

psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitiva e dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

Numero 2, Dicembre 2008

ISSN 2035-2328

CONTENUTI

Brigitte Kirchlechner	<i>Trauma e tecniche immaginative</i>	pag. 5-34
Alessandra Tronci	<i>Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata</i>	pag. 35-59
Mariangela Lanfredi	<i>Interventi anti-stigma: un progetto pilota</i>	pag. 60-89
Elena Lo Presti	<i>Psicoterapia cognitiva nel Childhood Traumatic Grief</i>	pag. 90-108

CASI CLINICI

Luca D'Errico	<i>Caso clinico Timoteo: un disturbo d'ansia sociale</i>	pag. 109-124
Antonella Cuna	<i>Un caso di Doc con episodi depressivi ricorrenti</i>	pag. 125-136

Direzione: Claudia Perdighe

COMITATO DI REDAZIONE

GRUPPO ETA' EVOLUTIVA E SCUOLA:

Carla Boselli, Alessandra Ciolfi, Simona Cirillo, Elisa De Matteis, Lina Pagliuca, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI D'ANSIA E DELL'UMORE:

Carla Boselli, Simona Cirillo, Martina Migliore, Alessandra Salvini, Rosamaria Sepe, Katia Tenore

GRUPPO DISTURBI DI PERSONALITÀ:

Ludovica Bedeschi, Brigida De Camillis, Anna Maria Di Filetto, Marta Lepore, Marianna Pacciolla, Mara Romiti, Rosamaria Sepe, Marzia Toscano

GRUPPO DISTURBI ALIMENTARI:

Nunzia Brusca, Elisa de Matteis, Marzia Toscano, Alessandra Salvini

GRUPPO STRUMENTI E TECNICHE:

Mara Romiti, Katia Tenore.

GRUPPO DISTURBI PSICOTICI:

Nunzia Brusca, Emanuela Celliti, Brigida De Camillis, Alessandra Ciolfi, Marta Lepore, Lina Pagliuca

Iscrizione ISSN 2035-2328

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it

www.apc.it e www.scuola-spc.it

psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di
Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva e
dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

PRESENTAZIONE

Psicoterapeuti In-formazione è una rivista scientifica on-line d'impostazione cognitivo-comportamentale la cui principale finalità vuole essere quella di fornire un agevole strumento di aggiornamento scientifico, uno spazio di dibattito per tutti coloro che studiano od operano nel settore della psicoterapia, ed una palestra per i colleghi in formazione.

Proprio questi ultimi rappresentano gli utenti privilegiati della rivista; riteniamo, infatti, che gli studenti delle scuole di specializzazione in psicoterapia di diverso orientamento potranno avvalersi con beneficio di questo strumento realizzato da specializzandi della Scuola di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale SPC – APC Roma.

Il comitato di redazione è costituito da un gruppo di studenti coordinati della dott.ssa Claudia Perdighe. Le funzioni del comitato riguardano: ricevere i contributi proposti; operare una selezione dei lavori costituiti da review di studi internazionali già pubblicati, da tesi di specializzazione in psicoterapia e da casi clinici pervenuti dagli stessi studenti; accogliere critiche e consigli che possano aiutarci a migliorare e ad avvicinarci di più alle esigenze dei nostri lettori. A questo fine, ci sembra necessario invitare gli studenti ad inviarci i loro contributi; daremo la preferenza a quei lavori con maggiore attenzione al rigore metodologico, ad una bibliografia aggiornata e che presenteranno argomenti rilevanti e ben sviluppati.

I lavori possono riguardare: rassegne e metanalisi di letteratura, studi clinici, clinico-sperimentali e di ricerca di base, così come studi approfonditi su casi singoli ma anche presentazioni di protocolli di ricerca e, soprattutto, protocolli e procedure di trattamento.

Per una più adeguata organizzazione della rivista, il comitato di redazione si è riservato di selezionare diversi temi clinici oggetto di interesse tra i quali: disturbi dell'età evolutiva e interventi nelle scuole, disturbi di personalità, disturbi psicotici, disturbi del comportamento alimentare, disturbi d'ansia e dell'umore, strumenti diagnostici.

Di norma i lavori vanno redatti in lingua italiana, ma sono ammessi i lavori scritti nelle tre lingue ufficiali dell'Associazione internazionale di Psicologia (Inglese, Francese, Spagnolo).

Inoltre, tutti gli specializzandi sono invitati a segnalare tutto ciò che potrebbe essere d'interesse per i colleghi: novità librerie, iniziative, convegni, siti internet ed attività internazionali.

Per chi desidera pubblicare su Psicoterapeuti In formazione il comitato invita ad inviare i propri contributi alla redazione.

Vi ringraziamo per l'attenzione, fiduciosi di condividere con voi l'entusiasmo di questa iniziativa.

Comitato di Redazione

Ludovica Bedeschi
Carla Boselli
Nunzia Brusca
Brigida de Camillis
Emanuela Celliti
Alessandra Ciolfi
Simona Cirillo
Anna Maria Di Filetto
Marta Lepore
Elisa de Matteis
Martina Migliore
Emanale Muscolo
Marianna Pacciolla
Lina Pagliuca
Mara Romiti
Alessandra Salvini
Rosa Maria Sepe
Katia Tenore
Marzia Toscano

Trauma e tecniche immaginative. Modelli di intervento nei disturbi causati da esperienze traumatiche

Brigitte Kirchlechner¹

¹Consulenza Psicosociale Caritas, Silandro (Bz)

Riassunto

Gli obiettivi di questo lavoro sono due: a) mettere a fuoco la problematica riguardante il trauma psichico e il suo impatto; b) illustrare le varie possibilità di trattamento psicoterapico, che attingono alla capacità immaginativa. Inoltre è di centrale interesse confrontare tra loro queste attuali diverse possibilità di trattamento, al fine di individuare le tecniche che promettono efficacia clinica.

