considera la presenza negli ascendenti di disturbi psichiatrici (Weller, 2000).

Nei familiari ascendenti sono stati individuati, con notevole frequenza, non solo casi di disturbi alimentari ma anche disturbi dell'umore o disturbi da abuso di sostanze o obesità o abusi nell'ambito della sfera sessuale (Fairburn, Hay & Welch, 1993).

La significativa, più alta concordanza per la anoressia nelle coppie di gemelli monozigoti (56%) rispetto a quella riscontrata nei gemelli dizigoti (5%) suggerisce una notevole predisposizione genetica per la anoressia mentale (Holland et Al., 1984, 1988).

### **Parenting**

Questo aspetto è stato descritto compiutamente, in ambito cognitivo, da Guidano e Liotti (1998) e successivamente approfondito notevolmente da Guidano (1988).

I due Autori, rifacendosi anche ad una serie di studi, attuati da ricercatori dell'area sistemica, individuavano nel parenting disfunzionale, esperito dai pazienti che sviluppavano successivamente un disturbo alimentare, un aspetto cruciale della dinamica eziologica.

Sia nella anoressia che nella bulimia Guidano e Liotti descrivevano il sistematico riscontro di gravi difficoltà emozionali che avevano contraddistinto il rapporto tra i pazienti e le figure di accudimento durante l'infanzia e l'adolescenza.

Tali difficoltà sarebbero riconducibili, in entrambi i casi, ad un controllo strettissimo da parte dei genitori della dinamica emotiva dei figli, attuata tuttavia con modalità differenti. Nel caso dell'anoressia tale controllo sarebbe esercitato in modo aperto e palese, imponendo regole rigide, prescrizioni e divieti; nel caso della bulimia in termini più indiretti e nell'ambito di un rapporto invischiato e soffocante.

Successivamente Guidano (1987) precisava meglio le caratteristiche disfunzionali del parenting e della storia di sviluppo che sarebbero alla base dei disturbi della alimentazione, soffermandosi in modo particolare sui seguenti aspetti.

L'ambiente familiare di questi pazienti avrebbe costituito un contesto nell'ambito del quale il riconoscimento e l'espressione genuina delle emozioni è assolutamente proscritto. I confini relazionali appaiono sfumati e prevale l'invischiamento.

L'autostima, sempre problematica, richiede continue conferme dall'esterno che comunque i genitori non dispensano mai in termini chiari ed univoci.

Si sviluppano presto atteggiamenti perfezionistici e di controllo.

### **Fattori culturali e sociali**

Particolarmente presenti e pervasivi appaiono gli aspetti della cultura contemporanea legati alla proposta di modelli di magrezza e snellezza corporea. Alcuni Autori come Brunberg hanno individuato una serie notevole di dati oggettivi che avvalorano questa concettualizzazione (Brunberg, 1988). Tra questi, particolarmente rilevanti i seguenti:

la pubblicazione massiccia di libri e periodici contenenti accenni marcati al conteggio ed al controllo delle calorie dei cibi ingeriti;

la pressione esercitata dalle industrie dell'abbigliamento che disegnano abiti particolarmente studiati per persone di taglia snella;

l'industria cinematografica, ma soprattutto la televisione, un medium potente e pervasivo hanno sempre più insistentemente proposto l'idea che il successo sociale e la felicità in amore fossero connessi ad una figura snella;

la sempre più assillante pressione all'esercizio fisico;

la incongruente pressione a consumare cibi molto calorici quali snack e merendine, soprattutto come modalità vicaria atta a modulare le emozioni e conseguire uno stato d'animo positivo;

Appare evidente come obiettivo della prevenzione primaria debba esser quello di contrastare tali messaggi negativi e, se possibile, intervenire per ridurre la frequenza e l'intensità, specialmente nei confronti dei bambini.

### **Storia di sviluppo e crisi adolescenziale**

Una prospettiva eziologica relativa alle modalità di sviluppo è stata proposta da Striegel-Moore.

Questa Autrice si sofferma sul dato epidemiologico della notevole prevalenza di questi disturbi nel sesso femminile e della loro comparsa durante l'adolescenza.

L'autrice americana sottolinea la notevole importanza che assumono nella donna i fattori relazionali legati ad una immagine fisica positiva ed attraente e la sua maggiore sensibilità ai modelli culturali dominanti.

La progressiva diffusione ed imposizione di modelli di femminilità e successo sociale legati alla snellezza sarebbe alla base della maggiore vulnerabilità femminile nei confronti dei disturbi della alimentazione

Per quanto riguarda i fattori specificamente connessi alla crisi adolescenziale, la Striegel-Moore enfatizza il ruolo negativo dell'eccessivo controllo familiare esercitato dai parenti all'inizio della adolescenza quando la ragazza deve sviluppare progressivamente un compiuto senso di autonomia.

In questa prospettiva viene sottolineato che, nelle ragazze, il coinvolgimento emotivo e la dipendenza emozionale dai genitori è maggiore che nei ragazzi, inoltre il controllo genitoriale abitualmente è maggiore.

I conflitti familiari che inevitabilmente si innescano nella fase adolescenziale provocano maggiormente nelle ragazze sensi di colpa e compromissione del senso di amabilità e di autostima

In tal modo, proprio nella cruciale fase della riorganizzazione adolescenziale, vengono a determinarsi una serie di attitudini disfunzionali del Sé.

### **Eventi traumatici**

La presenza di abusi sessuali e, in genere, di eventi traumatici, nella anamnesi di pazienti afflitti da anoressia e da bulimia, costituisce un dato abbastanza rilevante (Garfinkel et Al., 1995; Garfinkel et Al., 1996; Fairburn et Al., 1997). Tuttavia alcune ricerche sembrerebbero suggerire che la frequenza di tali eventi sebbene superiore a quella della popolazione normale non supera tuttavia, in maniera statisticamente significativa quella riscontrata nella popolazione di pazienti psichiatrici (Welsh & Fairburn (1994).

### **Aspetti personologici premorbose**

Guidano, in modo particolare, nell'ambito della letteratura cognitiva, ha coerentemente descritto le caratteristiche di personalità dei pazienti che sviluppano in seguito un disturbo della alimentazione (1987, 1991).

Un aspetto cruciale, presente nei soggetti che svilupperanno un disturbo della alimentazione è una autostima problematica che può stabilizzarsi solo grazie ad un ricerca continua di conferme da parte di persone significative. Il rischio dei deludere tali persone e, quindi, di perdere il senso positivo di sé è sempre presente ed elevato.

Poiché nelle famiglie di questi soggetti è attiva una drastica tendenza allo stigma nei confronti della grassezza ed una enfasi notevole sulla bellezza e l'armonia corporea, la preoccupazione di non essere accettati e di perdere l'approvazione dei familiari si focalizza prevalentemente sull'aspetto corporeo.

Un altro aspetto fondamentale per Guidano è costituito dalla capacità di riconoscere ed attribuirsi le proprie emozioni e le sensazioni somatiche.

Come si vede, nella concezione costruttivista di Guidano il senso di autostima problematico e l'atteggiamento perfezionistico sono messi in relazione alla presenza di modelli operativi interni sviluppati e mantenuti nell'ambito della relazione disfunzionale con figure genitoriali inadeguate.

In tal modo, quanto descritto da Fairburn, in termini storici (qui ed ora) assume invece una chiara connotazione biografica, imputabile alle vicende dello sviluppo e una altrettanto chiara e rilevante enfasi relazionale che assume implicazioni importantissime ai fini del trattamento terapeutico.

Se si considera, infatti, che i disturbi della alimentazione si osservano spesso in adolescenti e in giovani che ancora vivono con i genitori, e ne continuano a subire quindi i pattern relazionali disfunzionali, non si capisce come si possa trascurare, sia nella concettualizzazione del caso clinico che nell'assessment e nella pianificazione del trattamento, questo aspetto cruciale.

### **Eventi chiave scompensanti**

Costituiscono eventi chiave scompensanti tutte quelle situazioni che possono portare ad un aumento dell'ansia e ad un abbassamento del tono dell'umore con conseguente incremento dei problemi

relativi all'autostima.

Eventi in grado di comportarsi come trigger sono gli eventi di separazione e di perdita, le alterazioni gravi della omeostasi familiare, nuove e drastiche richieste dall'ambiente, vulnerabilità all'autostima quali un insuccesso scolastico.

Un fattore cruciale nella anamnesi dell'anoressia è molto spesso l'inizio di una dieta finalizzata a regolarizzare un leggero sovrappeso.

### **Evoluzione del disturbo e fattori che lo influenzano**

Il decorso dei disturbi della alimentazione è di solito inaggravante e, nella anoressia, può condurre anche alla morte per cachessia.

Un aspetto importante da sottolineare per la sua rilevanza, ai fini della terapia, è l'istituirsi di *circoli viziosi* che tendono presto a stabilizzare il disturbo e, anzi, a renderlo progressivamente più grave.

Ho già accennato, nella introduzione, a quanto descritto da Fairburn, a livello comportamentale e cognitivo.

Nel modello cognitivo comportamentale classico, della Scuola inglese, si focalizza, come già da me sottolineato, l'attenzione solo sulle dinamiche intrapsichiche.

