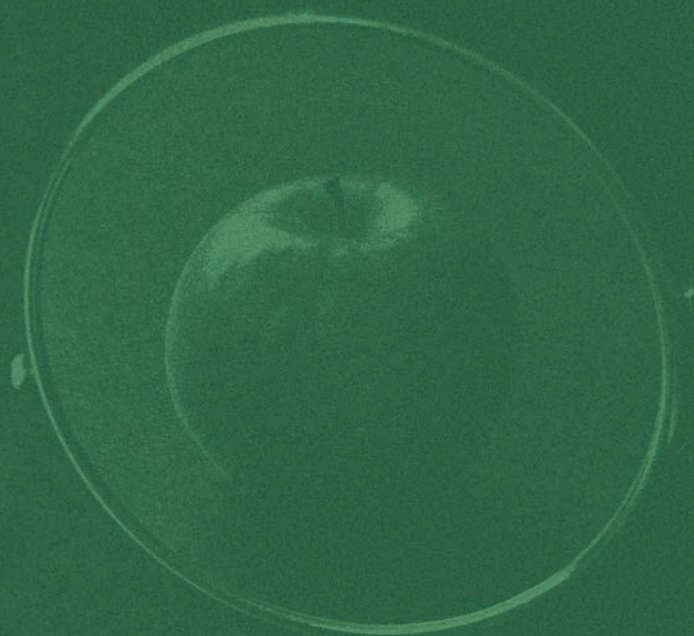


Pierandrea Salvo

(a cura di)

Manuale di psicoeducazione per disturbi dell'alimentazione

Il metodo RPP® – Riabilitazione Psiconutrizionale
Progressiva per famiglie e operatori



 Erickson

I disturbi della alimentazione e della nutrizione costituiscono un insieme complesso e articolato di malattie per il quale a tutt'oggi non esiste una «cura» certa e univoca. Si tratta di patologie che non solo colpiscono la persona che ne soffre, ma destabilizzano in maniera drammatica l'intero nucleo familiare. Proprio partendo dal coinvolgimento di tutti — paziente, operatori, parenti e caregiver — è possibile far uscire dall'isolamento e dalla solitudine ragazze e ragazzi costruendo insieme la via della guarigione.

Il volume intende dunque presentare basi, caratteristiche e svolgimento del percorso di psicoeducazione RPP® – Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva: un modello versatile e flessibile che consente di coinvolgere operatori con formazione e qualifiche differenti su un piano comune di trattamento. Rivolto sia a gruppi di famiglie, anche numerosi, che a singole famiglie, il trattamento si articola in un ciclo strutturato di incontri attuabile a livello ambulatoriale e residenziale.

Completano il volume le testimonianze di familiari e utenti dell'Associazione Fenice Onlus per la cura e la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare di Portogruaro (VE).



ISBN 978-88-590-1710-3



9 788859 017103

€ 20,00

Indice

<i>Presentazione</i> (Alessandra Arachi)	9
<i>Prefazione</i> (Diego Motta)	11
<i>Introduzione</i> (Pierandrea Salvo)	13
<i>Capitolo primo</i>	15
Unità 1. RPP® – Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva. Un modello riabilitativo italiano (<i>Pierandrea Salvo</i>)	
<i>Capitolo secondo</i>	35
Unità 2. Disturbi dell'alimentazione e famiglia (<i>Cristiana Cella</i>)	
<i>Capitolo terzo</i>	47
Unità 3. Come e perché ci si ammala di un disturbo dell'alimentazione? I fattori predisponenti individuali (<i>Erika Baldissera</i>)	
<i>Capitolo quarto</i>	61
Unità 4. Famiglia e società: che ruolo hanno nei disturbi dell'alimentazione. I fattori predisponenti e precipitanti (<i>Cristiana Cella</i>)	
<i>Capitolo quinto</i>	73
Unità 5. Di cosa si alimenta il disturbo dell'alimentazione? I fattori di mantenimento (<i>Lucia Cereser</i>)	
<i>Capitolo sesto</i>	89
Unità 6. Le conseguenze fisiche e le complicità dei disturbi dell'alimentazione (<i>Mariella Tonon e Ildamaria Morassutti</i>)	
<i>Capitolo settimo</i>	105
Unità 7. Dieta ferrea e peso corporeo (<i>Cristina Antinucci</i>)	
<i>Capitolo ottavo</i>	121
Unità 8. Le abbuffate e i meccanismi di compensazione (<i>Veronica Russo</i>)	

<i>Capitolo nono</i>	133
Unità 9. Gli strumenti di lavoro con la RPP® – Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva (<i>Erika Baldissera</i>)	
<i>Capitolo decimo</i>	149
Unità 10. La gestione dei pasti in famiglia. Comportamenti a tavola e ruolo del familiare (<i>Lucia Cereser e Biserka Tul</i>)	
<i>Capitolo undicesimo</i>	165
Unità 11. Come e perché affrontare le fobie alimentari (<i>Graziano Spagnol</i>)	
<i>Capitolo dodicesimo</i>	175
Unità 12. La porzionatura a volumi (<i>Federica La Rovere</i>)	
<i>Capitolo tredicesimo</i>	189
Unità 13. La comorbilità psichiatrica e la farmacoterapia (<i>Monica Baiano</i>)	
<i>Capitolo quattordicesimo</i>	201
Unità 14. Scivolate e ricadute. Definizioni e prevenzione (<i>Cristiana Cella</i>)	
<i>Capitolo quindicesimo</i>	209
Unità 15. L'impatto del disturbo dell'alimentazione sulla famiglia (<i>Erika Baldissera, Cristiana Cella e Lucia Cereser</i>)	
<i>Capitolo sedicesimo</i>	225
Unità 16. Le esperienze condivise dei familiari (<i>Patrizia Cappelletto, Stefano Bertomoro e Lucia Cereser</i>)	
<i>Appendice 1</i>	239
Criteri diagnostici secondo il DSM-5®	
<i>Appendice 2</i>	241
Appropriatezza strutturale e operativa nella gestione dei disturbi dell'alimentazione	
<i>Appendice 3</i>	243
Criteri di appropriatezza per il trattamento riabilitativo residenziale o semiresidenziale	
<i>Appendice 4</i>	245
Criteri di appropriatezza per il ricovero ospedaliero pediatrico	

Presentazione

Quando Paola è salita per la prima volta sulla bilancia si è coperta gli occhi con una mano. Non lo voleva vedere quell'ago spinto così in avanti. Segnava troppo peso per lei.

Poco importava a Paola che a diciassette anni, con un'altezza di un metro e settanta, il suo peso di 54 chili scarsi le regalasse un fisico ammirato, e piacevole. Sano.

Lei non voleva essere sana.

Voleva essere magra, sempre più magra.

Sempre di più.

Con questo aneddoto non insegno nulla alle mamme e ai papà delle tante Paole che circolano attorno alle nostre vite.

I comportamenti patologici delle anoressiche sono sempre gli stessi, si assomigliano tutti in maniera drammatica e, drammaticamente, regalano a chi sta vicino un senso di orribile impotenza.

Le anoressiche come le bulimiche. O come chi soffre di attacchi compulsivi di cibo. I disturbi alimentari disarmano le persone che sono intorno a chi ne soffre e che invece farebbero qualsiasi cosa per poter essere d'aiuto.

Ma non c'è soltanto questo orribile senso di impotenza. Ben più forte e aggressivo è il senso di colpa che avvolge i familiari. È uno stereotipo duro a morire quello che vuole che i disturbi alimentari nascano e crescano all'interno del nucleo familiare.

Prima imputata: la mamma. Che si trova così costretta a vivere sul doppio binario della disperazione: di avere una figlia malata e di essere lei la principale responsabile di questa malattia.

È tempo di farlo morire, questo stereotipo. Di cambiare l'equazione dei sensi di colpa. Questo manuale è un contributo importante per un'inversione di rotta.

Per definire finalmente la giusta via. E affermare che la famiglia non è la causa della malattia, ma è invece una gran risorsa per la sua guarigione.

Leggere bene tutti i capitoli di questo libro, per capire. Ci sono scienza e coscienza nelle sue pagine. Ma, soprattutto, sono indicate le strade più illuminate per intraprendere un percorso terapeutico che porti chi ne soffre a uscire da un tunnel talmente oscuro che via di uscita sembrava proprio non averne.

Aiutare Paola a scendere da quella bilancia si può. L'importante è non perdersi d'animo. L'importante è trovare l'aiuto del terapeuta giusto. Anzi, dei terapeuti giusti.

Perché una delle prime cose da capire è che alla guarigione dai disturbi alimentari ci si arriva prendendosi tutti per mano, come in un girotondo, mamme, papà, fratelli, zii, insieme a psichiatri, medici, psicologi, dietisti, e anche artisti che possono prendersi cura del lato creativo, cercando un'alleanza con la parte sana di chi soffre.

Alleanza: eccola la parola chiave della guarigione. Fondamentale è l'alleanza della famiglia con i terapeuti: chi meglio di una mamma o di un papà può fornire gli strumenti di conoscenza?