Partendo dai criteri del DSM-IV, per il PTSD vengono presentate e discusse problematiche inerenti il disturbo posttraumatico da stress; PTSD di primo e di secondo tipo, problemi relativi alla prevalenza, fattori di rischio, aspetti neurologici e neurofisiologici, memorizzazione dell'evento traumatico, la complessità delle risposte e aspetti psicologici, fattori eziologici e Modelli operativi interni.

In una seconda parte saranno presentate tecniche immaginative per il trattamento del PTSD; Infine saranno riportati risultati di studi comparativi e meta analisi che permettono al lettore di avere un prospetto generale delle risposte cliniche al trattamento del PTSD.

Summary:

There were to objectives regarding this study: a) to focus on psychical trauma and its impact and b) to illustrate several methods of treatment regarding cognitive behavioral therapy basing on imaginative ability.

Furthermore, it was of interest to evaluate these techniques and possibilities of treatment and giving a perspective to characterize their clinical effectiveness.

Basing on the DSM-IV criteria of PTSD related stress disorders will be shown and discussed as for instance PTSD of first and second type, prevalence, neurological and neurophysiologic risk factors, memorization of the traumatic event, the complexity of answers and their psychological aspects, eziologic factors and internal operating models.

Part two of the study introduces imaginative techniques for treatment of PTSD. The final part of the study deals with comparative study results and meta analyses in order to give the reader a general idea of the clinical results regarding PTSD treatment.

Il concetto del trauma psichico

Nell' arco della storia umana si trova una vasta gamma di riferimenti a questa tematica nell' arte, nella musica e nella letteratura. Nella storia della psichiatria, che ha i suoi inizi nel 1800, si è discusso molto sul ruolo del trauma psicologico nella genesi di vari problemi psichiatrici. Le questioni alle quali si

cercava di trovare una risposta, riguardavano sin dall'inizio da un lato, il "trattamento" di questo "fenomeno" e dall'altro lato l'eziologia del trauma. Il trauma è di natura organica o psicologica? È l'evento stesso traumatizzante oppure l'interpretazione soggettiva? C'è, e che ruolo svolge una vulnerabilità preesistente? I soggetti soffrono di un'involontaria disgregazione delle capacità di affrontare la propria vita, oppure sono affetti di una "debolezza morale"?

La maggior parte delle questioni citate tutt'oggi sono senza risposta definitiva.

PTSD nel DSM-IV

Il quadro clinico e i criteri diagnostici del PTSD nel DSM-IV sono i seguenti:

- il soggetto, dopo un'esposizione ad un evento altamente traumatico (criterio A1)
- deve reagire a quest'evento con paura intensa, vulnerabilità ed impotenza o provare orrore (la risposta per i bambini può essere di comportamento disorganizzato o agitazione) (criterio A2)
- rivivere intrusivamente aspetti del trauma (criterio B)

evitare stimoli interni e/o esterni, associati con l'evento traumatizzante, oppure dimostrare una reattività generale "ottusa" (ottundimento della reattività generale) (criterio C).

- dimostrare cronicamente un'attivazione alterata a livello psicofisiologico, chiamato anche iperarousal (criterio D)
- la sintomatologia deve persistere per più di un mese (criterio E) e
- deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale o lavorativo (criterio F)

Nel DSM-IV gli eventi che possono essere definiti "traumatici" sono i seguenti:

- eventi accaduti direttamente alla persona: combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, scippo, rapina) rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, diagnosi di malattie minacciose ecc. Per bambini, gli eventi traumatici dal punto di vista sessuale possono includere le esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello sviluppo senza violenza o lesioni reali o minacciate
- eventi accaduti in qualità di testimoni come l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di un'altra persona dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro, o il trovarsi di fronte inaspettatamente a un cadavere o a parti di un corpo
- eventi di cui si è venuti a conoscenza: aggressione personale violenta, grave incidente, o gravi lesioni subiti da un membro della famiglia o da un amico stretto; il venire a conoscenza della morte improvvisa, inaspettata di un membro della famiglia o di un amico stretto; oppure il venire a conoscenza di una malattia minacciosa per la vita di un proprio figlio. Il disturbo può risultare particolarmente grave e prolungato quando l'evento stressante è ideato e perpetrato da altri esseri umani (esempio: tortura, rapimento)

I primi criteri “base” (criteri A1 e A2) del DSM IV implicano che per diagnosticare il PTSD bisogna innanzitutto chiarire se nella storia del soggetto è veramente individuabile un evento estremamente stressante, ed in secondo luogo, se il soggetto soddisfa anche i criteri B,C,D, E, F.

Gli eventi che vengono riconosciuti stressanti (criterio A1) sono ben precisati e devono essere talmente evidenti da poter indurre una sintomatologia in ogni persona.