Notevole rilevanza assumono tuttavia le dinamiche relazionali e, soprattutto, familiari.

Il mantenimento di relazioni familiari caratterizzate da ipercontrollo, invischiamento, blocco dello sviluppo e dall'autonomia costituisce indubbiamente un fattore prognosticamente sfavorevole sul quale occorre intervenire programmando un intervento terapeutico familiare.

Non bisogna però trascurare, in una dimensione complessa, il ruolo dei fattori biologici nel determinare ulteriori circoli viziosi in grado di perpetuare il disturbo.

Nella anoressia l'attitudine al digiuno o alla restrizione alimentare, spesso innescata dalla prescrizione o dalla adozione di un regime dietetico severamente ipocalorico, sviluppa progressivamente una serie di conseguenze che ingenerano e successivamente mantengono drammatici circoli viziosi.

I vari effetti del digiuno sono ben noti da tempo e sono stati accuratamente studiati, sia nell'ambito di ricerche sperimentali, condotte con la collaborazione di volontari (Keys, Brozek, Henschel, 1950) che si sottoponevano ad una drastica restrizione alimentare sia durante gravi carestie come quella verificata in Russia tra il 1918 e il 1922 (Sorokin, 1947).

Gli effetti del digiuno si registrano a diversi livelli:

cognitivo:

compromissione del pensiero astratto e focalizzazione ossessiva della attività cognitiva sul cibo e sulla alimentazione

emotivo:

si determina uno stato di apatia e di scarsa risonanza affettiva che porta a vivere il proprio

decadimento fisico e persino la probabile morte come un fatto che non provoca nessuna reazione di allarme e non mobilita meccanismi attivi di coping. Ciò è spiegabile anche sulla base di meccanismi e processi biologici. La restrizione dell'apporto calorico comporta l'attivazione di meccanismi difensivi finalizzati ad incrementare le probabilità di sopravvivenza. Ovviamente ogni attivazione emozionale incrementa il dispendio calorico dell'organismo. Ottundere la dinamica emozionale significa quindi risparmiare calorie.

comportamentale:

dopo una fase transitoria di iperattività, si determina progressivamente una condizione di abulia e di ipoattività

relazionale e sociale:

il digiuno comporta una tendenza a diminuire i contatti sociali, attivando un processo di progressiva chiusura in se stessi

biologico:

si determina progressivamente una atonia dello stomaco e una notevole difficoltà digestiva che rende sempre penoso ogni tentativo di incrementare l'apporto alimentare.

La situazione di dolore e di sofferenza post prandiale e il successivo sollievo ottenuto o col digiuno o tramite il vomito autoindotto possono contribuire a stabilizzare la situazione di restrizione dietetica.

Come vedremo più avanti, tali circoli viziosi rendono problematico qualunque intervento terapeutico a partire persino dalla istituzione e dallo sviluppo della relazione. Appare dunque evidente che uno degli aspetti basilari e preliminari del progetto terapeutico per l'anoressia deve essere il graduale alleggerimento della restrizione alimentare.

### **L'approccio terapeutico cognitivo complesso**

La prognosi dei disturbi della alimentazione resta a tutt'oggi severa (Herzog D.B., Keller M.B., Lavori P.W., Isabel S. Bradburn, Ott I.L.,1990.) e le metodologie terapeutiche ancora immature.

Gli unici orientamenti terapeutici, in grado di vantare dati sperimentali convincenti, sono, per la bulimia nervosa, quello cognitivo-comportamentale e quello della psicoterapia Interpersonale.

Per la terapia della anoressia non esistono ancora sufficienti evidenze sperimentali per nessuna tipologia di approccio psicoterapico mentre cominciano ad acquisirsi evidenze di un positivo risultato di approcci integrati nei quali l'aspetto cognitivo comportamentale e interpersonale viene associato a quello propriamente biologico e nutrizionale.

Negli ultimi anni, ho sviluppato, presso l'Unità di Psicoterapia Cognitiva e Riabilitazione, della Clinica Psichiatrica della Università di Catania, una serie di interventi terapeutici multimodali, di ispirazione cognitivista e complessa finalizzati alla terapia della bulimia, del disturbo della alimentazione caratterizzato dalla presenza di abbuffate e per l'anoressia mentale.

Il modello terapeutico, che ho elaborato, è strategicamente orientato, articolandosi in passaggi tattici, differenziati e flessibili, pianificati sulla base dell'assessment del singolo caso clinico, e scaturisce dal modello psicopatologico, psicobiologico e complesso precedentemente esposto e verificato nel corso di una serie di ricerche sperimentali (Scrimali, Grimaldi, Grasso , 1994) .

I protocolli Fineo e Tantalo, rispettivamente finalizzati alla terapia della bulimia nervosa e della anoressia nervosa, comportano una serie di aspetti comuni e alcuni invece particolarmente studiati per gli specifici aspetti delle due differenti affezioni.

In ogni caso è opportuno premettere che i protocolli sono multidimensionali, in quanto tengono conto dei seguenti diversi livelli di intervento.

## **LIVELLO BIOLOGICO**

### **Bulimia**

L'importanza di questo livello scaturisce dal dato, ampiamente documentato in letteratura, secondo il quale, nei pazienti bulimici, sarebbe presente una alterazione dei meccanismi nervosi ed endocrini di regolazione del ciclo fame-comportamento alimentare-sazietà ( Grossman S.P., 1990.; Breverton T.D., 1992; Pirke K.M., 1990).

Giustificata appare, dunque, l'ipotesi di impiegare lo strumento farmacologico nel tentativo di correggere, preliminarmente, per quanto possibile, tali meccanismi alterati (Merriam A.E., 1994).

Preciso subito che l'impiego del provvedimento psicofarmacologico non è affatto incompatibile con un approccio psicoterapeutico strategicamente orientato (Scrimali T., Grimaldi L., Filippone L., 1992 ).

Nell'ambito del mio personale approccio terapeutico in Psichiatria, lo strumento farmacologico costituisce, dunque, uno strumento tattico, capace di sbloccare situazioni, talmente compromesse, da non consentire la programmazione di alcun setting psicoterapeutico. Basti pensare ai pazienti schizofrenici in fase di scompenso acuto, o ai pazienti afflitti da una turba dell'umore di tipo maniacale o da depressione grave o, ancora, da un disturbo ossessivo-compulsivo o, da anoressia nervosa, con grave compromissione dello stato fisico (Scrimali T., Grimaldi L., Filippone L., 1992).

Nel caso della bulimia nervosa, non sono infrequenti quadri clinici , caratterizzati dalla presenza di "abbuffate", numerosissime e di grave entità, associate a vomito autoindotto con conseguenti turbe dell'equilibrio elettrolitico, le quali, a loro volta, possono causare aritmie cardiache, paralisi muscolari, deficit della funzione renale e crisi epilettiche ( Herzog D.B., Keller M.B., Lavori P.W., Isabel S., Bradburn, Ott I.L., 1990).

In queste circostanze l'intervento farmacologico e il ripristino di accettabili condizioni fisiche appaiono indispensabili e prioritari.

Negli ultimi cinque anni, si sono accumulate numerose evidenze a favore di una efficace azione terapeutica, nella bulimia, di una sostanza capace di inibire selettivamente il reuptake serotoninergico: la fluoxetina ( Scrimali T., Grasso F., Branciforti M., Gilotta S., Saraceno C., Zerbo S., 1990).

Numerose esperienze personali e due studi controllati, effettuati dal mio gruppo di lavoro, hanno evidenziato una notevole efficacia della fluoxetina, soprattutto nel ridurre le abbuffate con l'impiego di un dosaggio medio di 40 milligrammi pro/die (Scrimali T., Grimaldi L., Corriere A., 1990).

Aggiungiamo preliminarmente, per poi riprendere più compiutamente questo aspetto, in seguito, che, in casi gravi, nei quali siano presenti o sospettabili le complicanze fisiche, precedentemente accennate, il trattamento deve iniziare in regime di degenza presso una struttura specializzata, nella quale possa essere intrapreso un trattamento multimodale, quale la Unità di Terapia Cognitiva e Riabilitazione, di cui siamo responsabili presso l'Istituto di Clinica Psichiatrica della Università di Catania.

### **Anoressia nervosa**

Il livello biologico riguarda il digiuno e la necessità di interromperne progressivamente gli effetti attuando un graduale incremento dell'apporto calorico.

Spesso è in pericolo la vita stessa del paziente e quindi occorre intervenire in un ambiente specialistico per sostenere e ripristinare un soddisfacente funzionamento dei sistemi vitali

Il graduale incremento dell'apporto calorico e dei nutrienti essenziali serve anche a sbloccare lo stato di abulia e di blocco di ogni attitudine di coping, consentendo di programmare una strategia terapeutica.

## **LIVELLO COMPORTAMENTALE**

Quello comportamentale costituisce un livello di analisi importante in quanto costituisce, come vedremo, il primo target dell'intervento terapeutico.

I meccanismi comportamentali costituiscono, anche nel caso di questi disturbi, meccanismi disfunzionali di coping appresi per gestire, sebbene in modo improprio, una serie di difficoltà emotive, cognitive e relazionali (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 1998).