Alessandra Arachi
Giornalista e scrittrice

Prefazione

Arriva un momento, nella vita di due genitori, in cui si dice: mio figlio è cambiato, non è più lui, non lo riconosco più. Succede quando anche le cose più normali, come il saluto, due battute a tavola, le chiacchiere sulla scuola e sugli amici, all'improvviso scompaiono. Nulla. Solo silenzi nella migliore delle ipotesi. Perché? E perché facciamo finta di non accorgercene? Non ci sono molti rimedi quando nel vuoto delle nostre stanze sorgono dal nulla i muri dell'incomunicabilità. Anzi, a dir la verità, di rimedio ce n'è uno solo: bisogna tornare a scavare sottoterra per trovare nuovi spiragli di dialogo e di relazione o, in alternativa, fare di tutto per far saltare le nuove barriere senza chiedersi troppi «perché». Bisogna fare di tutto per tornare a guardarsi, ad ascoltarsi e a capirsi.

I racconti e le analisi scientifiche dettagliate che trovate in questo volume sul tema dei disturbi alimentari rappresentano, numeri e storie alla mano, questo continuo, fondamentale tentativo: quello di far uscire dall'isolamento e dalla solitudine ragazze e ragazzi che hanno perso per strada un rapporto corretto con il proprio corpo, dimostrando loro che esiste ancora un mondo, fatto di legami e affetti, che è sempre pronto a prendersene carico.

Quando, ormai più di dieci anni fa, sono entrato in contatto per un'inchiesta sul mondo giovanile con il Centro Disturbi Alimentari di Portogruaro (VE), proprio questo mi aveva colpito: la capacità di fare rete, di organizzare una risposta territoriale d'eccellenza a tanti drammi nascosti che lentamente erano cresciuti sotto la pelle di tante piccole comunità venete.

Nessuno aveva chiesto niente a quella équipe di medici che si era messa subito al lavoro. Nessuno aveva chiesto loro di fare diagnosi innovative, né di inventarsi percorsi, né tanto meno di provare a coinvolgere, in una possibile alleanza, gli altri mondi dentro i quali un adolescente da sempre vive: la scuola e la famiglia. Eppure la necessità di dare risposte immediate aveva preso forma subito, suggerendo strategie, percorsi personalizzati e presidii sul territorio, perché questo andava di pari passo con il bisogno di programmare nel lungo periodo, di farsi trovare pronti di fronte a un'emergenza di cui solo si intuivano i contorni.

In gioco non c'era e non c'è soltanto la dimensione di un fenomeno purtroppo sottovalutato dal mondo dell'informazione, che tende a parlare di anoressia e bulimia soprattutto in termini sensazionalistici.

Intendiamoci: è un fatto il proliferare di teorie e pratiche sempre più deliranti in materia di comportamenti alimentari, l'affermarsi di strampalati guru che spopolano in rete e nei social network. Tutto questo non può che portare a giuste azioni di denuncia pubblica, soprattutto se a essere raggiunti da messaggi sbagliati sono ragazzi nel pieno della loro crescita.

Ciò però non può impedire di andare a fondo e raccontare anche l'altra faccia di questo pianeta: è quel che accade nella realtà familiare, infatti, a diventare cruciale in molte situazioni.

Il ruolo dei genitori, e in particolare della madre, nella presa in carico di persone con disturbi alimentari è fondamentale perché permette di collegare una storia, un caso, una patologia a un tessuto di relazioni che già c'è, per quanto si presenti lacerato, sfibrato, fatto a pezzi.

È in quel nucleo stesso di sofferenza, litigi e silenzi che è possibile trovare la soluzione, accettando di essere accompagnati in un percorso di diagnosi e di cura da esperti e specialisti. In questo senso, la spinta della comunità adulta risulta decisiva.

Saper leggere i bisogni di una generazione che resta per larghi tratti incompresa è infatti il primo passo per interpretarne anche i desideri di bene e di futuro.

Diego Motta
Giornalista di «Avvenire»

Introduzione

Il nostro interesse per i disturbi dell'alimentazione (DA) inizia alla fine degli anni Novanta del secolo scorso. In quegli anni, in Italia, la cura di queste patologie era agli albori, con pratiche ancora rudimentali e in assenza di qualunque organizzazione dei servizi pubblici. Chi si occupava di salute mentale aveva pochissima esperienza nel trattamento della anoressia nervosa, la bulimia era pressoché sconosciuta e non si sentiva neppure parlare dei rimanenti DA. La casistica era molto ridotta e sembrava quasi si trattasse di disturbi eccezionali e assolutamente rari. Nel Dipartimento di salute mentale dove lavoravo erano state aperte dieci cartelle con diagnosi di anoressia nervosa nei dieci anni precedenti. Un caso all'anno! Chi iniziava a occuparsi di DA sceglieva di svolgere un'opera, di fatto, pionieristica.

Nonostante tutto ciò, vi erano gruppi di studiosi che portavano avanti la ricerca scientifica e la formazione universitaria in questo ambito. Primo fra tutti il prof. Paolo Santonastaso, a Padova, al cui rigore scientifico e alla cui caparbia dedizione si deve indubbiamente il merito di aver fondato una scuola — nel senso più alto del termine — di professionisti formati e capaci.

I modelli terapeutici proposti avevano due caratteristiche principali: si basavano sull'assunto che i DA fossero malattie dovute a una difficoltosa/patologica relazione con la madre e proponevano modelli di cura mutuati da quelli ideati in altri Paesi.

La prima di queste caratteristiche si è dimostrata fallace e frutto di una suggestione culturale anziché essere basata su valutazioni scientifiche.

I modelli importati dall'estero hanno sicuramente il merito di essere rigorosi, replicabili e sottoposti a verifiche costanti della loro efficacia. La difficoltà principale che incontrano è quella di determinare una selezione delle persone che possono o riescono ad accettare la terapia. Ovvero, funzionano molto bene per le persone che vi aderiscono o che hanno le caratteristiche (personali, cliniche, familiari) adeguate a essere sottoposte al trattamento proposto, ma diventano difficoltose nel caso di scarsa *compliance*, in presenza di patologie psichiatriche associate rilevanti o di altre difficoltà incompatibili con il modello di cura.

La storia della salute mentale moderna ci insegna che i trattamenti non solo devono essere condotti secondo le migliori evidenze di efficacia disponibili, ma devono essere inclusivi, ovvero proporsi a tutte le persone che possano averne necessità.

La RPP® – Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva nasce dalla volontà di creare una *best practice* di cura e riabilitazione dei DA sulla base degli assunti tipici della salute mentale moderna secondo un modello eclettico, in grado di utilizzare le linee guida, i documenti di consenso e le evidenze di efficacia in un approccio organizzato, riproducibile e misurabile in termini di efficacia clinica. La RPP® è un ampio e articolato modello di cura e riabilitazione dei DA, transdiagnostico e utilizzabile sia in età evolutiva che per gli adulti. Si propone di sviluppare le capacità della persona e del contesto familiare e relazionale di riferimento nel riconoscimento del DA e dei suoi *patterns* comportamentali, psicologici e organici, nonché di modificarli in modo funzionale e non patologico.

Il percorso di cura è fortemente personalizzato e progressivo, attuato secondo una metodologia *step by step* in contesto sia ambulatoriale che residenziale.

Il coinvolgimento della famiglia e/o dei caregiver rappresenta un aspetto fondamentale nel trattamento condotto secondo la RPP®. L'intervento psicoeducazionale rappresenta un *gold standard* nei trattamenti per e con la famiglia e andrebbe previsto per tutti i casi di DA.

Questo manuale permette lo sviluppo di un completo percorso psicoeducazionale, attuabile sia a livello ambulatoriale che a livello residenziale. È utilizzabile per singole famiglie ovvero per gruppi di famiglie multidignosi.

Pierandrea Salvo

Capitolo primo

Unità 1. RPP® – Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva

Un modello riabilitativo italiano

Pierandrea Salvo

I disturbi della alimentazione e della nutrizione (DA) costituiscono un insieme complesso e articolato di malattie diverse tra loro, presenti nelle diverse età della vita e caratterizzate da un complicato rapporto con il cibo, il proprio corpo, le relazioni interpersonali. Le caratteristiche cliniche dei DA saranno illustrate nella Unità 2 (capitolo secondo), mentre informazioni più approfondite possono essere trovate consultando il DSM-5 (APA, 2013) (nell'Appendice 1 di questo manuale sono riportati i riferimenti precisi).

Non è ancora del tutto chiaro quali siano i trattamenti più efficaci per i DA sia sotto il profilo psicoterapico che sotto quello psicofarmacologico, anche se sono in corso molte ricerche e diversi studi scientifici al riguardo. Decisamente maggiori sono le nostre conoscenze relative alla gestione delle complicanze organiche che possono verificarsi nel corso di questi disturbi.

Le linee guida internazionali e nazionali (raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti) e le *Consensus Conference* (metodologia per rispondere a quesiti relativi all'efficacia, ai rischi e alle applicazioni cliniche di interventi biomedici o di sanità pubblica, orientandone anche la ricerca futura) hanno permesso di individuare dei capisaldi fondamentali e irrinunciabili nella pratica clinica di chi si occupa della cura e della riabilitazione dei DA.