Le condizioni “estreme” previste in letteratura sono state criticate frequentemente (Briere, 1997, Carlson, Dalemberg, 2000, Giannantonio, 2002). La definizione del concetto di trauma è piuttosto restrittivo, anche se il DSM - IV stesso specifica che tali situazioni potenzialmente traumatiche “non sono limitate a” quelle incluse nell’ elenco. Ma di fatto il DSM-IV tende a privilegiare sia una valutazione “oggettiva” degli eventi traumatici (eventi che la maggior parte delle persone vivrebbero come tali) che una visione dei traumi come eventi “discreti”, cioè facilmente individuabili, collocabili chiaramente nel tempo e nello spazio.

Ed è proprio rispetto a questi due assunti che partono le critiche, perché a quel punto tanti traumi non rientrerebbero in questa categoria e tante sintomatologie successive a tali eventi non potrebbero essere diagnosticati come tali.

Il concetto restrittivo del DSM-IV ripara dal rischio di etichettare come trauma qualunque evento “negativo”, cosa che farebbe perdere ogni utilità al concetto di trauma ma possiamo dire che il PTSD nel DSM-IV trascura eventi traumatici meno “spettacolari” da un lato e la soggettività del vissuto dall’altro.

Operando una classificazione meno serrata del concetto di trauma, si potrebbe, secondo Vecchiarelli (2007), far rientrare nella categoria degli eventi traumatici, sempre in funzione del modo in cui sono stati vissuti, i seguenti eventi:

- separazione e/o divorzio in età infantile
- condizioni protratte di abuso psicologico o incuria psicologica avvenute in ambito familiare o extrafamigliare (esempio durante fasi delicate dello sviluppo psicofisico, essere costantemente oggetto di scherno per caratteristiche fisiche)
- l’incapacità “cronica” delle figure genitoriali di sintonizzarsi emotivamente nei confronti dei bisogni di un figlio
- perdita del posto di lavoro
- vivere cronicamente in condizioni economiche precarie o disagiate

PTSD di primo tipo e di secondo tipo

Terr (1991 e 1994) propone una differenziazione dei tipi di traumi in trauma di tipo I e trauma di tipo II che in certi manuali di terapia vengono citati e ripresi come validi ed utili. Nel libro di Boos (2005), un manuale psicoterapico, vengono così descritti:

Trauma del tipo I	Trauma del tipo II
caratteristica: evento unico, inaspettato e di durata discreta	caratteristica: serie di eventi che sono connessi tra di loro oppure evento traumatico prolungato
esempio: stupro, grave incidente automobilistico, rapimento, disastri naturali	esempio: ripetuti maltrattamenti, come violenza sessuale o fisica nell'infanzia, ostaggio prolungato, ripetuta violenza di coppia, guerra NB: deve risultare l'incapacità da parte della vittima di porre fine al trauma o di evitarlo
conseguenze: frequente e vivida rievocazione dell'evento traumatico, remissione veloce della sintomatologia, buona prognosi di terapia	conseguenze: la rievocazione dell'evento traumatico è meno frequente, elevata tendenza alla dissociazione, presupposti e schemi interni altamente disfunzionali. Si tratta di PTSD complesso e prognosi di terapia peggiore/sfavorevole

Tabella I: Descrizione di traumi tipo I, tipo II (Boos, 2005)

Questa differenziazione dei due tipi di traumi non ci aiuta a inquadrare meglio il fatto della soggettività dell'esperienza traumatica, però serve a distinguere bene a priori quello che potrebbe essere un PTSD che va seguito con una terapia con approccio "riparativo" che mira ad un "levare" i sintomi tipici del PTSD, da un disturbo PTSD nel quale il lavoro terapeutico da svolgere sarà "generativo" (Giannantonio, 2002). A tale tipologia di PTSD si associano con relativa frequenza patologie variegata come disturbi dissociativi, disturbi di personalità e in generale la creazione di modelli operativi interni disfunzionali o scissi. (Briere, 1997; Liotti, 1994; Semerari, 2003). Per il trattamento del PTSD di secondo tipo allora non servirà tanto la desensibilizzazione nei confronti di specifici eventi traumatici (anche se può essere utile). Ma in questo caso l'approccio indicato dovrà mirare ad una ripresa dello sviluppo del sistema motivazionale dell'attaccamento, una integrazione di modelli operativi interni disfunzionali oppure un'integrazione del Sè in senso lato. (Wilson, Friedman, Lindy, 2001 in Gianantonio, 2002)

Problemi relativi alla prevalenza

Si può dire che la maggior parte degli autori colloca la prevalenza del PTSD intorno al 10 % della popolazione esposta ad un evento stressante (Brom et al., 1993 in Alexander, McFarlane, 2004).

Ma gli stessi autori annotano che i tassi di prevalenza vengono determinati da una serie di fattori, quali per esempio l' intensità dell' esposizione, dai fattori di rischio, nonché dai criteri di reclutamento dei diversi studi.

Importante mi sembra differenziare tra eventi traumatici di tipo I e di tipo II. Il tasso di prevalenza sopra citato si riferisce al PTSD di tipo I. Per il PTSD di tipo II, che egualmente può condurre a una serie di disturbi psichiatrici e non, e può generare patologie a lungo termine, come disturbi di personalità, disturbi dissociativi, disturbi alimentari, l'abuso di sostanze, l'automutilazione (van der Kolk, 2004) la prevalenza non è valutabile.

Fattori di rischio

Gli studi che cercano a individuare i fattori di rischio hanno potuto evidenziare alcuni fattori per l'età adulta (Brewin et al. , 2000).