Tali meccanismi tendono a radicarsi nel tempo grazie a processi di rinforzo e a costituire dei circoli viziosi automantenendosi.

Gli aspetti comportamentali specifici della bulimia e della anoressia sono profondamente diversi da un punto di vista comportamentale e, pertanto li descriviamo separatamente.

### **Bulimia nervosa**

La dinamica comportamentale di questo disturbo può essere ricondotta ad uno specifico comportamento compulsivo che si attua nella sfera alimentare.

L'abbuffata ed i successivi meccanismi, adottati per limitarne l'effetto sul peso corporeo, quali il vomito autoindotto e l'assunzione di lassativi, costituiscono dei veri e propri rituali attuati al fine di ridurre condizioni emotive negative quali l'ansia, la tristezza, la frustrazione.

La dinamica comportamentale e il circolo vizioso che si determina può essere riassunta nei termini seguenti:

evento trigger

attivazione di condizioni emotive e cognitive negative

tentativo di ridurre tali condizioni negative abbuffandosi

riduzione dell'ansia

attivazione di pensieri automatici sul rischio di ingrassare e quindi di perdere l'autostima

attivazione dell'ansia

riduzione dell'ansia tramite il comportamento di vomito autoindotto o della assunzione di lassativi

In sostanza, l'abbuffata ed i conseguenti meccanismi, tendenti a limitarne le conseguenze sul peso, possono essere concettualizzati come un processo compulsivo bifasico.

### **Anoressia nervosa**

Il meccanismo disfunzionale, adottato in questo disturbo, a livello del comportamento alimentare, è l'evitamento.

Alimentarsi comporta, per i pazienti anoressici una grave sofferenza a diversi livelli.

Livello biologico: per la difficoltà a digerire e per il penoso senso di sofferenza post-prandiale che ne deriva.

Livello emotivo: per la reazione di ansia che scatena

Livello cognitivo: per i pensieri automatici che scatena riguardo alla possibilità di prendere peso

Tali conseguenze negative tendono ad indurre progressivamente un processo di evitamento attivo del comportamento alimentare.

In definitiva la concettualizzazione in termini comportamentali risulterebbe la seguente:

trigger: alimentarsi

intensa reazione di ansia che diminuisce la secrezione gastrica e rallenta la peristalsi

determinismo di una condizione di grave sofferenza

riduzione della sofferenza tramite il vomito autoindotto

senso positivo di calma e sollievo

Ciò accade nella variante della anoressia nella quale sono presenti i provvedimenti di eliminazione del cibo

Nel caso della variante solo restrittiva si determina invece la seguente dinamica

trigger: pensiero di alimentarsi

attivazione di una serie di pensieri automatici negativi e contemporanea elicitazione di una intensa condizione di ansia

evitamento

sollievo

## LIVELLO EMOTIVO E COGNITIVO

I successivi livelli da considerare sono quelli emotivo e cognitivo.

Ovviamente tale descrizione seriale deve intendersi condizionata dalla natura sequenziale di ogni descrizione digitale. In realtà, come già si evince dalla trattazione precedente, i livelli emotivo e cognitivo sono contemporaneamente coinvolti a quello comportamentale

Il livello emotivo si caratterizza per la presenza di reazioni emotive negative quali ansia, tristezza e frustrazione che si attivano prevalentemente in ambito relazionale.

Il livello cognitivo si caratterizza per una serie di disfunzioni cognitive riconducibili, sia a sistemi di convinzione, connessi all'autostima forzata, alla necessità imprescindibile di perseguire una forma corporea ideale e al perfezionismo.

Sempre a livello cognitivo, occorre considerare la presenza di molte delle disfunzioni idiosincratice nei processi di human information processing descritte da Beck, quali il pensiero dicotomico, l'eccesso di generalizzazione, l'inferenza arbitraria, la personalizzazione, la magnificazione e la minimizzazione

## LIVELLO RELAZIONALE E FAMILIARE

### **Bulimia**

Una vasta mole di dati sperimentali in letteratura, confermati anche dalle mie ricerche (Scrimali T., Grimaldi L., Cultrera G., Grasso F., 1993), dimostrano che le abbuffate sono attivate da emozioni negative, attinenti al vissuto del paziente ma elicitate da episodi relazionali nei quali il paziente si è sentito rifiutato, disistimato o abbandonato (Morley J.E., 1990).

Un altro aspetto di enorme importanza, quindi, nella terapia della bulimia nervosa, è quello relazionale, in generale, e quello familiare più in particolare.

Le famiglie dei pazienti bulimici sono state descritte come caratterizzate da un notevole invischiamento, iperprotettive, particolarmente attente a preservare, ad ogni costo, l'aspetto formali.

Le regole di comportamento sono tipicamente molto rigide e, altrettanto rigidamente, sono escluse dal sistema tutte le espressioni di individualità e diversità dei singoli componenti del nucleo familiare.

Nel loro contesto, i pazienti appaiono come non assertivi, dipendenti, angosciati dall'idea di crescere, oltremodo timorosi del giudizio altrui e sempre inclini a tentare di compiacere in ogni modo l'interlocutore.

D'altronde, un ambiente familiare quale quello sinteticamente descritto, implica durante la cruciale fase dello sviluppo del sistema di conoscenza, una quasi totale impossibilità a giungere ad una adeguata definizione del sé proprio a causa del perenne clima di ambiguità, indefinizione e

sostanziale mistificazione che caratterizza il rapporto di reciprocità.

Il giudizio degli altri diviene, a questo punto, l'unico criterio a cui il soggetto si può riferirsi per definire sé stesso, acquistando, in tal modo, significato di totale conferma o disconferma. Appare, in quest'ottica, del tutto coerente l'intensa ricerca di approvazione da parte del soggetto bulimico, così come la sua elevata sensibilità nei confronti del giudizio negativo.

Una interessante descrizione della strutturazione tipica della famiglia del soggetto bulimico viene formulata da Schwartz et Al. (Schwartz R.C., Barret M.J., Saba G., 1985)

Secondo questi Autori, la famiglia del futuro paziente bulimico è strettamente e stabilmente inserita in un network "esteso" in cui altri familiari, oltre ai genitori e ai fratelli, hanno un ruolo stabile e significativo. Tali famiglie sviluppano caratteristiche funzionali utili per il mantenimento delle rigide regole del network ma rigorosamente vincolate dall'implicita regola dell'esclusione di ogni possibile evoluzione del sistema, ivi compresa la realizzazione, da parte del soggetto "focale", di un network personale con nuove regole e nuove figure significative.

Per i membri di ogni singola famiglia è difficile avere relazioni profonde poiché ogni scambio relazionale "deve" essere condiviso da tutti i componenti del nucleo familiare. Il padre ha mantenuto stretti rapporti con i suoi genitori e fratelli; la madre spende molto del suo tempo con il proprio nucleo familiare d'origine; ciascuno viene altresì coinvolto nei conflitti degli altri.

I figli, a loro volta, non si allontaneranno affatto da questo network, così i genitori non dovranno mai affrontare la sindrome del nido vuoto, ma ciò li porta a non stringere mai una relazione molto stretta ed esclusiva.

La lealtà al network ed alle sue regole è fondamentale; gli estranei sono considerati potenzialmente ostili. I bambini sono addestrati ad essere sottomessi alle leggi del clan, rispettosi di tutti i parenti e delle gerarchie, piuttosto che incoraggiati a sviluppare il proprio senso di sé e una personale ambizione alla affermazione.

Infine, l'alimentazione costituisce un aspetto importantissimo nel mantenere la coesione del gruppo, nell'ambito del quale il mangiare insieme viene considerato quasi alla stregua di un rituale, fonte di gioia e di calma.

Le osservazioni di Schawarts ed Altri sono state effettuate negli Stati Uniti, ma dobbiamo dire che una certa quantità di dati scaturiti da mie osservazioni, effettuate in Sicilia, concordano con esse. Anzi, ho osservato, talvolta, una singolare tendenza di questo genere di famiglie che confluiscono in network del tipo descritto a costruirsi delle palazzine nelle quali convivono, spesso su piani diversi, un certo numero di nuclei familiari, tutti imparentati, che si riuniscono in una delle case per consumare i pasti.

Diverse mie pazienti bulimiche hanno riferito di essere cresciute, fin da piccole, con nonne, prozie, zie, cugine tutte soffocanti e tendenti a nutrirle "fino a scoppiare" senza che ci si potesse rifiutare perché ciò sarebbe stato vissuto come una sorta di mancanza di rispetto

Da quanto detto emerge, chiaramente, l'importanza di incrementare, nel paziente bulimico, la sua indipendenza e la competenza sociale, promuoverne il distanziamento emotivo e, talvolta, l'allontanamento fisico dalla famiglia, e, quando possibile, attuare una terapia familiare, tendente a modificare i pattern emotivi e relazionali che caratterizzano, nel senso illustrato, le famiglie dei bulimici.