Gli aspetti fondamentali sono elencati di seguito.

- La cura dei DA richiede l'intervento di specialisti diversi (medici, psicologi, dietisti, infermieri, ecc.) in una logica multiprofessionale integrata e sulla base del contesto di trattamento in cui l'utente si trova.
- Le équipes di cura devono essere esperte nel trattamento dei DA e delle loro complicanze.
- Il livello di cura più adeguato è quello ambulatoriale, ma una quota consistente di persone necessita, nell'arco della vita, di trattamenti riabilitativi più intensi o di ospedalizzazione.
- I livelli di cura che possono essere necessari sono: il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, l'ambulatorio specialistico, le strutture diurne (day hospital, centro diurno, day service), le strutture residenziali con diversi gradi di intensità di assistenza, il ricovero ospedaliero.
- I trattamenti devono essere differenziati in base all'età delle persone trattate, individuando percorsi di cura specifici per i bambini e i giovani in età evolutiva separati da quelli per gli adulti.
- Le famiglie devono essere incluse nel trattamento, soprattutto degli utenti più giovani, facendo in modo che possano diventare una risorsa aggiuntiva al trattamento.

Anche se questi, e altri, aspetti sono ormai chiariti, l'azione clinica quotidiana non sempre risponde a criteri di appropriatezza e di buona pratica nella cura dei DA. A volte i gruppi di lavoro non hanno una sufficiente esperienza clinica e non dispongono di conoscenze approfondite in merito a queste patologie e alle necessità cliniche che ne derivano.

Un altro problema, non banale, è rappresentato dalla rigidità di alcuni modelli di cura che utilizzano metodiche standardizzate di trattamento. Questo tipo di approccio permette di creare un modello di trattamento riproducibile e studiabile, ma difficilmente riesce a rispondere alle esigenze di utenti che accettano le cure con ritrosia, presentano diverse patologie psichiatriche (si veda in proposito l'Unità 13), hanno età estremamente diverse tra loro o ambiti deficitari assai diversi. Modelli molto strutturati possono determinare un elevato rischio di selezione dell'utenza e, seppur efficaci, possono contribuire a creare un *treatment gap* (il mancato accesso alle cure di una parte dell'utenza potenziale) molto significativo.

Ferma restando l'assoluta necessità di utilizzare procedure, metodologie e strumenti di trattamento basati su linee guida ed evidenze di efficacia,

possiamo tranquillamente affermare che nessun modello ha dimostrato di poter soddisfare le esigenze cliniche e di trattamento di tutti gli utenti, di tutti i DA e di poter essere utilizzata in ogni età della vita.

Oltre ai modelli standardizzati esistono modelli di trattamento eclettici nei quali vengono utilizzati aspetti innovativi coniugandoli con le migliori evidenze di efficacia disponibili in letteratura.

I programmi terapeutici e riabilitativi basati su modelli eclettici hanno il grande vantaggio di calibrare l'intervento sul singolo individuo tenendo nella massima considerazione le aree di miglior funzionamento (che diventeranno l'asse portante della cura) e quelle maggiormente deficitarie (che diventeranno l'oggetto della cura), confezionando su misura il percorso di cura in una dimensione che tenga nel massimo conto il contesto familiare e sociale di riferimento.

La RPP® – Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva

La Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva (RPP®) è un modello di trattamento eclettico di cura, basato sulle più recenti evidenze di efficacia clinica, ideato dallo scrivente nel 2001 e da allora affinato e sviluppato. La scelta di un approccio eclettico nasce dal desiderio di armonizzare i principi migliori di sistemi e indirizzi diversi; gli operatori possono avere percorsi formativi e personali differenti, ma utilizzano un modello comune di trattamento.

Attualmente la RPP® rappresenta una *best practice* (metodo di lavoro che consente di ottenere i migliori risultati in un determinato contesto) nel trattamento ambulatoriale e residenziale dei DA ed è il solo modello italiano di questo tipo (figura 1.1).

La RPP® è un modello di trattamento *transdiagnostico* (è adattabile a tutti i DA) e utilizzabile, con i dovuti accorgimenti, nelle diverse età di manifestazione del disturbo.

Gli *obiettivi* del trattamento secondo la RPP® sono molteplici e si adattano alle differenti situazioni cliniche, personali e di durata della malattia.

Nelle fasi iniziali della malattia o in presenza di una sufficiente integrità psicosociale l'obiettivo fondamentale è la *guarigione* dal disturbo, intesa come scomparsa duratura dei sintomi e dei segni clinici presenti. Questo obiettivo va assolutamente perseguito per gli utenti di giovane età.

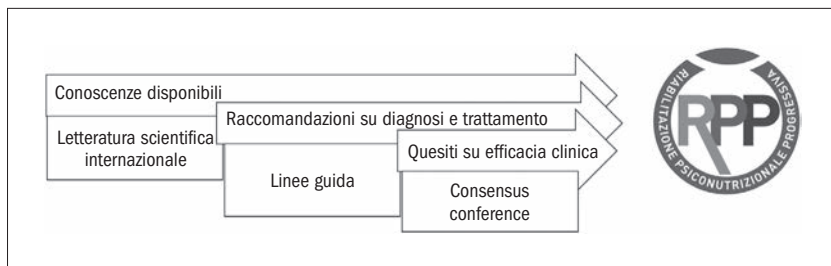


Fig. 1.1 Le fonti della RPP®.

Nelle situazioni di malattia di lunga durata o di grave comorbidità psichiatrica, l'obiettivo principale è favorire un percorso di *recovery* dalla malattia. Si tratta di un processo di cambiamento attraverso cui la persona, pur non ottenendo una guarigione clinica completa, può condurre una vita soddisfacente e produttiva impegnandosi a sfruttare le proprie potenzialità.

I capisaldi della RPP® sono i seguenti.

- La ricerca della *alleanza terapeutica*, ovvero la condivisione di obiettivi tra il paziente e l'équipe curante.
- La *motivazione al cambiamento*, intesa come disponibilità a individuare pensieri, emozioni e comportamenti maladattivi propri del DA e a correggerli.
- L'*atteggiamento collaborativo dell'utente*, basato sulla consapevolezza del proprio quadro di malattia e relative implicazioni negative sul proprio stile di vita.
- Il *lavoro in équipe*, attraverso l'integrazione di saperi e competenze differenziate e centrate sulle esigenze della persona.
- L'*integrazione e la garanzia di continuità delle cure*, secondo un principio «continuum of care»: un sistema che guidi il paziente e la famiglia nel tempo e attraverso i diversi livelli di trattamento.

Il trattamento condotto secondo la RPP® si propone sempre di sviluppare le capacità della persona e del contesto familiare e relazionale di riferimento di riconoscere il DA con i suoi meccanismi psicologici, comportamentali e organici. Questo avviene tramite un percorso personalizzato e progressivo di trattamento attuato a partire dalle reali possibilità della persona e gestito

dalla équipe di cura in accordo con l'utente. Il modello di cura prevede la combinazione di strategie individualizzate di rialimentazione progressiva con interventi psicoterapici e di sostegno psicosociale, il monitoraggio regolare delle condizioni internistiche e psichiatriche, l'utilizzo di terapia psicofarmacologica nei casi di necessità.

Il progetto individualizzato RPP® mette l'utente nelle condizioni di sperimentare modalità alternative di gestire la propria esistenza promuovendo:

- un'alimentazione il più possibile autonoma e spontanea nel rispetto del contesto socioculturale di provenienza del utente;
- l'autostima e l'autoaccettazione;
- il riconoscimento e l'espressione emotiva;
- la correzione delle distorsioni cognitive e metacognitive;
- il funzionamento efficace nella relazione interpersonale;
- la tutela della salute fisica e la cura delle complicanze mediche conseguenti al DA.

Il metodo di lavoro basato sulla RPP®

La metodologia di lavoro del nostro modello si basa su un approccio *step by step* e si sviluppa in fasi successive e sequenziali sia che si operi a livello ambulatoriale che in struttura riabilitativa residenziale o semiresidenziale. Il passaggio attraverso le varie fasi di cura non è meccanicamente predeterminato, ma avviene sulla base delle competenze sviluppate e del miglioramento clinico che si attua (tabella 1.1).

Il passaggio attraverso le varie fasi della cura prevede una serie di attività volte a:

- inquadrare sotto il profilo clinico e gestionale sia la psicopatologia presente che le complicanze internistiche associate al DA;
- investire sulla relazione interpersonale;
- normalizzare e stabilizzare il peso corporeo e lo status nutrizionale raggiunti attraverso un programma *concordato* di *rialimentazione progressiva*;
- correggere le convinzioni distorte sul proprio andamento ponderale;
- modificare comportamenti alimentari anomali e ridurre le tecniche di compenso;

- ristrutturare i pensieri disfunzionali rispetto al cibo, al corpo e al peso attraverso interventi psicologici individuali e la psicoeducazione di gruppo.