I fattori hanno valore predittivo e si possono distinguere in fattori di rischio che si riferiscono all' insorgenza in una certa popolazione, in fattori di rischio che si riferiscono all' intensità dello sviluppo del PTSD ed in fattori di rischio che costantemente possono predire un PTSD.

Per le tre categorie sono state rilevate i seguenti fattori di rischio:

Fattori di rischio che si riferiscono all' insorgenza in una certa popolazione,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sesso femminile, ▪ inizio precoce della traumatizzazione, ▪ minoranza etnica
fattori di rischio che si riferiscono all' intensità dello sviluppo del PTSD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ basso stato socio - economico ▪ basso livello di intelligenza ▪ basso livello culturale ▪ altri traumi subiti in precedenza ▪ altri fattori negativi nell' infanzia ▪ fattori stressanti dopo il trauma ▪ mancanza di sostegno dopo l'evento traumatizzante ▪ ulteriori fattori stressanti
fattori di rischio che costantemente possono predire un PTSD.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ anamnesi psichiatrica antecedente ▪ anamnesi psichiatrica antecedente di uno dei familiari ▪ abuso/ maltrattamenti nell' infanzia

Tabella 2: Fattori di rischio per lo sviluppo di un PTSD in adulti (Boos, 2005)

Altre variabili per lo sviluppo di un PTSD riportate in letteratura sono: risposta soggettiva all' evento stressante (condizioni di salute della vittima nei mesi successivi all' evento), il supporto o risorse sociali attive dopo l'evento e le variabili personali della vittima come: età precoce, variabili genetiche, elevata reattività psicosomatica, bassa autostima, la precedente esposizione a traumi, relazioni familiari disfunzionali. (Arieh Y. Shalev, 2004, Vecchiarelli, 2002).

Aspetti neurobiologici e neurofisiologici

Negli studi sul PTSD gli aspetti neurobiologici sono di centrale interesse. C'è ormai una conoscenza abbastanza precisa su questo aspetto che ci dà informazioni almeno preliminari sia per la comprensione del disturbo, che per il trattamento clinico. Vari autori infatti hanno dimostrato che la risposta a traumi di vario tipo è "...di natura molto complessa: l' ipermnesia, l'iperreattività agli stimoli e la riesperienza traumatica coesistono con l' intorpidimento psichico, l' esitamento, l' amnesia e l' anedonia"

(Horowitz, 1978 in van der Kolk, 2002).

I dati riguardanti gli aspetti neurobiologici che quelli neurofisiologici si possono considerare come conoscenze ormai abbastanza consolidate.

Ci sono conferme solide di effetti significative ai diversi livelli descritti nella tabella 3

In conclusione quindi si può considerare come paradigma attuale: individui affetti da PTSD soffrono d' eccettibilità fisiologica elevata in risposta a suoni, immagini e pensieri connessi a specifici eventi traumatici (van der Kolk, 2004) . Vi sono alterazioni significative del ritmo cardiaco, della conduttività cutanea e della pressione sanguinea (Blanchard et al. , 1986, Pitman, Orr et al., 1987 in van der Kolk, 2004).

Secondo gli studi di Pitman (Pitman et al. 1993 in van der Kolk, 2004) le reazioni autonomiche molto elevate indicano con quale intensità e persistenza questi ricordi continuano ad influenzare l' esperienza attuale.

Lang è riuscito a dimostrare che le immagini mentali ad alto contenuto emotivo sono accompagnate da un aumento dell' attività del sistema nervoso autonomo. Lang avanza l' ipotesi che i ricordi emotivi vengono immagazzinati come "network associativi" che consistono in elementi sensoriali dell' esperienza e vengono riattivati quando il soggetto si trova ad affrontare delle situazioni che stimolano un numero sufficiente degli elementi che li compongono (Lang P.J.,1979 in van der Kolk, 2004).

Gli studi di Kolb hanno dimostrato che una stimolazione eccessiva del sistema nervoso centrale (SNC), tipica per l' esperienza traumatica, può provocare mutamenti neuronali che influenzano negativamente il processo di apprendimento, di assuefazione e di discriminazione degli stimoli (Kolb, 1987 in van der Kolk, 2004).

La spiegazione di tutti gli effetti neurobiologici e neurofisiologici elencati nella tabella II spezzerebbe la cornice di questo lavoro. Tuttavia l' ampia portata di questi effetti a livello psicopatologico e/o psicologico mi appare di primaria importanza, a partire dall' impatto che le esperienze traumatiche possono avere sui Modelli operativi interni (MOI), fino agli aspetti comportamentali.

Memorizzazione dell' evento traumatico e tipi di memoria

Per capire la modalità della memorizzazione del trauma, è utile tenere presente quello che la psicologia generale ha potuto osservare ed accertare sulla memoria, ovvero sui tipi di memoria.