## Anoressia

Nelle famiglie delle pazienti anoressiche prevale una rigida attitudine di controllo nei confronti del paziente. Tale controllo non viene esercitato, come nel caso del paziente bulimico tramite l'invischiamento e attraverso strategie di omologazione normativa ma, piuttosto, in termini drastici e spesso violenti.

Utilizzando le categorie di valutazione dell'Emotività Espressa, sulla base di numerose osservazioni personali, possiamo dire che, a differenza di quanto accade nei parenti dei pazienti bulimici, nei quali prevale l'ipercoinvolgimento emotivo, nel caso dei familiari dei parenti anoressici, è più presente invece l'ostilità ed il criticismo.

Le madri delle pazienti anoressiche appaiono molto spesso essere donne piuttosto belle, dotate di un elevato senso estetico, dell'ordine e delle norme sociali.

Il controllo sulla figlia è rigidissimo, dalla alimentazione all'abbigliamento, alle relazioni sociali e soprattutto a quelle sentimentali.

La sessualità viene categorizzata come qualcosa di negativo e degradante, l'asceti e lo spiritualismo sono valori estremamente apprezzati.

Nella famiglia dei bulimici la parola d'ordine è: - *Tutto va bene, siamo perfettamente felici e contenti!*-

Nella famiglia degli anoressici la parola d'ordine è: - *Tutto andrebbe bene e saremmo felici e contenti se il nostro congiunto non fosse così malvagio da voler essere imperfetto!* -

A conclusione di questa parte del capitolo, per spezzare, il ritmo, forse troppo incalzante delle informazioni scientifiche vorremmo introdurre una pausa legata ad una storia

La storia di Biancaneve ed i Sette Nani.

La beca matrigna in realtà doveva essere una persona afflitta da una organizzazione personologica facilmente riconducibile a quella tipica che si riscontra, come da me descritto, nei soggetti che successivamente sviluppano un disturbo della alimentazione.

Il suo rapporto ossessivo con il corpo e la bellezza, la spinge a dover mantenere ad ogni costo intatti i pattern disfunzionali di coerenza del sé ricorrendo ad un effetto specchio, anzi propriamente ad uno specchio, magico però.

Ogni giorno chiede conferma della sua assoluta bellezza ma un giorno arriva il tragico momento della invalidazione. La regina non è più la donna più bella del reame perché ora una più bella c'è ed la figliastra Biancaneve.

La disconferma genera una terribile crisi per uscire dalla quale la regina non si ferma davanti a nulla. In mancanza di trattamenti di bellezza e di diete adeguate decide di passare all'azione senza fermarsi nemmeno davanti all'omicidio che comunque alla fine la porta ugualmente a morire.

Insomma se ci fosse stato un buon terapeuta a corte fosse le cose sarebbero andate diversamente!

## **I PROTOCOLLI TERAPEUTICI FINEO E TANTALO**

### **Introduzione**

Dopo aver descritto la mia concettualizzazione della dinamica dei disturbi della alimentazione a livello comportamentale, emotivo, cognitivo e relazionale, possiamo ad illustrare i protocolli terapeutici Fineo e Tantalo da me elaborati.

Tali protocolli sono stati sviluppati nella prima parte degli anni Novanta e sistematicamente applicati nella seconda parte dello stesso decennio.

Nell'Ottobre del 1999 l'American Association of Psychiatry ha pubblicato (A.P.A., 1999) ha pubblicato aggiornando quelle proposte nel 1993 le linee guida per il trattamento dei disturbi della alimentazione.

Ho avuto in questa circostanza la soddisfazione di osservare che le linee guida dell'APA prendono in considerazione gli stessi aspetti considerati dai miei protocolli che risultano in tal modo particolarmente attuali.

Come ho avuto modo di sottolineare bulimia nervosa ed anoressia nervosa si caratterizzano per aspetti comuni e per alcuni che si differenziano.

Gli aspetti comuni sono legati alla disfunzione cognitiva relativa allo schema corporeo ed alla paura di ingrassare.

Gli aspetti sostanzialmente differenti sono quelli legati al livello comportamentale

Nei bulimici la condotta generale è relativamente poco alterata. I rapporti sociali sono mantenuti. Il meccanismo comportamentale alla base del coping disfunzionale è riconducibile alla compulsione e quindi alla abbuffata.

Nella anoressia invece il problema è l'ingestione di cibo e il meccanismo comportamentale disfunzionale è l'evitamento nei confronti del comportamento alimentare

Ai fini della setting e della relazione esistono sostanziali differenze tra le due tipologie di pazienti.

Infatti, il pattern relazionale del bulimico è costituito dalla tendenza a compiacere la figura di riferimento; nel caso dell'anoressico, invece, esiste un evitamento attivo delle relazioni vissute come controllanti.

Ciò assume una importante rilevanza ai fini del trattamento.

### **SETTING, RELAZIONE TERAPEUTICA, COMPLIANCE**

#### **Fineo**

Alcune situazioni cliniche di pazienti afflitti da bulimia nervosa, possono richiedere un periodo di ospedalizzazione.

Esse possono essere così riassunte (Garfinkel P.E., Garner D.M., Kennedy S.,1985):

Il disordine della condotta alimentare ed il vomito autoindotto sono talmente gravi da richiedere accertamenti e cure mediche intensive.

Il disordine della condotta alimentare è molto grave e talmente collegato alle situazioni quotidiane del paziente, da suggerire l'opportunità di un cambiamento radicale nello stile di vita, per un sufficiente lasso di tempo

Sono presenti gravi disturbi da abuso di sostanze, quali alcool, psicofarmaci o oppioidi.

Sono presenti gravi patologie psichiatriche, quali una turba dell'umore con rischio di suicidio, uno stato di ansia molto accentuato o disturbi della serie psicotica

La situazione familiare influisce sul paziente e sul trattamento, in maniera tanto negativa da far ritenere opportuna una separazione del paziente dal suo network.

In assenza di tali condizioni è possibile programmare un trattamento ambulatoriale.

Considerate le caratteristiche della famiglie del paziente bulimico, il primo contatto viene preso, il più delle volte dai familiari, i quali accompagnano sovente il paziente alla prima visita.

Il paziente appare spesso "rassegnato" al trattamento, i familiari sono ambivalenti. Da una parte minimizzano il problema del paziente dall'altra, in genere, lo colpevolizzano.

A proposito della compliance, si osserva una apparente disposizione al lavoro terapeutico, tendente a gratificare superficialmente il terapeuta del quale si richiede una pattern di accettazione e complicità. Le prime resistenze si attivano allorché inizia il vero e proprio lavoro terapeutico. Un item critico è, per esempio, l'introduzione della telecamera e la pianificazione di sedute di videomonitoraggio.

In queste circostanze si evidenzia un pattern, abbastanza idiosincratico, consistente in una palese turbolenza emotiva e rifiuto sostanziale del paziente a collaborare a tale tecnica. Questa resistenza non viene però, né palesata né discussa. Il paziente tenta, invece, in tutti i modi di affascinare il terapeuta avvolgendolo in una vera e proprio marmellata mielosa che dovrebbe distrarlo e fargli dimenticare quanto programmato.

Gli home-works sono eseguiti in termini formalmente ineccepibili (- Sono stato bravo, vero?-) ma sostanzialmente disattesi per quanto riguarda il monitoraggio delle emozioni.

Un problema particolare è costituito dai familiari, soprattutto , quando,(situazione, come già detto, molto frequente), il paziente è un giovane. I veri committenti della terapia sono i parenti e saranno loro a togliervi il paziente se solo vi percepiscono come estraneo e perturbatore.

Essi tenteranno, per lo più, di farvi diventare uno di loro, un membro autorevole del clan che deve, quindi, comportarsi bene. Ciò che vogliono è solo che gli togliate un piccolo problema, senza toccare le regole di fondo.

Con i pazienti bulimici, e le loro famiglie, il rischio del drop-out improvviso è altissimo. Paziente e parenti non paleseranno mai apertamente la loro ostilità ma interromperanno all'improvviso i contatti. Occorre quindi una estrema prudenza nell'introdurre nel lavoro terapeutico i vari elementi

di novità.

Il problema di fondo è stabilire una relazione emotiva con il paziente, realmente valida e profonda driblando, abilmente tutte le melasse depistanti da lui distillate. Il mantenimento della psicoterapia, nonché il suo esito e significato, dipenderanno, essenzialmente, dalla capacità del terapeuta di acquisire, per il paziente, il ruolo di "base sicura". Presumibilmente, il paziente non avrà mai esperito una relazione di tal genere, nell'ambito del suo rapporto di attaccamento che, viceversa, sarà stato vissuto, come elemento causante isolamento e insicurezza.

Solo una percezione del terapeuta come elemento di riferimento e sicurezza, permetterà al paziente di superare le inevitabili, e per certi versi auspicabili, turbolenze emotive che si evidenzieranno sia nella fase tattica che in quella strategica della terapia, e in cui i familiari avranno un ruolo, molto prevedibilmente, di elevato e non costruttivo disturbo.

I familiari devono essere sempre compresi nel programma terapeutico, stabilendo tuttavia regole chiare che vanno fatte rispettare. Una di queste è, per esempio, quella concernente la assoluta impossibilità di colloqui, anche telefonici, segreti tra parenti e terapeuta, a fronte di una totale disponibilità ad incontrare i parenti e discutere di tutto, purché in presenza del paziente che deve essere sempre incoraggiato ad esporre il proprio punto di vista.