Proviamo ora a entrare più nello specifico di alcuni di questi aspetti, in quanto rappresentano il reale ambito della cura dei DA e sono l'oggetto di un buon percorso psicoeducazionale per l'utente e i caregiver.

TABELLA 1.1
Fasi del trattamento RPP® ambulatoriale

Fase 1 Accoglienza	Fase 2 Programmazione	Fase 3 Intervento	Fase 4 Autonomizzazione	Fase 5 Mantenimento
Assessment	Scelta del contesto di trattamento. Restituzione a utente e familiari. 1° contatto terapeutico: – Definizione diagnosi multiprofessionale – <i>Road map</i> terapeutica – Presa in carico vs. invio ad altri servizi – Definizione <i>timing</i> di cura.	Lavoro sul <i>core</i> psicopatologico	Aumento delle capacità gestionali	Consolidamento risultati raggiunti
Osservazione diario alimentare		Piano alimentare concordato di partenza	Aumento concordato piano alimentare, introduzione varianza, riduzione comportamenti patologici	Aumento varianza ed esposizione progressiva
Valutazione psichiatrica		Eventuale psicofarmacoterapia	Monitoraggio	Monitoraggio
Valutazione medica		Terapia medica e nutrizionale	Monitoraggio	Monitoraggio
Valutazione psicologica		Sostegno motivazionale	Psicoterapia	Psicoterapia o stop terapia
Gruppi psicoeducazionali genitori-utenti				<i>Self-help</i> per familiari

L'inquadramento clinico della psicopatologia e delle complicanze

I DA, come già accennato, si presentano frequentemente in associazione con altre problematiche psichiatriche. Inoltre la malnutrizione per eccesso o per difetto comporta rischi organici anche molto seri. Un corretto inquadramento diagnostico è il primo passo fondamentale per la costruzione di un processo terapeutico adeguato e per minimizzare il rischio organico.

Capitolo quinto

Unità 5. Di cosa si alimenta il disturbo dell'alimentazione?

I fattori di mantenimento

Lucia Cereser

Dopo aver analizzato, nelle precedenti Unità, i fattori predisponenti individuali e sociali nonché i fattori precipitanti dei disturbi alimentari (DA), in questa Unità analizzeremo i fattori di mantenimento.

I fattori di mantenimento sono l'insieme di meccanismi psicologici, convinzioni, comportamenti che permettono al DA di durare nel tempo, occupare spazi sempre maggiori della vita e cronicizzare. Il riconoscimento e la gestione di questi fattori rappresentano gli aspetti fondamentali del trattamento di qualunque DA. Famiglia e rete sociale, infatti, possono svolgere un ruolo importantissimo, nel contesto di trattamenti clinici ben condotti, per superare il disturbo.

In questa Unità abbiamo scelto di mescolare alcuni aspetti tecnici con le testimonianze di alcuni nostri utenti affinché le loro esperienze prendessero forma e fungessero da esemplificazione utile per tutti.

La letteratura suddivide i fattori di mantenimento in due categorie: specifici e aspecifici (Dalle Grave et al., 1993; Garner e Dalle Grave, 1999; Beck, 1987; Dalle Grave, 1998; 2000; 2001; Fairburn, Cooper e Shafran, 2003).

I fattori di mantenimento specifici sono di tipo psicologico, organico, comportamentale e relazionale.

Fattori di mantenimento specifici

La tabella 5.1 illustra i principali fattori specifici di mantenimento dei DA suddivisi per aree. Deve essere chiaro che in ciascuna persona e in periodi diversi della malattia i fattori di mantenimento possono cambiare.

TABELLA 5.1
Fattori specifici di mantenimento dei disturbi alimentari

Psicologici	Organici	Comportamentali	Relazionali
Valore attribuito a sé	Sintomi da digiuno e malnutrizione	Dieta ferrea	Isolamento sociale
Vantaggi secondari	Complicanze organiche	Iperattività	Evitamento esposizione del corpo
Rinforzi positivi	Basso peso corporeo	Abbuffate	
Rinforzi negativi		Condotte eliminative e di compenso	
Paura del peso corporeo		<i>Body checking</i>	
		<i>Food checking</i>	

Fattori psicologici

Il *valore attribuito a sé* rappresenta il modo attraverso il quale una persona valuta se stessa e si autodefinisce in termini positivi o negativi. Chi ha avuto uno sviluppo sano, non inciampando nel disturbo alimentare, ha costruito il proprio valore attraverso le percezioni di sé in diverse aree, ad esempio la scuola, le relazioni interpersonali, lo sport, le amicizie.

Le persone che soffrono di un disturbo alimentare hanno una valutazione di sé basata in modo esclusivo e predominante sul peso, le forme corporee e il controllo dell'alimentazione. Il valore di sé perde la connotazione esperienziale tipica delle persone sane e assume un valore morale rigido e difficilmente modificabile; il DA diventa, in questo contesto, un ambito nel quale sperimentare capacità e abilità altrimenti ritenute assenti.

Ancora oggi non so dire quali fossero le mie aspirazioni dal punto di vista estetico, anche perché non ho mai avuto un modello mediatico da seguire. Però ammetto di avere una fissazione per il mio aspetto esteriore

acuitasi in due anni di malattia e a seguito di una relazione sbagliata, tanto da indurmi a considerarla l'unica cosa che mi rimane e su cui contare.

Per rendere il corpo più veloce, agile e resistente mi sottoponevo, oltre agli allenamenti, a esercizi giornalieri in casa, anche con pesi e cavigliere, corsa e piscina, quando potevo. Ho anche iniziato a controllare la mia alimentazione, dapprima eliminando solo cibi ipercalorici e poi tutti i grassi e consumando soprattutto frutta, verdura, yogurt magri e cibi integrali. Credevo così, stupidamente, che unendo il controllo agli esercizi avrei sostituito gradualmente la massa grassa con i muscoli: era l'unica cosa che mi faceva sentire capace di riuscire in qualcosa.

Tra i fattori di mantenimento specifici annoveriamo anche: i vantaggi secondari, i rinforzi positivi e negativi.

Con il termine *vantaggi secondari* si intendono essenzialmente due fenomeni: avere l'attenzione degli altri focalizzata su di sé e la sensazione di poter controllare l'ambiente esterno e tutto ciò che ci circonda.

Quello che le persone ammalate di un DA vivono come un interessamento positivo nei loro confronti generato dalla malattia («la mia malattia mi ha reso speciale», raccontano molte persone) è in realtà la manifestazione della preoccupazione delle persone a loro più vicine per la malattia stessa e le sue manifestazioni.

Allo stesso modo, la sensazione di avere sotto controllo l'ambiente genera una falsa rassicurazione, mentre quello che accade realmente è una progressiva riduzione degli interessi e della libertà personale.

Essere vista, non tanto per i miei brufoli o per i miei difetti, per una volta essere guardata con ammirazione perché stavo dimagrendo a vista d'occhio. I ragazzi mi guardano, le mie amiche mi invidiano, i miei genitori si preoccupano... mi sento importante.

I *rinforzi positivi* che possono contribuire a mantenere la persona all'interno del disturbo alimentare sono di due tipi: i rinforzi cognitivi e i rinforzi sociali.

I rinforzi cognitivi sono caratterizzati dal senso di forza e di autocontrollo che una persona percepisce quando riesce a controllare l'alimentazione, il peso e le forme del proprio corpo, una sorta di euforia dettata dalla riuscita rispetto ai propri obiettivi.

Iniziai a digiunare per sentirmi più forte. Il cibo assunto diminuì ma aumentai l'attività fisica... Diventò un'ossessione. Pensavo a quante

calorie consumavo nel fare un esercizio, la passione e l'amore per la danza passarono presto in secondo piano ma io mi sentivo forte, capace, grandiosa.

Ovviamente gli obiettivi che determinano un rinforzo positivo altro non sono che i sintomi del DA.

I rinforzi sociali sono caratterizzati da commenti positivi da parte di altre persone che il soggetto può ricevere nella fase iniziale di perdita di peso; soprattutto se partiva da uno stato di sovrappeso. Questo meccanismo, presente in tutti i DA, è estremamente potente nelle persone che soffrono di un disturbo da alimentazione incontrollata, nel quale il tentativo di controllo del peso è fortemente sostenuto dalla ricerca di approvazione altrui.

In più c'era anche la pressione esercitata dalle mie amiche che mi incitavano a iniziare palestra per mantenerci toniche e rassodare i muscoli e ad avere un occhio di riguardo rispetto all'alimentazione per evitare di ingrassare in futuro.

I *rinforzi negativi* fanno riferimento a comportamenti e atteggiamenti in cui l'elemento negativo viene evitato. La perdita di peso può contribuire a evitare alcune sfide evolutive difficili da accettare, come i conflitti e i cambiamenti corporei tipici dell'adolescenza. Il dimagrimento e il riprodurre, a seguito della malattia, caratteristiche fisiche e psicologiche simil-prepuberi può rappresentare un luogo sicuro e protettivo dove difendersi dalle richieste impellenti dell'adolescenza.