1. Psicofisiologici	
A.	Risposte autonome SNA estreme a stimoli che rievocano il trauma
B.	Iperreattività a stimoli intensi ma neutrali (perdita della discriminazione degli stimoli)
a)	mancata assuefazione della risposta acustica d' allarme
b)	risposta sottosoglia alle intensità sonore
c)	pattern elettrico ridotto nei potenziali corticali collegati all' evento
2. Neuro- ormonali	
A.	Noradrenalina (NA), altre catecolamine
a)	catecolamine urinarie elevate
b)	aumento della risposta metabolita NA plasma alla yohimbina
c)	sottoregolazione dei ricettori adrenergici
B.	Glucocorticoidi
a)	diminuzione dei livelli di glucocorticoidi inattivi
b)	diminuzione della risposta glucocorticoide allo stress
c)	sotto-regolazione dei recettori glucocorticoidi
d)	ipersensibilità al desametasone a basso dosaggio
C.	Serotonina
a)	diminuzione dell' attività della serotonina negli animali traumatizzati
b)	migliori risposte farmacologiche agli inibitori d'assorbimento della serotonina
c)	Oppiodi endogeni
a)	aumento della risposta oppioide a stimoli che ricordano il trauma
b)	condizionabilità dell' analgesia indotta da stress
D.	Ormoni diversi, effetti sulla memoria
a)	NA, vasopressina: consolidamento dei ricordi traumatici
b)	Ossitocina, oppiodi endogeni: Amnesie
3. Neuro anatomici	
A.	Diminuzione del volume dell' ippocampo
B.	Attivazione dell' amigdala e delle strutture connesse durante il flashback
C.	Attivazione delle aree sensoriali durante il flashback
D.	diminuzione dell' attivazione dell' area Broca durante il flashback
E.	marcata lateralizzazione dell'emisfero destro
4. Immunologici	
A.	Aumento del rapporto CD 45 RO/RA

Tabella 3: Anormalità psicobiologiche nel PTSD (van der Kolk, 2004)

Tipi di memoria:

Oltre al differenziare tra memoria implicita (contenuti memorizzati non “coscienti”) ed esplicita (contenuti i quali sono memorizzati “coscientemente”) (Spuire & Zola Morgan, 1991 in Zimbardo & Gerrig, 1999) la psicologia generale, distingue fra i seguenti tipi di memoria:

- Memoria semantica:

La conoscenza in generale che possediamo come esito di processi di astrazione e generalizzazione a partire da episodi specifici; composta di

schemi, modelli, paradigmi, proposizioni, programmi, script. Questa memoria inizia a svilupparsi durante il secondo anno di vita mentre la memoria episodica non si sviluppa fino ai tre anni circa di età.

- Memoria episodica:

È rappresentata dalle nostre memorie personali composte di fatti, distinte dalla conoscenza generale. Secondo alcuni autori, la distinzione rispetto alla memoria semantica è essenzialmente di convenienza concettuale, in quanto non rappresenta un vero sistema separato dalla memoria semantica. Da un punto di vista clinico invece, questa distinzione è molto euristica. La memoria autobiografica è un tipo di memoria episodica.

- Memoria di lavoro:

Diversa da tutte le altre in quanto non si tratta di un magazzino di informazioni, ma piuttosto di un processo corticale di integrazione di informazioni generate da altre parti del cervello. Questa distinzione, tuttavia, è relativamente opinabile. Si differenzia dagli altri sistemi, essendo interamente processuale e dipendente dagli altri sistemi di memoria. Probabilmente ha luogo nella corteccia prefrontale (Schacter et al., 1994), ma sembra coinvolgere anche l'ipotalamo.

- Memoria procedurale:

Il tipo di memoria più ampiamente rappresentata; si occupa, - esemplificando - di ogni cosa che è più facile “fare” e “mostrare” piuttosto che dire. Esempi sono:

- abitudini ed abilità acquisite (per es. annodare, guidare una macchina, etc.)
- azioni riflesse, risposte di condizionamento classico
- modalità di gestione ed espressione delle emozioni
- configurazioni di comportamento interattivo
- modalità di reazione a situazioni di minaccia e incolumità (fisica e psicologica)

Questa memoria si sviluppa prima della memoria episodica. Rispetto alla memoria semantica presenta però minore flessibilità, correggibilità, accessibilità, analisi sequenziale, reperibilità verbale.

Una parte sostanziale ed autorevole della letteratura sui disturbi post-traumatici supporta abbondantemente l'ipotesi che la fonte della sofferenza siano essenzialmente i nuclei/elementi frammentati della percezione dell'evento, che erano troppo “forti” per essere elaborati e archiviati nella

memoria autobiografica (o episodica). Questo comporta che i frammenti di percezione non seguono le regole di una rievocazione “volontaria” o gestibile ma, - come è tipico per la memoria procedurale, - si rievocano con una relativa “autonomia” causando una riattivazione neuronale che il paziente sente come attivazione fisiologica.

Un’ ulteriore complicazione è data dal fatto che i “vissuti traumatici” non sempre sono memorizzati nella memoria esplicita ma piuttosto in quella implicita; questo avviene spesso in pazienti adulti, traumatizzati e abusati da bambini che, avendo “dissociato”, non hanno accesso diretto e cosciente all’evento traumatizzante.

La complessità delle risposte

“Il trauma può colpire le vittime a qualunque livello di funzionamento: biologico, psicologico, sociale e spirituale.... “ (van der Kolk et al. 1996) Gli studi di Greene et al. (1992), Davidson et al. (1991) dimostrano che il PTSD presenta un alto livello di comorbidità con i disturbi dell’ umore, disturbi dissociativi, disturbi d’ ansia, con l’abuso di stupefacenti e con le patologie del carattere.

Nonostante la vasta gamma di risposte soggettive/individuali agli eventi traumatici, si può individuare e delineare una serie di sintomi che possono far seguito ad un’ esperienza traumatica.