Occorre, insomma, dare ampio spazio ai familiari (pena il drop-out) facendoli sentire importanti, imponendo tuttavia regole chiare che devono essere fatte rispettare.

Un fatto fondamentale va tenuto, tuttavia, presente: la guarigione del paziente comporterà una profonda ristrutturazione del sistema familiare che deve essere quindi aiutato ad accettare e promuovere il cambiamento.

Secondo la mia esperienza, e coerentemente a tutto quanto detto, un intervento terapeutico, rigidamente individuale, col paziente bulimico che vive nell'ambito di un network familiare del genere descritto, presenterà elevati rischi di fallimento.

Un ultimo aspetto da sottolineare, nell'ambito di questa topica, è quello concernente le modalità fisiche di conduzione del setting. Come detto precedentemente, spesso è indispensabile il regime di degenza. In tal caso è indispensabile che l'équipe curante, che prende in carico il paziente, sia la stessa che condurrà, in seguito, il trattamento.

Presso l' Istituto di Clinica Psichiatrica della Università di Catania ho reso operativa una Unità di Terapia Cognitiva e Riabilitazione, composta da me stesso, da alcuni psicoterapeuti cognitivisti da formati in Terapia cognitiva e da Tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, anch'essi addestrati all'intervento cognitivo.

## **Tantalo**

Nel caso dell'anoressia la necessità di iniziare il trattamento in regime di degenza, a causa delle scadute condizioni generali o, addirittura, da un possibile pericolo di vita può porsi con notevole frequenza.

Per quanto riguarda il cruciale aspetto della costruzione e dello sviluppo della relazione terapeutica, occorre dire che, nel caso dell'anoressia, il processo appare, secondo la mia esperienza, esattamente invertito nel suo trend bifasico rispetto a quanto ho osservato nella bulimia.

In quel caso, infatti si registra un'apparente positiva disponibilità al trattamento nelle fasi iniziali dello stesso e la comparsa, sempre però in termini soft ed elusivi, delle resistenze nella seconda fase del trattamento.

Nei pazienti anoressici invece il processo è invertito nel senso che è difficilissimo istituire la relazione terapeutica ma, poi, una volta costruita l'alleanza, il paziente anoressico svolgerà con impegno e disciplina il suo lavoro terapeutico.

Il problema è appunto quello di ottenere, nella fase iniziale, la compliance necessaria per iniziare il trattamento.

Poiché esiste, nel paziente anoressico, un'enorme idiosincrasia, ai pattern relazionali basati sul controllo e la sopraffazione, occorre, fin dalle primissime fasi di istituzione della relazione terapeutica, attivare pattern relazionali basati sulla negoziazione e sulla attivazione di processi relazionali fondati sulla cooperazione.

La mia proposta viene concettualizzata al paziente nei termini seguenti.

*- Io non la "costringerò" a fare nulla che lei non approvi e accetti espressamente. Sono qui per prendermi cura di lei e per intraprendere un itinerario nell'ambito del quale cercherò di non imporle nulla. Formulerò, piuttosto, delle proposte che saranno oggetto di una negoziazione -.*

E' di fondamentale importanza allearsi subito con il paziente, e se necessario, schierarsi apertamente a sua difesa, rintuzzando fin dall'inizio, gli atteggiamenti ipercritici, ostili e controllanti dei familiari.

Con i genitori sono solito parlare chiaro, ricordando loro che la anoressia presenta un tasso di mortalità molto elevato e che, se vogliono che si salvi il congiunto devono lasciare campo libero.

Questa drammatizzazione (ma spesso non lo è affatto, considerando le condizioni disperate nella quale spesso ci sono arrivati alcuni pazienti) serve a d'acquisire un maggiore potere contrattuale.

Di solito i familiari chiedono subito che si proceda ad interventi nutrizionali di tipo coercitivo quali la nutrizione parenterale o l'applicazione di un sondino naso gastrico.

Tali richieste vanno respinte a priori e sancito il criterio che la terapia nutrizionale, come del resto, tutto il processo terapeutico, non vengono discussi con la famiglia ma concordati con il paziente.

In tal modo, agli occhi di questo ultimo, si acquistano subito enormi benemerienze che lo predispongono a fidarsi e a collaborare.

## **Assessment e monitoraggio multidimensionale e multimodale paziente**

### **Fineo & Tantalo**

Livello biologico

- Aspetti nutrizionali  
(Voce bibliografica)
- Aspetti medici  
(Voce bibliografica)

Livello psicofisiologico  
Valutazione della attività elettrodermica  
(Prokasy, 1969; Scrimali & Grimaldi, 1991)

Livello psicopatologico  
Brief Psychiatric Rating Scale  
(Overall e Gorham)

Livello psicometrico e testologico specifico  
Eating Disorder Inventory  
(Autori)

Livello della disabilità  
Efesto  
(Grimaldi, Scrimali, Sciuto, 1997)

Livello diagnostico  
Diagnostic and Statistical Manual, IV Edition  
(A.P.A., 1996)

### **Assessment del clima emotivo e del funzionamento familiare**

Five Minutes Speech Sample  
(Magana et Al.)

Relatives' Bonding Instrument  
(Scrimali & Grimaldi, in press)

Family Assessment Measure  
(Skinner H.A., Steinhauer P.D., Santa-Barbara J. 1992),

Istituita la collaborazione terapeutica e completata la fase di assessment si può procedere alla attuazione dei protocolli terapeutici

L'articolazione del programma di trattamento, da me sviluppato, può essere distinta in tre fasi, che ho definito: Fase I (livello comportamentale), del coping e delle problem solving finalizzata ad una migliore gestione dei sintomi; Fase II (livello emotivo, cognitivo e relazionale), durante la quale inizia una progressiva ristrutturazione dei processi emozionali, dei sistemi di convinzione e dei pattern relazionali; Fase III (livello della narrativa personale) durante la quale avviene una progressiva ristrutturazione del sé attraverso un processo di modifica progressiva della narrativa personale storicizzazione della vicenda clinica, nel contesto del tema di vita personale.

### **Fase I (Livello comportamentale)**

#### **Coping & Problem Solving, Ovvero la Gestione dei Sintomi**

Questa fase si caratterizza per il conseguimento di obiettivi di risoluzione tattica quali:

- A) Interrompere le abbuffate, il vomito autoindotto e l'abuso di lassativi (Fineo)  
Interrompere il digiuno o la drastica restrizione alimentare e, se presenti, ridurre le condotte di eliminazione (Tantalo)
- B) Introdurre gradatamente un pattern di alimentazione normale (Fineo e Tantalo)
- C) Iniziare una analisi funzionale della abbuffata e del vomito autoindotto (Fineo)  
Intraprendere la analisi funzionale del digiuno e della restrizione dell'apporto alimentare (Tantalo)

## Punto A

### **Fineo**

Il perseguimento degli obiettivi compresi in questo punto, può essere attuato, nella primissima fase del trattamento, anche con l'utilizzo della terapia farmacologica.

La prescrizione di 40-60 milligrammi di fluoxetina pro/die consente al paziente di essere meno assillato dalla compulsione all'abbuffata, e, nei casi meno gravi, addirittura di vedere scemare, fino a sparire, tale sintomo cardinale della patologia (Hudson J.I., Harrison G.P.Jr., 1990). E' evidente che questo eventuale successo tattico va saggiamente amministrato, ribadendo al paziente che si tratta di un risultato transitorio che va interpretato come una tregua durante la quale incrementare il lavoro terapeutico.

### **Tantalo**

Il primo obiettivo da perseguire tramite un intervento di riabilitazione nutrizionale è quello di interrompere il digiuno e ripristinare condizione fisiche discrete.

Il secondo target è quello di ottenere un peso accettabile, concordato con il paziente

#### Riabilitazione nutrizionale

L'emaciazione estrema costituisce, non solo un pericolo per la vita del paziente ma anche un ostacolo al lavoro psicoterapico propriamente detto.

Poiché il paziente non è più in grado di alimentarsi correttamente, occorre ottenere una sorta di delega and occuparsi della nutrizione.

Attraverso la negoziazione si tenderà a stipulare un contratto terapeutico in tal modo riassumibile:

*- Siamo entrambi d'accordo sul fatto che lei non dovrà ingrassare che debba mantenersi snella. Però, in questo caso, il digiuno è un processo che le è sfuggito di mano e che tende ad autopertpetuarsi rischiando di portarla alla morte. Si ricordi che il suo obiettivo è quello di restare magro e se muore non potrà più conseguirlo!-*

*Allora il nostro obiettivo, sarà nell'immediato, il seguente:*

*Interrompere il digiuno, migliorare la forma fisica, ma non ingrassare e mantenere una forma*

*snella.*

*Ciò è possibile attuando un programma di riabilitazione nutrizionale controllato e condotto sotto la supervisione dell'equipe curante.*

*Lei si impegna a collaborare, assumendo il cibo, ed i pasti previsti dal programma nutrizionale, anche esso frutto di una pianificazione negoziate, e quindi concordata. Io, insieme all'équipe curante mi impegno a:*

*sostenerla nel momento in cui dovrà affrontare la sofferenza per lei costituita dal doversi alimentare e dal dover digerire -*

## Punto B

### **Fineo**

Al paziente viene chiesto di compilare, insieme al terapeuta, una scheda per la alimentazione quotidiana, a cui attenersi,, la quale dovrebbe comprendere tre pasti regolari più due piccole merende.