Avevo paura di crescere, di diventare una donna, di non poter più fare le attività quotidiane di tutti i giorni come quando si è bambini. Pensavo che non avrei più potuto giocare come una volta, perché diventare adulta, per me, significava assumersi delle responsabilità non solo con gli altri, ma soprattutto con me stessa e quindi ascoltare le esigenze del mio corpo e amarlo. In quel momento era molto difficile accettare questo cambiamento non solo fisico ma anche mentale, perché quando s'inizia a crescere il modo di pensare e ragionare cambia; certe volte sei tu a dover decidere quello che vuoi fare nella tua vita, anche se dipendiamo comunque dai nostri genitori, dobbiamo essere consapevoli che loro non ci saranno in ogni momento, loro ci daranno dei consigli e noi in base a quelli dobbiamo scegliere quello che è giusto fare. Il mio timore non era incentrato su quale fosse per me la cosa migliore, ma ciò che mi angosciava era cambiare il modo di fare, di non essere più la stessa, con diversi gusti, hobby... Alla fin fine cambiare significava crescere, non voleva dire essere un'altra, ma

diventare più forti, più autonomi, più liberi, più fieri di sé; perché quando si è bambini, la maggior parte delle cose sono fatte dai genitori, invece quando si diventa grandi, ognuno deve gestirsi i propri compiti, magari un piccolo aiuto te lo danno, ma sei sempre tu comunque a farlo.

Fattori comportamentali

Sono considerati fattori di mantenimento specifici anche la dieta ferrea, l'iperattività, il basso peso e la sindrome da digiuno, le abbuffate e le modalità di compenso, il controllo del cibo e del corpo, gli evitamenti.

La *dieta ferrea* è un regime alimentare inflessibile e disfunzionale (per approfondimenti si veda l'Unità 7). Tutte le persone affette da un DA si impongono o si propongono di seguire rigidamente un'alimentazione restrittiva. Le persone affette da anoressia fanno di questa condotta una regola di vita, le persone che si abbuffano (nelle situazioni di bulimia o alimentazione incontrollata) attuano, o cercano di attuare, condotte di questo tipo per compensare le abbuffate o per ridurre il peso corporeo. Molto spesso questo regime dietetico comporta saltare i pasti, restringere le porzioni di cibo, eliminare alcuni cibi. La dieta rappresenta un potente fattore di mantenimento in quanto mantiene attivo lo sviluppo di pensieri e preoccupazioni nei confronti dell'alimentazione.

Sono nuovamente rimasta intrappolata nel meccanismo della restrizione continua, reso ancora più ossessivo dal conteggio calorico di ogni cibo. Avevo una calcolatrice in testa in ogni momento della giornata; i principali pensieri che occupavano la mia mente erano rivolti alle calorie assunte nel pasto precedente, alle calorie che avrei assunto nel pasto successivo e a quelle che avevo consumato.

Quando si riesce ad attuare una dieta ferrea questa non produce alcuna rassicurazione duratura e non è mai pienamente soddisfacente. Anzi, questo comportamento genera sempre più paura di non riuscire a rispettarne le regole autoimposte, di riprendere peso, e determina un irrigidimento progressivo.

Nelle situazioni in cui la dieta ferrea viene solo idealizzata senza riuscire a seguirla pienamente (bulimia, alimentazione incontrollata, ruminazione) si genera un profondo senso di fallimento e colpa che determina una sofferenza psicologica molto intensa.

L'*iperattività* consiste in qualunque forma di attività fisica attuata nell'ambito di un sistema di pensiero, emozioni e convinzioni determinate da un DA in atto e non finalizzata a una reale pratica sportiva o al benessere personale. A differenza del concetto di esercizio fisico eccessivo (che fa riferimento a durata, frequenza e intensità dell'attività fisica e ai rischi conseguenti), l'*iperattività* è un fenomeno comportamentale caratterizzato da alcuni aspetti facilmente riconoscibili e che la differenziano in modo assai chiaro dalla pratica sportiva. Riconoscerla è molto importante, in quanto talvolta viene confusa da familiari, allenatori e amici con l'attività sportiva precedentemente svolta, oppure i familiari si prestano a condividerla con la persona ammalata nella speranza di poterla ridurre o gestire.

Le caratteristiche principali dell'*iperattività* sono le seguenti.

- La coattività o ossessività: la persona non può rinunciarvi, la ritualizza, e l'impossibilità di attuarla determina conseguenze emotive negative.
- Le svariate finalità: controllo del peso e delle forme corporee, sedazione della fobia ponderale, rimedio temporaneo ai pensieri dimorfofobici, compenso delle abbuffate.
- La non correlazione con le performance sportive: viene attuata anche quando la malnutrizione non permette più una reale pratica sportiva; l'obiettivo reale non è l'allenamento fisico.
- La solitudine: spesso le sessioni di *iperattività* vengono nascoste o attuate in modo solitario; molto difficilmente le modalità con cui viene attuata sono socializzabili.
- La mancanza di critica: l'*iperattività* viene negata, banalizzata nei rischi che determina, ed è molto difficile metterla in relazione al DA.

È importante valutare se l'*iperattività* interferisce con attività giornaliere importanti, se è praticata in orari o luoghi impropri oppure se viene protratta nonostante condizioni mediche non adeguate. Ben lungi dall'essere un rimedio efficace, l'*iperattività* costituisce un fattore di mantenimento importante poiché contribuisce ad aumentare la preoccupazione per il peso e per le forme corporee e favorisce l'isolamento sociale (per ulteriori approfondimenti si veda l'Unità 8).

Ogni altro impegno, seppure intensificato, iniziava a svuotarsi sempre più di reale interesse per me; anche lo sport, gli esercizi, le corse diventavano sempre più maniacali fino a raggiungere l'*iperattività*. Ogni

attimo era buono per muoversi e consumare, ogni obiettivo e piacere si stava lentamente dissolvendo, finendo in secondo piano.

Il *basso peso* e la *sindrome da digiuno* sono fattori ulteriori di mantenimento del DA (per approfondimenti si veda l'Unità 7), in quanto generano un'estrema preoccupazione per il cibo che, a sua volta, alimenta l'uso del controllo alimentare come indice di autocontrollo e autovalutazione. Tutti gli effetti successivamente citati mantengono attivo il DA nella sua forma e nella sua intensità (Keys et al., 1950). Un peso corporeo eccessivamente ridotto comporta numerose modificazioni che fungono da mantenimento del DA. La tabella 5.2 ne riassume le principali caratteristiche.

TABELLA 5.2
Principali effetti del basso peso corporeo e della malnutrizione

Atteggiamenti e comportamenti nei confronti del cibo	Modificazioni emotive e sociali	Modificazioni cognitive	Modificazioni fisiche
Preoccupazioni per il cibo Collezioni inerenti al cibo, ricette, libri di cucina, menù Inusuali abitudini alimentari Incremento del consumo di caffè, tè e spezie Occasionale introito esagerato e incontrollato di cibo	Depressione Ansia Irritabilità e rabbia Isolamento sociale	Diminuita capacità di concentrazione Diminuita capacità di pensiero astratto Apatia	Disturbi del sonno Debolezza Disturbi gastrointestinali Ipersensibilità al rumore e alla luce Edema Ipotermia Diminuzione dell'interesse sessuale

La sindrome da digiuno interferisce con la concentrazione poiché vi è un'incessante e ossessiva preoccupazione per il cibo, favorisce l'isolamento sociale e impedisce uno sviluppo adeguato di relazioni positive, facilita l'utilizzo di peso e forme come mezzi di valutazione di sé, crea uno stato di ansia che può facilitare l'avvio del ciclo restrizione-abbuffata e alimenta un vissuto di irritabilità.

Le *abbuffate* e i meccanismi di compenso contribuiscono a mantenere il disturbo per diversi motivi. Inizialmente, la persona con DA che perde il controllo e si abbuffa vive un'intensa paura di ingrassare con un aumento della preoccupazione per il peso e forme del corpo. Questo meccanismo

determina diversi comportamenti compensatori, come digiuno o esercizio fisico eccessivo, vomito autoindotto, utilizzo di lassativi e diuretici. Con il passare del tempo si genera una sorta di «abitudine» alle abbuffate, che vengono organizzate nei tempi e nei modi (si accumula il cibo, lo si nasconde, si attende di avere la casa e il bagno liberi prima di iniziare ad abbuffarsi) e vengono condotte solo se si ha a disposizione il tempo e il modo di attuare le condotte compensatorie. L'insieme di tutti questi comportamenti contribuisce a mantenere il disturbo attivo.

Inoltre, le perdite di controllo provocano il manifestarsi di emozioni negative intense, che spesso vengono gestite con ulteriori perdite di controllo al fine di modularsi emotivamente e trovare sollievo. Infine, le perdite di controllo fanno riemergere un senso di forte autocritica per il mancato controllo tanto desiderato.

Le abbuffate occupavano gran parte della mia giornata, mi impedivano di studiare, mi costringevano a rimanere in casa per la vergogna; quanto più aumentavo di peso, tanto più aumentava il senso di disprezzo e di ribrezzo verso il mio corpo. Ero ossessionata dalla grossezza delle mie gambe, non sopportavo l'idea di sentire le cosce e le ginocchia toccarsi; percepivo ogni filo di grasso in più che andava a depositarsi sui fianchi, sulla pancia, sul sedere; misuravo anche i più impercettibili aumenti di peso in base a quanto sentivo più o meno stretti i pantaloni o le maglie.