La riesperienza intrusiva. I ricordi dell’ evento traumatico possono essere altamente intrusivi, ripetitivi, sempre uguali e possono esprimersi in forma di flashback, incubi, riattualizzazioni interpersonali, sensazioni somatiche, stati affettivi e/o temi di vita pervasivi (van der Kolk et al. , 2004). La “riesperienza“ non avviene sempre in uno stato di piena conoscenza, ma può manifestarsi a vari livelli di coscienza: a) in mancata conoscenza b) in stati di fuga quando i rivissuti avvengono in uno stato di coscienza alterato c) “...essere sotto forma di frammenti di percezione monolitici e separati che irrompono nella coscienza” (van der Kolk, 2004) d) in fenomeni di transfert in cui l’ eredità traumatica viene rivissuta come destino ineluttabile e) nell’ espressione parziale ed esitante dell’esperienza come narrazione insopportabile (van der Kolk et al. , 2004).

Iperreattività autonoma. Le risposte fisiologiche nelle persone affette dal PTSD sono condizionate a reagire agli stimoli evocatori del trauma con la reattività autonoma dell’ emergenza mettendo in allerta l’organismo. Ma proprio questa facile attivazione rende i soggetti incapaci di fidarsi delle loro sensazioni per prepararsi in maniera adeguata. L’aumento della stimolazione autonoma, che può essere suscitato da uno stimolo attivante ma anche solo dell’ ansia stessa, interferisce non solo con il benessere psicologico ma può anche scatenare reazioni inadeguate alle necessità.

Ottundimento della sensibilità. I soggetti traumatizzati sembrano impiegare le loro energie per evitare le sensazioni interne che provocano stress o a controllare le proprie emozioni. In questo modo tendono ad affrontare l’ ambiente con ritiro emotivo ovvero con ottundimento emotivo (in forma di depressione, anedonia, mancanza di motivazione, reazioni psicosomatiche, stati dissociativi).

Reazioni emotive intense. I soggetti traumatizzati perdono la capacità di regolare gli affetti. La risposta affettiva è immediata, senza che il soggetto possa comprendere la cosa che lo turba. I soggetti provano intense sensazioni di paura, ansia, rabbia e panico, anche di fronte a stimoli di lieve entità. Il paziente, di conseguenza, ha una reazione eccessiva oppure, per evitare ciò, si chiude completamente e/o si isola. Sia bambini che adulti che soffrono di questa iperreattività, facilmente sviluppano un disturbo del sonno e/o difficoltà di concentrazione.

Difficoltà di apprendimento. In seguito alle difficoltà di concentrazione e all' iperreattività fisiologica, i soggetti frequentemente sviluppano la mancanza di capacità di apprendimento dall' esperienza. Sono stati osservati anche perdite di modalità di coping dello stress elaborate in precedenza e assunzioni di modalità di coping regredite.

Disturbi della memoria e dissociazione. Da una parte possiamo individuare l' ipermnesia dell' evento traumatico che, come ricordo intrusivo si ripete nel tempo. Dall' altra parte si possono individuare sindromi amnesiche relative all' evento traumatico che possono essere parziali o complete. La dissociazione in questo caso è "capacità psicologica" (Reddeman, Dehner –Rau, 2004) usata per fronteggiare l' insopportabilità dell' evento. Putman (1989) scrive che i bambini esposti a traumi gravi e/o prolungati possono organizzare interi tratti di personalità per far fronte alle esperienze traumatiche.

Aggressione contro di sé ed altri. Studi hanno evidenziato che soggetti affetti dal PTSD rivolgono verso altri o verso se stessi l' aggressione subita. Maltrattamenti durante l' infanzia sono un forte fattore di rischio per lo sviluppo di atteggiamenti aggressivi contro sé stessi oppure verso altri. Comportamenti aggressivi sono stati ben documentati anche nei veterani di guerra (Lewis 1990, 1992)

Reazioni psicosomatiche- Tanti pazienti affetti da PTSD vivono lo stress (ansia, arousal elevato, rabbia) a livello fisico e non come stato psicologico (Saxe et al., 1994) . Soffrono di alessitimia, dell' incapacità di identificare, articolare e tradurre le sensazioni somatiche in sentimenti elementari quali rabbia o paura. Secondo Krystal, (1978) e Pennebaker (1993) è proprio la loro ansia "cronica" ma anche l' ottundimento emotivo ad ostacolare la capacità di riconoscere gli stati emotivi interni.

Aspetti psicologici, fattori eziologici e Modelli Operativi Interni

Per avere una visione chiara sull' impatto che gli eventi traumatizzanti possono aver sulla vita psichica delle vittime ci si può riferire ai seguenti modelli:

- a) il modello di Ehlers e Clarks (fattori di mantenimento)
- b) il modello dei fattori eziologici (transizione dallo stress al disturbo) di van der Kolk et al.,
- c) gli studi di vari autori che in patologie psichiche hanno individuato eventi traumatici significativi e che hanno cercato di spiegare in che modo questi eventi abbiano potuto costituire un forte impatto per tutto il funzionamento psichico in termini di Modelli Operativi Interni (MOI) e/o in termini di schemi cognitivi interni

Fattori di mantenimento

Il modello costruito da Ehlers und Clark (2004) si riferisce al circolo vizioso che si istaura dopo “l’interpretazione” di un evento traumatico e dà il via ad un PTSD cronico.