Al paziente verrà richiesto di attenersi, per quanto possibile, alla scheda, indipendentemente dall'appetito del momento. Dovrà pertanto mangiare, quanto concordato,, agli orari previsti, sforzandosi di non farlo in altre circostanze.

Va rimarcato che il paziente opporrà delle resistenze a consumare tre pasti regolari, più due merende, perché penserà che ciò lo farebbe ingrassare. Va informato, allora, del fatto che questo regime alimentare diminuirà la probabilità delle abbuffate, consentendo, in definitiva, un risparmio calorico.

### **Tantalo**

Questa fase del trattamento, a seconda delle condizioni cliniche, può svolgersi autonomamente, da parte del paziente nell'ambito di un regime di trattamento ambulatoriale, oppure in regime di day hospital o in regime di degenza.

E' possibile prevedere un intervento domiciliare di un Terapeuta della Riabilitazione.

Nei due ultimi casi i pasti vengono consumati insieme ad un terapeuta il quale non svolge un ruolo di "controllo" ma di sostegno e di aiuto nelle difficoltà che man mano si presentano

Occorre concordare con il paziente un obiettivo da raggiungere mantenere durante la prima fase del trattamento. In genere (Dalle Grave) un peso corrispondente ad un indice di massa corporea di 19 può venire accettato, dal momento che lo si prospetta come in grado di mantenere una condizione di snellezza ma anche di consentire una vita normale e lo svolgimento della psicoterapia.

Il programma di riabilitazione alimentare prevede nella prima fase un apporto di 1500 calorie quotidiane divise in tre pasti ed una merenda.

Successivamente l'apporto calorico viene aumentato fino ad un livello accettabile dal paziente

Il peso viene acquisito dal Terapeuta due volte la settimana e non viene comunicato al paziente per evitare ansia, patemi ed inutili discussioni. Questa pratica costituisce anche un test per la relazione e consente di verificare quanto il paziente si “fidi” del terapeuta.

## Punto C

### **Fineo**

Si inizia una analisi funzionale del pattern della abbuffata e del vomito autoindotto secondo la concettualizzazione precedentemente esposta la quale costituisce la premessa fondante per l'adozione di tecniche di autocontrollo basate sul biofeedback, quale strumento tattico di gestione dell'ansia e, quindi, di coping nei confronti della abbuffata.

L'analisi funzionale può essere riassunta, al massimo, nei termini seguenti. Occorre però precisare che col paziente bisogna esporre il modello in modo tale che egli possa ricostruirlo dall'interno piuttosto che accettarlo come una teoria assiomatica, propinata dal terapeuta. A tal fine, bisogna costruire la teoria con spunti reali presi dall'esperienza del paziente e facendo letteralmente riformulare e scrivere di suo pugno ogni cosa.

Il modello che proponiamo al paziente può essere così riassunto:

L'abbuffata è quasi sempre preceduta da momenti caratterizzati da emozioni negative ed è finalizzata a ridurre tale condizione emotiva penosa.

Nel quadro dell'analisi funzionale del comportamento disfunzionale, come già osservato in precedenza ampio spazio occupano le distorsioni cognitive che attivano processi automatici di pensiero e la presenza di sistematici bias nell'human information processing

Il vomito autoindotto è, a sua volta, innescato da pensieri automatici relativi alla preoccupazione di aumentare di peso.

Grazie al biofeedback, il paziente potrà imparare a gestire più efficacemente le emozioni negative, sostituendo l'autocontrollo, appreso durante il training, all'abbuffata appresa durante la storia di sviluppo. E' importante far comprendere al paziente che l'abbuffata è un comportamento appreso quale mezzo, seppure inefficace, per modulare le emozioni. Allora, anche l'autocontrollo può essere appreso e sostituito al pattern disfunzionale dell'abbuffata.

La ristrutturazione cognitiva sarà finalizzata a correggere progressivamente sia le distorsioni cognitive che i processi disfunzionali di elaborazione della informazione.

La concettualizzazione, proposta al paziente, deve essere considerata alla stregua di una nuova concezione teorica. Tale nuova concettualizzazione non dovrà essere accettato acriticamente e passivamente dal paziente, ma al contrario, dovrà essere sperimentare e corroborata con dati concreti, attinti nella vita quotidiana del paziente.

A tal fine si assegnano home work consistenti nel tenere un diario che divenga particolarmente dettagliato nel corso delle abbuffate strutturandosi, in questo caso, secondo le note modalità della scheda a quattro colonne ( accadimenti, emozioni, cognizioni, comportamenti)

## **Tantalo**

L'intervento comportamentale, finalizzato a consentire al paziente di riprendere ad alimentarsi positivamente, si sviluppa a partire dalla concettualizzazione che è stata descritta precedentemente e che viene esposta e discussa con il paziente.

Il razionale dell'intervento è quello di essere in grado di ridurre l'arousal neurovegetativo connesso alla fase di alimentazione, arousal che provoca un senso pensoso di ansia, un blocco della secrezione gastrica e un arresto della peristalsi gastrica.

Il paziente viene introdotto alla tecnica del biofeedback dell'attività elettrodermica.

Molto utile può essere effettuare esperimenti in vivo secondo le seguenti modalità.

Si fa mangiare il paziente mentre si attua il monitoraggio della attività elettrodermica. Il paziente può così osservare, sul monitor della strumentazione, che, appena si appresta a introdurre anche un piccolo boccone di cibo, si verifica un repentino ed elevato incremento dell'arousal.

A questo punto viene invitato a controllare l'attivazione emotiva e a introdurre il cibo solo dopo che questo target è stato conseguito e il monitor da il via libera.

Attraverso questo tipo di training si decondizionano le reazioni neurovegetative negative che sono alla base del blocco della digestione e che preludono alla attuazione della pratiche di vomito autoindotto.

## **Fase II (Livello emotivo, cognitivo e relazionale)**

### **Emozioni, Cognizione, Relazioni**

#### **Fineo e Tantalo**

**A) Elicitazione, analisi e ristrutturazione degli schemi cognitivi disfunzionali**

**B) Modificazione progressiva dell'attitudine negativa verso il proprio corpo**

**C) Miglioramento della capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni**

**D) Miglioramento dei pattern relazionali in famiglia**

**E) Miglioramento delle competenze sociali e relazionali e l'implementazione delle relazioni sociali**

**A) Elicitazione, analisi e ristrutturazione degli schemi cognitivi disfunzionali**

Si utilizza il diario la cui assegnazione rientra negli home work per individuare episodi nei quali si elicitano gli schemi disfunzionali. Tali schemi vengono progressivamente corretti, passando dai più periferici nella organizzazione gerarchica dei significati, a quelli più nodali. Ciò viene conseguito attraverso l'impiego di tecniche di ristrutturazione cognitiva.

## **B) Modificazione progressiva dell'attitudine negativa verso il proprio corpo**

In questa seconda fase del trattamento si cominciano ad analizzare e modificare i pattern emotivi e cognitivi idiosincratici, con particolare riferimento a quelli inerenti lo schema corporeo vissuto come alterato.

Il paziente viene indotto a monitorizzare, tramite home-works scritti, le fasi salienti delle sue giornate, cercando di evidenziare separatamente accadimenti, emozioni, pensieri e azioni.

Significativi dati di letteratura suggeriscono, infatti, che il mancato superamento della disaffezione al proprio corpo sia una delle cause delle frequenti ricadute dei pazienti bulimici .

Appare, quindi, indispensabile non trascurare questo aspetto del trattamento. Nella mia esperienza ottimi risultati possono essere ottenuti usando la tecnica del videomonitoraggio e videofeedback associata al monitoraggio e feedback acustico della attività elettrodermica.

Il paziente viene messo a confronto con la sua immagine corporea, ripresa da diverse angolazioni e con piani diversi; viene incoraggiato ad esperire dall'interno ciò che il parametro elettrodermico gli rivela tramite il feedback acustico dall'esterno e cioè che il proprio corpo gli procura angoscia

Successivamente, lo si induce a cercare di osservare la propria immagine, registrata in un clima di distensione, ottenuta con il sussidio del biofeedback sull'andamento della attività elettrodermica.

## **C) Miglioramento della capacità di riconoscere ed esprimere le proprie emozioni**

Si lavora, sia sul materiale prodotto dal paziente, durante l'effettuazione degli home work, che con le osservazioni attuate dal terapeuta nel setting.

Il paziente chiede sistematicamente al terapeuta di descrivere quello che sta provando o che ha provato o che pensa proverebbe in varie circostanze.

Il paziente viene progressivamente reso più sensibile ai propri segnali emotivi e propriocettivi e viene anche addestrato, sempre con l'uso del videomonitoraggio e del video feedback alla espressione delle emozioni anche attraverso esercizi di role playing.