Le *condotte eliminative e di compenso* sono tutti quei comportamenti adottati con la finalità di eliminare, in parte o completamente, i nutrienti assunti o di mitigare gli effetti delle abbuffate, soggettive o oggettive, sul peso e le forme corporee. Non importa se le modalità adottate possano realmente svolgere le funzioni desiderate: quello che conta è l'intenzione o l'aspettativa patologica di determinarle. Le condotte più frequenti sono: il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici, il digiuno e l'iperattività. Il vomito autoindotto è un comportamento di compenso che può essere attivato dopo perdite di controllo, siano esse soggettive o oggettive. Questo comportamento può essere adottato anche dopo un normale pasto se i pensieri legati al peso sono molto forti. Il vomito rappresenta un fattore di mantenimento per diversi motivi: alimenta il controllo sull'alimentazione, alimenta senso di autocritica di colpa, favorisce lo sviluppo di abbuffate, peggiora la valutazione negativa di sé. L'uso improprio di lassativi e diuretici si verifica allo scopo di eliminare le calorie assunte in eccesso durante

un'abbuffata o al fine di regolare il peso, indipendentemente dal verificarsi o meno di perdite di controllo. Questa pratica di compenso mantiene attivi pensieri disfunzionali sulla necessità di svuotarsi, inducendo la persona con DA a contrastare il senso di naturale pienezza in seguito all'assunzione di cibo.

Il *food checking* o *controllo sistematico del cibo* viene attuato attraverso il conteggio delle calorie, la lettura ossessiva delle etichette nutrizionali, l'utilizzo di strumenti e bilance volte a misurare gli alimenti, i rituali a tavola (tagliuzzamento, spezzettamento, lentezza, ecc.). Tutti questi comportamenti sono dovuti alla necessità di controllo ovvero alla paura di perderlo. Il controllo rigido e sistematico del cibo contribuisce a mantenere il disturbo dell'alimentazione mantenendo attivi i pensieri e la preoccupazione rivolti al peso.

Il termine *body checking* o *controllo sistematico del corpo* fa riferimento alla pratica di misurare e controllare il proprio aspetto fisico. Questo avviene attraverso l'uso dello specchio, le pesature ripetute, la registrazione ossessiva del proprio peso o delle proprie misure, il confronto del proprio corpo con altre persone e con le taglie degli indumenti, la richiesta continua di rassicurazioni sul proprio aspetto fisico e sul proprio peso. Il *body checking* è un meccanismo di mantenimento del DA in quanto maggiore è il tempo investito a controllare le parti del corpo, maggiore diventa la preoccupazione per il peso e le forme.

Fattori relazionali

Infine, annoveriamo tra i fattori di mantenimento specifici *l'evitamento dell'esposizione del corpo* e *l'isolamento sociale*. Con questi termini definiamo tutte le modalità attuate dalle persone con DA per non stare in contatto con sé e con gli altri evitando le situazioni sociali considerate critiche, l'esposizione del proprio corpo in situazioni difficili quali la spiaggia o la piscina, i contesti nei quali vi è la possibilità di sentirsi guardati o giudicati. L'evitamento può comportare la difficoltà nel toccare il proprio corpo, nel lavarsi, nel vestirsi, nel guardarsi allo specchio. Il mantenimento del DA avviene attraverso due meccanismi: da un lato impedendo di accedere a esperienze positive di sé che potrebbero modificare alcuni pensieri negativi nei confronti del proprio peso e delle proprie forme corporee, dall'altro aumentando la preoccupazione e i pensieri negativi sul peso e sul valore attribuito a sé.

Capitolo tredicesimo

Unità 13. La comorbidità psichiatrica e la farmacoterapia

Monica Baiano

La comorbidità psichiatrica nei disturbi dell'alimentazione (DA)

Per comorbidità psichiatrica nei disturbi dell'alimentazione (DA) si intende la presenza o la comparsa di un disturbo psichico associato allo stesso DA. Infatti, alcuni tratti o sintomi veri e propri possono evidenziarsi sia prima che dopo l'insorgenza dei DA nel paziente e sovente possono riscontrarsi anche in altri membri della famiglia (Shivola et al., 2009) (tabella 13.1).

TABELLA 13.1

Sintomi frequentemente associati ai DA

Sintomi depressivi	Sintomi di disregolazione affettiva	Sintomi ansiosi
<ul style="list-style-type: none">- ostilità- oppositività- aggressività- attacchi di rabbia- scoppi d'ira spesso immotivati- demoralizzazione- sconforto- sentimenti di bassa autostima, svalutazione e colpa- incapacità a controllare in maniera adeguata il comportamento alimentare- compromissione di adattamento sociale e lavorativo	<ul style="list-style-type: none">- impulsività (comportarsi in modo precipitoso o violento)- labilità emotiva- instabilità dell'umore- irritabilità- euforia- compulsività (comportarsi in modo automatico e irrefrenabile)	<ul style="list-style-type: none">- idee ossessive (pensieri ripetitivi)- rimuginazioni (tornare sempre sullo stesso pensiero)- rituali- comportamenti fobici (ad es., evitare il contatto sociale, paure specifiche)- ansia costante e pervasiva- panico- disturbi post-traumatici da stress

Precisamente, i disturbi dell'umore sono quelli che si riscontrano più spesso (disturbo depressivo e bipolare, ossia gravi oscillazioni dell'umore, dei livelli di energia, dei pensieri e dei comportamenti), seguiti dai disturbi d'ansia (fobia sociale e disturbo ossessivo-compulsivo) e disturbi da abuso di sostanze e da abuso alcolico (Muehleck et al., 2017). Il disturbo ossessivo-compulsivo in particolare è più frequente negli individui con anoressia nervosa con caratteristiche restrittive, mentre i disturbi dell'umore, l'abuso di sostanze (soprattutto psicostimolanti) o di alcolici o le difficoltà nel regolare le emozioni sono più comuni nei soggetti con anoressia con caratteristiche bulimiche e comportamenti di eliminazione, bulimia nervosa e disturbo dell'alimentazione incontrollata (Treasure, Claudino e Zucker, 2010) (figura 13.1).

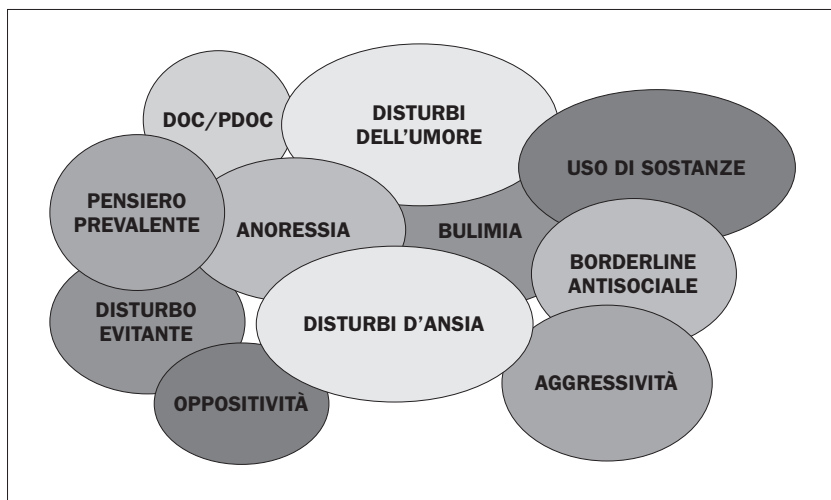


Fig. 13.1 Comorbidità psichiatrica nei disturbi dell'alimentazione.

Uno sguardo sull'adolescente

È molto importante sottolineare che ciò che in età adulta può essere considerato un disturbo psichiatrico definito in adolescenza può rappresentare una fase transitoria di «crisi» e di passaggio. In più, gli adolescenti tendono ad amplificare emozioni e stati d'animo e il loro modo di esprimere

il malessere potrebbe portare a pensare a una componente patologica, anche quando non esiste un disturbo psichico. Per questo motivo la diagnosi nei ragazzi in età adolescenziale o preadolescenziale va effettuata attraverso un'accurata valutazione diagnostica che prenda in considerazione il carattere passeggero di alcuni comportamenti e le trasformazioni fisiche e mentali tipiche di questa fascia di età.

Negli adolescenti con anoressia nervosa, i disturbi d'ansia e i disturbi dell'umore costituiscono le comorbidità più frequenti e spesso sintomi ansioso-depressivi precedono la comparsa dei sintomi relativi al DA.

Inoltre, alcuni studi in passato hanno messo in evidenza la presenza di caratteristiche psicopatologiche o temperamentali che possono favorire, in adolescenza, il formarsi di tratti atipici di personalità, come il perfezionismo, l'ossessività, la rigidità (Bardone-Cone, Lin e Butler, 2017). Questi aspetti possono preludere allo sviluppo di veri e propri disturbi di personalità (DP), la cui diagnosi, soprattutto nell'adolescente, richiede una lunga e attenta valutazione (Hopwood et al., 2010).