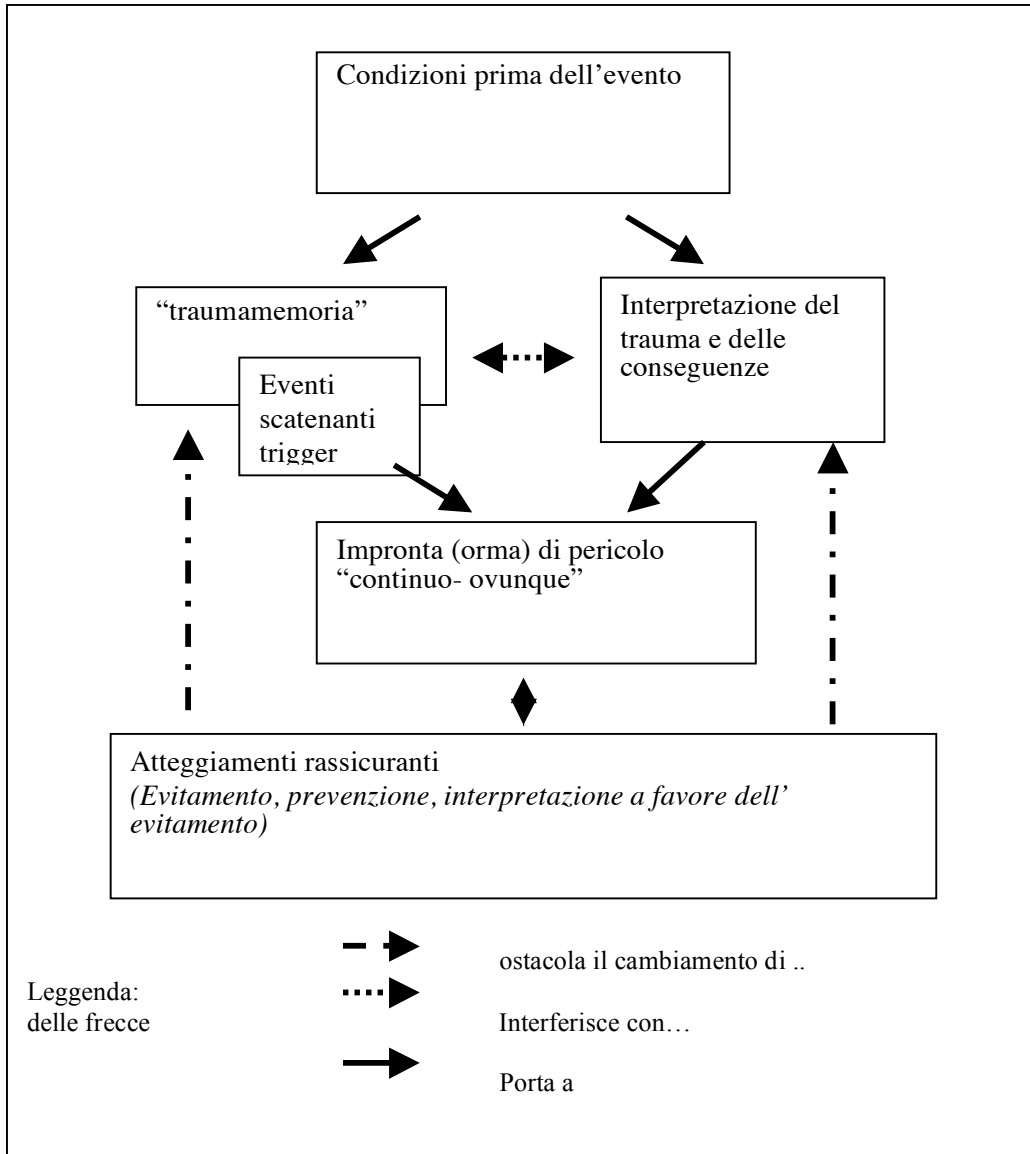


Figura 1. Modello cognitivo per il PTSD cronico secondo Ehlers e Clark (2000)

Il modello spiega come l’evitamento degli stimoli (a livello cognitivo e comportamentale) sia responsabile per il mantenimento del disturbo. A causa di quest’evitamento la vittima è ostacolata nel correggere l’interpretazione disfunzionale della realtà attuale, che è ormai “senza pericolo”. Gli autori si basano sulla conoscenza, condivisa dalla maggior parte degli autori, che l’esperienza di ansia intensa (insopportabile, annientante) stia alla base del disturbo, e che questa esperienza abbia il suo risvolto nell’ambito clinico a causa di tre componenti:

- la tipologia della memoria traumatica

- l'interpretazione disfunzionale del trauma e delle conseguenze
- il comportamento fortemente evitante di situazioni "stressanti" e l'attivazione di comportamenti rassicuranti che a loro volta sono responsabili della non – correzione dell'interpretazione disfunzionale dell'evento.

Gli autori fanno riferimento alla ri- esperienza intrusiva, che ha carattere di "qui ed ora", che viene ricordata sensorialmente, che può avvenire senza stimoli connessi direttamente all'esperienza traumatica (per questo possiamo parlare di una "miriade" di stimoli attivanti).

Ehlers e Clark integrano anche le conoscenze relative ai diversi tipi di memoria specifica e annotano che le caratteristiche e specificità della memoria implicita e di quella procedurale sono responsabili della riesperienza intrusiva e della reattività autonoma.

Fattori eziologici

Il modello di van der Kolk (2004) sottolinea come non sia l'evento traumatico in sé che produce il trauma, ma il pattern allo stress acuto innescato dall'evento.