Un esercizio importante che si può assegnare come home work è quello della auto-osservazione allo specchio e della palpazione del proprio corpo.

Le pazienti afflitte dai disturbi della alimentazione palesano un'intensissima fobia ed un evitamento costante nei confronti del loro stesso corpo che cercano di non osservare mai direttamente. Per esempio fanno sé che durante il bagno e la doccia possano non specchiarsi mai.

Il rationale di questo home work, che viene discusso con la paziente, è che non è possibile ricostruire uno schema corporeo positivo se non si acquisiscono informazioni dirette su di esso. A causa dell'evitamento si istituiscono e mantengono invece uno stretto circolo vizioso quale:

sentirsi grassa  
non osservarsi mai per paura di vedersi grassa

continuare a ritenersi grassa

#### D) Miglioramento dei pattern relazionali in famiglia

Occorre convocare sistematicamente i familiari, allo scopo di sviluppare un programma articolato sulla discussione di due principali tematiche:

il sintomo del paziente è, in qualche modo correlato alle relazioni familiari

eliminare il sintomo del paziente, richiede, pertanto, la collaborazione di tutto il nucleo familiare

La discussione su questi temi può partire dai risultati ottenuti dalla Family Assessment Measure la quale evidenzia, nelle famiglie dei pazienti bulimici, notevoli alterazioni in diverse scale.

Poiché i componenti della famiglia avranno compilato i propri questionari separatamente, l'uno dall'altro, e senza potere troppo mistificare, dato il numero di items e la loro disposizione dalle scale del F.A.M., emergeranno sicuramente una serie di dati che stupiranno gli stessi membri della famiglia e sui quali si innescherà un prima discussione.

Il passo successivo può essere quello di cercare di modificare certi atteggiamenti negativi di qualche familiare che sia emerso chiaramente dagli home works del paziente quale, per esempio, l'assillante raccomandazione a non mangiare troppo, il controllo del paziente affinché non vomiti, et cetera.

#### **Fineo**

Il terapeuta metterà in vacanza quel familiare dicendogli che i suoi sforzi sono lodevoli e positivi ma che per un certo lasso di tempo potrà prendersi un necessario periodo di riposo da essi: ora è il terapeuta che si farà carico di aiutare il paziente.

E' opportuno precisare che queste manovre possono sortire un certo successo nella misura in cui il terapeuta sia stato adottato dalla famiglia del bulimico ed inserito nel suo network.

Questa tendenza dei parenti dei bulimici ci colpisce sempre, fin dai primi colloqui. I familiari e il paziente si sforzano di trovare un qualche elemento comune che possa far entrare il terapeuta tra *i nostri*. Frasi tipiche, per esempio: -Lei è un medico vero? Ne sono contento perché ho tanti amici medici ( o parenti)- Lei è uno psicologo vero? (in effetti siamo iscritti ad entrambi gli Ordini). Molto bene, non mi fido dei medici, con i loro dannati farmaci. Nella nostra famiglia tutti umanisti e appassionati di Psicologia. Oppure- Appassionato di cinema? (nel mio studio ci sono molte locandine di film) Sento che andremo d'accordo, in famiglia tutti adoriamo il cinema! E via dicendo.

Questo tipo di lavoro prelude al successivo passo che consiste nel tentare di ridurre la dipendenza del paziente dai familiari, cercando di costruire una rete di relazioni, interessi e occupazioni che egli possa coltivare da solo, creandosi altri networks.

In tale fase del lavoro terapeutico può essere particolarmente utile la collaborazione di uno o più terapisti della riabilitazione i quali si assumeranno l'incarico di individuare attività nuove fruibili dal paziente nella zona della città in cui egli vive e lo accompagnino e "sostengano" nella fase

iniziale della loro pratica. I terapeuti stessi, uscendo con il paziente cominciano ad ridurre la dipendenza dalla famiglia e a costituire un network alternativo e funzionale, seppure con un supporter istituzionale.

In questa fase bisogna aiutare, allo stesso modo i familiari, a non vivere la sindrome del nido vuoto interpretando il cambiamento del paziente come un tradimento del network. Anche i familiari, quindi, dovranno essere coinvolti nella ripianificazione delle attività quotidiane e nella gestione del tempo libero in modo da colmare il vuoto lasciato dalla soluzione del problema del paziente.

Se questa fase ha un esito positivo, progressivamente la famiglia diviene meno disfunzionale, più competente e ciò può essere evidenziato da una nuova somministrazione del Family Assessment Measure i cui risultati possono costituire il punto di partenza per una discussione sui risultati acquisiti e sui cambiamenti ottenuti.

## **Tantalo**

Nel caso dei pazienti anoressici il problema fondamentale è ridurre il controllo da parte dei genitori e in particolare quello materno.

Le strategie seguite in genere, da questo tipo di madre non sono avvolgenti e mistificanti come nel caso delle famiglie dei bulimici ma, piuttosto, si istituisce immediatamente un clima di conflitto, mentre la famiglia sia arrocca in difesa nella preoccupazione di essere messa sotto accusa.

In questi casi occorre vanificare l'atteggiamento di sfida e spuntare l'aggressività inducendo progressivamente un atteggiamento collaborativo.

Per ottenere ciò occorre deporre ogni atteggiamento critico ed ostile nei confronti dei familiari spiegando che non li si ritiene responsabili di nulla.

Essi cioè non hanno colpe ma sono vittime, insieme al paziente, di errori commessi in buona fede.

Ora bisogna guardare al futuro e collaborare tutti insieme per un gioco in cui si vince tutti, paziente, famiglia, terapeuta o si perde tutto, anche la vita del paziente.

E) Miglioramento delle competenze sociali e relazionali e l'implementazione delle relazioni sociali

Si attua un programma di Social Skill Training e si aiuta il paziente ad incrementare il suo network. Tale goal può essere attuato, se necessario, con la presenza fisica di un terapeuta della riabilitazione. Utile può risultare anche la costituzione di gruppi di incontro e di crescita comune.

## **Fase III (Livello della narrativa personale)**

### **Ricostruzione della dinamica storica del disturbo**

#### **Fineo e Tantalo**

Quando il paziente ha superato la fase II del trattamento si sono ristrutturati una serie di pattern emotivi, cognitivi e relazionali.

Occorre ora attivare la fase finale del trattamento finalizzata ad attuare un processo di rivoluzione dei pattern di coerenza sistemica del sé.

Tale processo viene attivata, nell'ambito dei protocolli Fineo e Tantalò secondo due procedure descritte nella letteratura costruttivista: la ricostruzione della storia di sviluppo e la "self confrontation" (Hermans & Hermans-Jansen, 1995)

### **La ricostruzione della storia di sviluppo**

Viene attuata secondo le direttive e le modalità descritte da Guidano (1991)

### **La "self confrontation"**

Si tratta di una metodica che è stata sviluppata in ambito costruttivista, al fine di promuovere un processo di ricostruzione del sé, a partire da nuove esperienze effettuate durante le fasi tattiche della terapia.

Essa consiste, sostanzialmente, nel elicitare nel paziente le sue impressioni e quindi le sue narrazioni sul presente ma soprattutto sul passato e sul futuro.

Nella "self confrontation" si descrivono tre fasi:

- fase della *self-investigation*
- fase del *processo di validazione o invalidazione*
- fase nella quale il processo di self-investigation viene attuato nuovamente alla luce delle nuove informazioni e delle nuove esperienze collezionate durante il trattamento psicoterapico.

Nello specifico caso dei protocolli finalizzati al trattamento dei disturbi della alimentazione la *self investigation* viene focalizzata sui temi del valore personale, del rapporto con il proprio corpo, e sul tema della alimentazione.

Alla vecchia storia nella quale il paziente descriveva i suoi problemi come riconducibili unicamente a sé stesso, al suo scarso valore personale, e alla sua pessima forma fisica, si sostituisce gradatamente una nuova storia nella quale si evidenzia il ruolo negativo di esperienze vissute durante la fanciullezza e soprattutto nel corso della adolescenza.

Nei confronti del futuro si promuove una nuova trama narrativa per una nuova narrativa da costruire. Una storia nella quale il paziente sarà in grado di accettarsi e di essere amato indipendentemente dai responsi dello specchio e della bilancia.

Consiste sostanzialmente nel far ricostruire al paziente la storia di sviluppo per consentirgli di collocare in una dimensione storica le sue modalità idiosincratice di esperire se stesso e la realtà esterna, collegando il passato recente di bulimico al passato remoto della vita in famiglia per proiettarsi in una nuova dimensione ontologica da sviluppare in un futuro ora ricco di nuovi possibili destini evolutivi.

Il programma terapeutico descritto è stato da me applicato in una piccola casistica con risultati molto positivi che contiamo di pubblicare in tempi brevi.

Preciso, per finire, che l'impegno di tale piano di trattamento risulta elevato ma, considerando la gravità della patologia, e la sua prognosi problematica, il rapporto costi/benefici appare soddisfacente.