I comportamenti autolesivi

Negli adolescenti l'intenzionalità suicidaria è abitualmente associata a sintomi depressivi, a comportamenti di perdita di controllo sull'alimentazione o sulle proprie emozioni, alla durata del DA. Tuttavia, l'esprimere pensieri di morte può rappresentare per l'adolescente anche una richiesta d'aiuto senza celare necessariamente una volontà autosoppressiva (Klomek et al., 2015). È comune negli adolescenti avere esperienze depressive connesse a sentimenti di perdita e tenere occasionali comportamenti a rischio come processo di transizione verso l'età adulta. Nei ragazzi più fragili, tuttavia, essi possono evolvere in veri e propri comportamenti di autodistruzione in età adulta. In particolare, l'attenzione deve essere posta sul livello di impulsività (ovvero impellenza non controllabile mediante interventi inibitori adeguati) che alimenta la condotta autolesiva e sull'intensità di pensieri e sentimenti negativi verso se stessi (ad esempio: «Non valgo nulla», «Non riuscirò mai a combinare niente di buono», «È tutto inutile»). Infatti, se il grado di impulsività è alto e le convinzioni negative occupano tanto spazio nella mente, la probabilità di agire comportamenti auto-aggressivi pericolosi per l'integrità fisica aumenta considerevolmente.

Più frequenti dei comportamenti attuati con propositi anticonservativi sono i gesti autolesivi, che includono tutte quelle azioni, socialmente non accettate, che comportano una distruzione o lesione diretta e intenzionale di una parte del corpo (come graffi, tagli, morsi, percosse e bruciate) (Claes e Vandereycken, 2007). La distribuzione e la gravità delle autolesioni possono essere molto variabili da soggetto a soggetto; in generale, i criteri clinici di valutazione del comportamento autolesivo includono:

- reiterazione del comportamento sulle stesse sedi corporee (nei DA, molto spesso tali sedi coincidono con le parti del corpo più odiate in quanto distortamente percepite; ad esempio, darsi pugni sull'addome);
- esposizione della sede corporea (frequentemente si osservano scarificazioni ai polsi e sugli arti inferiori ma talora, in casi di una certa severità psicopatologica, si repertano in sedi più nascoste come mammelle, addome e inguine);
- aspetto delle autolesioni (ad esempio, un andamento regolare e «ordinato» dei tagli denota un miglior controllo dell'impulsività rispetto all'orientamento casuale e caotico).

Tali comportamenti hanno la funzione di:

- ridurre la rabbia o la tensione emotiva (ansia, angoscia);
- autopunirsi;
- palesare agli altri un malessere altrimenti non comunicabile a parole;
- trasformare il dolore psichico in dolore fisico, che appare «più gestibile» e tollerabile (Cipriano et al., 2017).

I farmaci come risorsa

Nonostante lo spettro degli psicofarmaci immessi sul mercato sia in continua espansione, non esistono, ad oggi, medicinali in grado di «curare» da soli i DA. Tuttavia, l'uso di queste molecole risulta essere spesso di grande aiuto nel trattamento dei DA, in quanto esse sono in grado di agire sui meccanismi neurobiologici che sostengono sintomi caratteristici del DA o di un'altra diagnosi psichiatrica associata al DA (Davis e Attia, 2017; Himmerich e Treasure, 2017).

Dal momento che nei pazienti con DA la comorbidità psichiatrica è la regola piuttosto che l'eccezione, essa deve essere *sempre e comunque considerata e curata* (anche farmacologicamente) a prescindere dal DA, in quanto ne influenza decorso ed esiti (prognosi).

Si ricordi inoltre che molti quadri psichiatrici regrediscono quando la condizione nutrizionale e organica del paziente con DA migliora ed essa implica la revisione di eventuali terapie farmacologiche proposte.

Spesso la proposta di un farmaco all'interno del percorso terapeutico-riabilitativo desta perplessità, diffidenza, paura, preoccupazione oppure muove aspettative irrealistiche. Quindi è molto utile, proprio per evitare malintesi e non alimentare false convinzioni, affrontare i seguenti punti:

1. gli psicofarmaci non hanno un effetto miracoloso e non sono risolutivi; sono paragonabili a delle «stampelle» che sostengono — ma non sostituiscono — il complesso di interventi che caratterizzano la riabilitazione psiconutrizionale;
2. gli psicofarmaci agiscono su sintomi precisi e hanno meccanismi di azione specifici, documentati scientificamente;
3. gli psicofarmaci possono avere alcuni effetti collaterali e la scelta della molecola è effettuata analizzando il profilo delle collateralità, in rapporto alle esigenze terapeutiche;
4. gli psicofarmaci non modificano la personalità di chi li assume;
5. gli psicofarmaci non alterano la capacità decisoria o la volontà;
6. gli psicofarmaci non rendono i fruitori «automi»;
7. gli psicofarmaci non danno dipendenza se utilizzati seguendo le indicazioni del medico che li prescrive;
8. gli psicofarmaci alleggeriscono il carico psicopatologico, aiutando la persona che li assume a recuperare le risorse psichiche sane che le consentono di riconoscersi e di relazionarsi, migliorando la qualità della vita e il funzionamento generale nella vita quotidiana;
9. gli psicofarmaci sono monitorati da un clinico esperto:
 - il paziente e i suoi familiari *non sono soli* nella gestione della terapia (che può includere anche la somministrazione di più medicinali, a seconda della necessità);
 - essi discutono con il medico i cambiamenti riscontrati, le variazioni dei dosaggi e la modalità con cui modificare o sospendere il trattamento.

Il coinvolgimento attivo della famiglia, sempre importante nelle varie tappe del percorso, aumenta l'aderenza alle cure e il successo delle stesse (Couturier, Isserlin e Lock, 2010).

Cos'è uno psicofarmaco?

Gli psicofarmaci sono molecole di sintesi che agiscono sulle cellule nervose (neuroni) migliorando la loro capacità di comunicare attraverso impulsi elettrici. In particolare, essi sono in grado di influenzare la produzione, il rilascio e l'attività delle molecole che i neuroni producono normalmente per «dialogare» fra loro (neuro-mediatori). Il dialogo tra cellule nervose è alla base del funzionamento psichico e cognitivo; se la comunicazione salta o è distorta si generano dei sintomi psicopatologici su cui, appunto, agiscono gli psicofarmaci (Stahl, 2016).

La psicofarmacoterapia deve essere sempre controllata strettamente, ma questo vale ancora di più nei pazienti con DA, in quanto le alterazioni dell'assetto nutrizionale e metabolico che accompagnano queste malattie influenzano l'effetto stesso della terapia e l'eliminazione dei prodotti inattivi derivanti dal metabolismo dei farmaci. Tipicamente, si osserva una riduzione dei sintomi psicopatologici successiva all'introduzione della farmacoterapia quando il/la paziente recupera un assetto nutrizionale più adeguato e bilanciato, in quanto esso permette ai farmaci di essere assorbiti in maggior misura e, quindi, di lavorare in modo migliore sui sintomi. Pertanto, la prescrizione dei medicinali deve essere un'operazione medica e l'andamento clinico conseguente alla somministrazione del prodotto deve essere valutato attraverso i colloqui con i clinici e terapeuti di riferimento e l'esecuzione di esami periodici (ad esempio, esami del sangue e delle urine, elettrocardiogramma).

Classificazione degli psicofarmaci

Per comodità, gli psicofarmaci possono essere raggruppati in quattro famiglie, in funzione del loro meccanismo di azione:

1. neurolettici (o antipsicotici)
2. antidepressivi

3. stabilizzatori dell'umore
4. ansiolitici-ipnotici.

Tutti questi farmaci agiscono su precisi «target» psicopatologici e comportamentali, attraverso meccanismi neurochimici complessi.

Azione degli psicofarmaci

Farmaci neurolettici (antipsicotici)

I neurolettici lavorano su un ampio spettro sintomatologico. Nella fattispecie hanno effetto su:

- Sintomi «positivi» (ovvero alterazioni psichiche o del comportamento che aggiungono qualcosa di abnorme al normale funzionamento soggettivo); includono:
 - *disturbi del pensiero*: comprendono anomalie relative sia al «come» una persona pensa (ad esempio, accelerazione o decelerazione del flusso delle idee, ragionamento non lineare), sia al «cosa» una persona pensa (ad esempio, convinzione che le calorie possano penetrare nel corpo semplicemente toccando il cibo, convinzione che gli altri ci vedano enormi, grassi o ci perseguitino);
 - *false percezioni*: accludono alterazioni della corretta percezione di sé e del proprio aspetto (ad esempio, vedersi enormi e grassi anche quando si è visibilmente emaciati), percezione di pensiero «sdoppiato» (ad esempio, una parte del pensiero dice: «Fai schifo se mangi!», mentre l'altra: «Bravo se non tocchi cibo!») o di vere e proprie voci, che spesso giudicano, denigrano o svalutano la persona che le percepisce;
 - *stati di angoscia*: ansia molto intensa associata a una sensazione di paura o terrore apparentemente ingiustificati;
 - *distacco dalla realtà*: chiusura in un mondo proprio, dominato da pensieri disturbati e non condivisibili dalle persone vicine, e comportamenti conseguenti (ad esempio, paura che il cibo abbia conseguenze immediate e drammatiche sul peso, per cui ci si pesa in continuazione, anche prima o dopo l'espletamento dei bisogni fisiologici — urinare, evacuare — per verificare variazioni del peso e attivare comportamenti di controllo dello stesso — digiunare, smettere di bere, assumere purganti, ecc.).