## CONCLUSIONI

I protocolli Fineo e Tantalo sono stati applicati sistematicamente, partire dalla seconda metà degli anni Novanta, presso il Dipartimento di Clinica Psichiatrica della Università di Catania e presso il Centro Clinico ALETEIA dell'Istituto Superiore per le Scienze Cognitive di Enna.

I programmi terapeutici, descritti in questa monografia sono inoltre presso la Scuola di Psicoterapia Cognitiva ALETEIA di Enna.

L'applicazione, sempre più estesa, dei protocolli Fineo e Tantalo, non esaurisce, comunque, l'impegno che è necessario produrre per una efficace contrasto al drammatico diffondersi dei disturbi della alimentazione. A tal fine grande rilevanza assume il tema della prevenzione primaria.

Come ho già sottolineato, i disturbi della alimentazione sono in continuo aumento nel modo occidentale. Le cause sono riconducibili alla massiccia proposizione, attraverso i media, e la televisione in particolare, di modelli alimentari e di valori del corpo del tutto fittizi.

Oltre a ciò si registra un sempre maggior disimpegno dei genitori nell'accudimento dei figli e un eccessivo ricorso alla attivazione del comportamento alimentare al solo fine di modulare le emozioni.

Esagerato e controproducente appare l'impiego di snack, merendine e spuntini al solo scopo di intrattenere il bambino al quale non si è in grado altrimenti, per incompetenza o stanchezza, di fornire un vero accudimento emotivo e psicologico.

Per attuare la prevenzione primaria ho programmato un modulo informativo che viene svolto nelle scuole medie inferiori e superiori e che coinvolge gli studenti, gli alunni e i docenti.

Gli argomenti del corso sono riconducibili alle seguenti principali topiche:

- **mass media e influenze socio-culturali negative**

Si focalizza l'attenzione sui quei messaggi in grado di indurre atteggiamenti negativi nei confronti dello corpo, della bellezza e della alimentazione

- **la sfida della adolescenza**

Si illustra e spiega la natura delle sfide che un adolescente deve essere in grado di sostenere e superare per vivere positivamente questa fase cruciale del ciclo di vita

- **parenting e sviluppo di una equilibrata struttura di personalità**

Si illustra la teoria dell'attaccamento e l'importanza di un parenting equilibrato, in grado di controbilanciare l'influenza negativa dei mass media e di permettere al ragazzo di sviluppare un

positivo rapporto con il proprio corpo e con il proprio sé.

L'esperienza svolta per diversi anni presso alcune Scuole della Sicilia hanno confermato la validità di tale lavoro ai fini della prevenzione dei disturbi della alimentazione e pertanto, intendiamo lavorare in futuro per estendere questa attività di prevenzione.

Crediamo comunque che bisognerà attuare anche un intenso lavoro a livello politico al fine di convincere le Autorità sanitarie a esercitare un maggiore controllo sui messaggi della pubblicità al fine di correggere l'attuale tendenza negativa correlata ai disturbi della alimentazione.

Tale obiettivo è stato già raggiunto per la comunicazione di massa relativa al consumo di alcool e di tabacco. Analoghi obiettivi devono, a mio avviso, essere perseguiti e conseguiti nell'ambito della prevenzione primaria dei disturbi della alimentazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Anderson M.P.,1980. Language, Memory and Thought. Hilldale: Lawrence Erlbaum.
- Biggs S.J., Rosen B., Summerfield A.B.,1980. Videofeedback and personal attribution in anorexic, depressed and normal wievers. *British Journal of Medical Psychology*, %3, 249-254.
- Blanes T.,1994. Behavioural treatment of neuroses. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 7, N.2, London: Current Science.
- Breverton T.D., 1992. Studies of Serotonin Function in the Eating Disorders. *Proceedings of the Second International Eating Disorders Symposium, Pavia, Italy, Settembre 13-17, in press.*
- Breverton T.D., Bellenger J.C., 1994. Biological correlates of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 7, N.2, London: Current Science
- Ellring H.,1991. The Applicability of Video: Feedback and Self-Confrontation. In Dowrick P.W. et Al. (eds) :*Practical guide to using video in the behavioral sciences*. New York: John Wiley & Sons
- Fairbun C.G., 1985.*Cognitive-Behavioural Treatment for Bulimia Nervosa*.In: Garner D.M., Garfinkel P. E. (Eds): *Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press
- Freeman C.P., 1986.*Fluoxetine treatment for bulimia*. Paper presented at the Second International Conference on Eating Disorders, New York, 19 April, 1986.
- Garfinkel P.E., Garner D.M., Kennedy S., Special Problems of Inpatient Management.In: Garner D.M., Garfinkel P. E. (Eds): *Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.
- Garner D.M., Garfinkel P. E. (Eds), 1985. *Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.
- Grimaldi L., Frasca G., Scrimali T.,1993. Un approccio sistemico-processuale alla riabilitazione:impiego del video-feedback e cambiamento in pazienti cronici.*Complessità & Cambiamento*, Vol II, N.2, 92-96.
- Grossman S.P., 1990. Brain mechanism concerned with food intake and body- weight regulation. In: Fichter M.M. (Ed.): *Bulimia Nervosa*.Basic Research, Diagnosis and Therapy. Chichester: John Wiley & Sons.
- Guidano V.F., 1992. *Il Sé nel suo divenire*, Torino: Bollati-Boringhieri
- Heilveil I, 1983. *Video in Mental Healt Practice*. An Activities Handobook, New York: Springer Publishing Company.
- Herzog D.B., Keller M.B., Lavori P.W., Isabel S. Bradburn, Ott I.L.,1990. Course and outcome of bulimia nervosa In:Fichter M.M. (Ed.) :*Bulimia Nervosa*, Basic Research, Diagnosis and Therapy.John Wiley & Sons,Chichester.
- Herzog D.B., Keller M.B., Lavori P.W., Ott I.L.,1988. Short-term prospective study of recovery in bulimia nervosa.*Psychiatric Research*,23, 45.
- Hollin C.R., Trower P., 1987. *Handbook of Social Skill Training*.Oxford:Pergamon Press.

- Hudson J.I., Harrison G.P. Jr., 1990. Psychopharmacological treatment of bulimia. In: Fichter M.M. (Ed.): *Bulimia Nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Johnson C., 1985. Initial Consultation for Patients with Bulimia and Anorexia Nervosa. In: Garner D.M., Garfinkel P. E. (Eds): *Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.
- Mahoney M., Lyddon W.J., 1988. Recent Developments in Cognitive Approaches to Counseling and Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, Vol.XVI, N.2, 190-234.
- Merriam A.E., 1994. Biological treatment of neurosis. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 7, N.2, London: Current Science.
- Morley J.E., 1990. Stress as a modulator of ingestive behaviors. In: Fichter M.M. (Ed.): *Bulimia Nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Pirke K.M., 1990. Central neurotransmitter disturbance in bulimia nervosa. In: Fichter M.M. (Ed.): *Bulimia Nervosa. Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Platt J.J., Taube D.O., 1988. Training in Interpersonal Problem Solving. *Journal of Cognitive Psychototherapy*, Vol.2. N.1.
- Schwartz R.C., Barrett M.J., Saba G., 1985. In: Garner D.M., Garfinkel P. E. (Eds): *Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.
- Scrimali T., Grasso F., Branciforti M., Gilotta S., Saraceno C., Zerbo S., 1990. Valutazione dell'azione farmacodinamica e del profilo terapeutico di un nuovo antidepressivo serotonergico: la fluoxetina. *Rivista di Psichiatria*, N.3.
- Scrimali T., Grimaldi L., 1982 *Il Biofeedback della attività Elettrodermica*. Milano: Angeli.
- Scrimali T., Grimaldi L., 1991. *Sulle Tracce della Mente*. Milano: Angeli.
- Scrimali T., Grimaldi L., Corriere A., 1990. Sperimentazione clinica controllata della fluoxetina nella terapia della obesità. *Ricerca Medica*, N.3, 138-150.
- Scrimali T., Grimaldi L., Cultrera G., Grasso F., 1993. Un approccio psicobiologico complesso alla psicopatologia della bulimia nervosa. *Complessità & Cambiamento*, Vol.II. N.2, 8-39.
- Scrimali T., Grimaldi L., Filippone L., 1992. Psicofarmaci, Terapia, Cambiamento: Per un approccio complesso in Psichiatria. *Complessità & Cambiamento*, Vol I, N.1, 18-29.
- Scrimali T., Grimaldi L., Grasso F., Corriere A., Frisone M.F., 1993)
- Skinner H.A, Steinhauer P.D., Santa-Barbara J., 1992. *The Family Assessment Measure*. Toronto: Multy-Health Systems, Inc.
- Starace F., 1990. Supporto sociale e patologia psichiatrica. *Psichiatria & Medicina*, Vol.IV, N.10.

Striegel-Moore R.H & Steiner-Adair (1998). Primary prevention of eating disorders. In Vandereycken and Noordenbos (Eds) *The Prevention of Eating Disorders*. London: The Athone Press, London.

Wooley S., Wooley, 1985. Intensive Outpatient and Residential Treatment for Bulimia. In: Garner D.M., Garfinkel P. E. (Eds): *Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York: Guilford Press.