- Sintomi «negativi» (ovvero alterazioni psichiche o del comportamento che «tolgono» qualcosa al normale funzionamento soggettivo); comprendono:
 - *isolamento e chiusura*: allontanamento dal contatto con i familiari e i coetanei (ad esempio: «Prima andava sempre fuori con gli amici e ora se ne sta tutto il tempo chiuso in camera...»);
 - *impoverimento dell'esperienza emotiva*, connotata dalla sensazione di provare meno o non provare più emozioni o di non sentire le sfumature delle stesse (ad esempio: «Mi sembra che sia tutto uguale», «Non sento più nulla»);
 - *perdita di interesse e abulia*: riduzione della voglia di fare e della motivazione (ad esempio: «Prima leggevo tanto, ora non mi va più...», «Non ho voglia di fare niente, perché non m'importa...», «Non riesco ad avere obiettivi»).

- Alterazioni affettive e comportamentali; annoverano:
 - *accelerazione o rallentamento ideomotorio*: variazioni della velocità del flusso del pensiero e dell'attività motoria (ad esempio, essere sempre affaccendati o iperattivi, anche allo scopo di bruciare calorie, oppure starsene sempre a letto perché non si ha la forza di pensare o fare nulla);
 - *fluttuazioni dell'umore* (ad esempio, essere cupi, poco inclini al dialogo, ritirati, in alternanza a stati di contentezza ingiustificata, iperattività, relazioni turbolente);
 - *aggressività*, che può manifestarsi come aggressività autodiretta (farsi male deliberatamente) o eterodiretta, verso persone (urlare o inveire contro qualcuno, picchiare) o oggetti (spaccare, lanciare);
 - *idee ossessive*: pensieri ripetitivi, che arrivano nella mente senza possibilità di fermarli (ad esempio: «Non posso fare a meno di pensare a cosa mangiare»), talvolta poco consapevoli e automatici;
 - *compulsioni*: gesti rituali, schematici, che spesso placano l'ansia associata a pensieri ossessivi (ad esempio, controllare il peso più volte durante il giorno perché il pensiero fisso è quello; fare una sequenza precisa o un determinato numero di esercizi ginnici per essere sicuri di consumare energia);
 - *instabilità emotiva*, caratterizzata da sbalzi di umore (ad esempio, essere felici e un momento dopo diventare tristi o arrabbiati senza motivo).

Farmaci antidepressivi

Nonostante il nome, i farmaci ad azione antidepressiva sono correntemente utilizzati, in quanto efficaci, per curare una pluralità di problematiche psicopatologiche. Specificamente si impiegano per trattare:

- *disturbi dell'umore*, caratterizzati da fasi propriamente depressive, ovvero tristezza immotivata, pervasiva e persistente, pianto facile, nervosismo, insonnia, calo dell'interesse, compromissione dell'attenzione, della concentrazione o della memoria, incapacità di trarre piacere dalle cose della vita, bassa stima di sé, insicurezza e senso di inadeguatezza, scarsa capacità di pensare al futuro e avere progetti, pensieri di morte;
- *sintomi ansiosi* generalizzati, somatici (ad esempio, dolori diffusi, tachicardia, tensione muscolare, ecc.) o panico (accesso di ansia improvviso, molto intenso, che si accompagna alla sensazione che qualcosa di brutto o catastrofico stia per capitare);
- *idee ossessive e compulsioni*;
- *disturbi del sonno*.

Stabilizzatori dell'umore

Come dice il termine stesso, hanno il compito di attenuare le fluttuazioni eccessive e improvvise dell'umore (depressione-euforia); inoltre, hanno la capacità di:

- contenere l'aggressività;
- regolare l'agitazione psicomotoria;
- ridurre l'impulsività.

Farmaci ansiolitici-ipnotici

Contemplano una serie molto estesa di molecole; la scelta dell'una o dell'altra dipende da:

- intensità dell'effetto desiderato (ovvero riduzione dell'ansia/induzione del sonno *versus* sedazione);
- durata di azione del farmaco, condizioni psicofisiche generali.

I sintomi target su cui agiscono sono, principalmente:

- sintomi dello spettro ansioso: ansia generalizzata, ansia somatizzata, attacco di panico;
- sintomi dello spettro ossessivo-compulsivo;
- deregolazione del ritmo sonno-veglia (difficoltà ad addormentarsi, numerosi risvegli durante la notte, sveglia anticipata).

Bibliografia

- Bardone-Cone A.M., Lin S.L. e Butler R.M. (2017), *Perfectionism and contingent self-worth in relation to disordered eating and anxiety*, «Behavior Therapy», vol. 48, pp. 380-390.
- Cipriano A., Cella S. e Cortufo P. (2017), *Non suicidal self-injury: a systematic review*, «Frontiers in Psychology», vol. 8, p. 1946.
- Claes L. e Vandereycken W. (2007), *Self-injurious behaviour: differential diagnosis and functional differentiation*, «Comprehensive Psychiatry», vol. 48, pp. 137-144.
- Couturier J., Isserlin L. e Lock J. (2010), *Family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: a dissemination study*, «Eating Disorders», vol. 18, pp. 199-209.
- Davis H. e Attia E. (2017), *Pharmacotherapy of eating disorders*, «Current Opinion in Psychiatry», vol. 30, pp. 452-457.
- Himmerich H. e Treasure J. (2017), *Psychopharmacological advances in eating disorders*, «Expert Review of Clinical Pharmacology», vol. 5, pp. 1-14.
- Hopwood C.J., Ansell E.B., Fehon D.C. e Grilo C.M. (2010), *Personality heterogeneity in female adolescent inpatients with features of eating disorders*, «Comprehensive Psychiatry», vol. 51, pp. 585-591.
- Klomek A.B., Lev-Wiesel R., Shellac E., Hadas A., Berger U., Horwitz M. e Fenning S. (2015), *The relationship between self-injurious behavior and self disclosure in adolescents with eating disorders*, «Eating Weight Disorders», vol. 20, pp. 43-48.
- Muehleck J., Richter F., Adamez L., Stauf B. e Bergere U. (2017), *Psychiatric and somatic comorbidities in eating disorders and obesity in female adolescent and adult inpatients*, «Psychiatrische Praxis», vol. 44, pp. 406-412.
- Shivola E., Keski-Rahkonen A., Dick D.M., Hoek H.W., Raevuori A., Rose R.J., Pulkkinen L., Marttunen M. e Kaprio J. (2009), *Prospective associations of early onset Axis I Disorders with developing eating disorders*, «Comprehensive Psychiatry», vol. 50, pp. 20-25.
- Stahl S.M. (2016), *Neuropsicofarmacologia essenziale. Basi neuro scientifiche ed applicazioni pratiche*, 4^a ed., Milano, Edi.Ermes.
- Treasure J., Claudino A.M. e Zucker N. (2010), *Eating disorders*, «The Lancet», vol. 375, pp. 583-593.

Topics

Unità 13

- ✓ La comorbidità psichiatrica nei DA è la regola, piuttosto che l'eccezione, e può precedere l'insorgenza dello stesso disturbo o accompagnarsi al suo decorso.
- ✓ Le manifestazioni di disagio psichico variano nell'adulto e nell'adolescente: in quest'ultimo l'osservazione accurata permette di capire se alcuni pensieri o comportamenti esprimano un quadro psicopatologico in evoluzione, che deve essere compreso e curato.
- ✓ La comorbidità psichiatrica va sempre trattata, indipendentemente dal DA, in quanto influenza il decorso e i processi di guarigione dal DA stesso.
- ✓ Il trattamento dei DA, soprattutto se si associa a un altro disturbo (dell'umore, d'ansia, della regolazione emotiva, della personalità, abuso di sostanze o alcolici), può includere nei vari passaggi terapeutico-riabilitativi anche l'uso di psicofarmaci.
- ✓ Gli psicofarmaci sono prodotti di sintesi in grado di influenzare la produzione, il rilascio e l'azione delle molecole (neuro-mediatori) attraverso cui le cellule nervose comunicano tra di loro; distorsioni nella comunicazione tra neuroni può alterare il funzionamento psichico e produrre sintomi psichici o comportamenti anormali.
- ✓ Gli psicofarmaci agiscono su specifici sintomi bersaglio.
- ✓ La terapia farmacologica richiede un attento monitoraggio medico con il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia.

Spunti di riflessione

Unità 13

1. È sempre necessario accostare un trattamento psicofarmacologico alle cure per i DA?

2. La terapia può dare dipendenza?

3. A chi è affidato il compito di gestire la terapia?