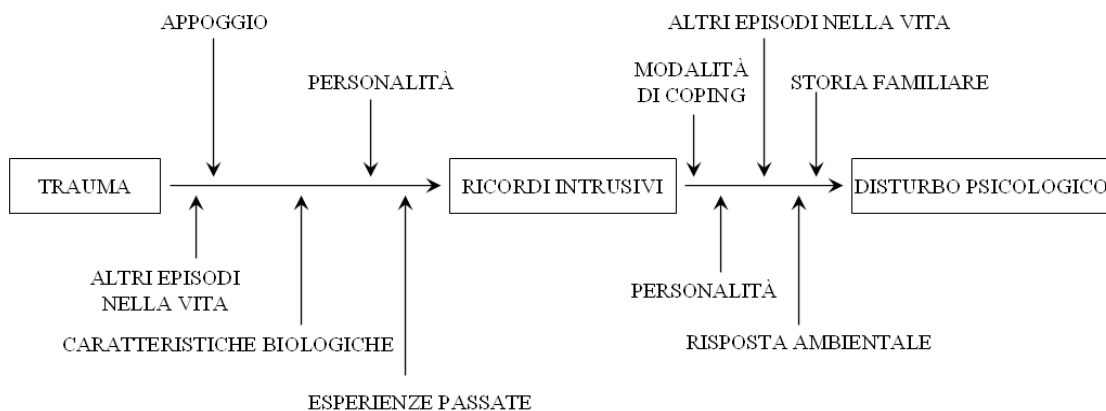


Figura 2. Fattori eziologici che influenzano la transizione dallo stress al disturbo conseguente al trauma (van der Kolk, 2004)

Lo stress è la reazione comune all' orrore, al senso di impotenza e alla paura (van der Kolk, et al., 2004)

Gli autori van der Kolk, MC Farlane e Weisaeth suddividono il decorso in:

- risposta acuta da stress
- risposta cronica all' evento traumatico
- adattamento dell' individuo alla necessità di convivere con lo stato sintomatico cronico del PTSD

Il modello di van der Kolk et al. mette in evidenza che anche molti altri fattori come le modalità di coping, la personalità, altri episodi nella vita, la storia familiare e la risposta ambientale influiscono sullo sviluppo del PTSD. Tutti questi fattori non solo danno il loro "contributo", ma interagiscono tra di loro nel processo dell' evolversi del disturbo psicologico.

Modelli Operativi Interni e/o schemi interni significativi

Il concetto di Modelli Operativi Interni ha origine nella tradizione psicologica costruttivista. Sottolinea il fatto che gli esseri umani sono produttori di senso e che essi “organizzano il loro mondo in base a una teoria della realtà che in parte è cosciente, in gran parte rappresenta un’ assimilazione inconscia delle esperienze accumulate” (van der Kolk, 2004, Janet,1889, Freud 1920, Horowitz,1986, Pennebaker, 1992).

Soggetti affetti da PTSD sviluppano profonde distorsioni nel modo in cui elaborano le informazioni perché restringono il loro campo di attenzione alle potenziali fonti di minaccia (Kardiner, 1941). Questa nota è sostenuta tutt’oggi dalla maggior parte degli autori; MC Farlane, Weber e Clark, Krystal, van der Kolk per nominare solo alcuni.

Negli ultimi decenni le conoscenze sul ruolo del trauma infantile nei disturbi di personalità in età adulta (Herman et al. ,1989), ad esempio per il disturbo borderline di personalità o in altri disturbi complessi, hanno incrementato l’interesse verso le conseguenze a lungo termine del trauma infantile sulla futura personalità adulta. Affermano van der Kolk, MC Farlane e Weisaeth che un trauma avvenuto nell’ infanzia pone le basi per una serie di disturbi psichiatrici, come il disturbo borderline di personalità (Herman et al. 1989) il disturbo di somatizzazione (Saxe, 1994), i disturbi dissociativi (Rosse et al. 1990, Saxe et al. 1993) , l’ automutilazione (van der Kolk et.al., 1991) , disturbi alimentari (Herzog et al. 1993) e l’ abuso di sostanze (Abueg et al. ,1991). Non c’è però connessione diretta tra trauma e disturbo psichiatrico. I fattori sopra descritti, come le modalità di coping, la personalità del soggetto, altri episodi nella vita, la storia familiare e la risposta ambientale fanno sì che i pazienti sembrano organizzare gran parte della propria vita attorno a schemi ripetitivi di riattivazione e di allontanamento di ricordi, sollecitazioni ed affetti traumatici.

Molteplici scritti sembrano condividere il fatto che la qualità del legame con i genitori è l’ elemento più importante nel determinare possibili danni a lungo termine nei bambini esposti ad eventi stressanti (van der Kolk et al. 1994).

Inoltre vi è discussione sul possibile ruolo dei comportamenti poco sintonizzanti da parte di genitori nei confronti dei loro figli (causa di attaccamento disorganizzato /insicuro) (Bowlby,1988) come evento traumatizzante prolungato nel senso di “stress emotivo”. Inoltre si discute, se eventi traumatizzanti in soggetti con attaccamento insicuro/e /o disorganizzato siano solo condizioni sfavorevoli rispetto all’ elaborazione e integrazione funzionale dell’ evento traumatizzante. (Liotti, 2003, Semerari, 2005, Young et al. 2005). “È auspicabile”, scrive van der Kolk, “che nel futuro la ricerca e la pratica clinica siano guidate da una più piena comprensione della complessa interazione tra processi evolutivi e stress traumatico.” (van der Kolk, 2004).

I diversi concetti di: Schemi Interni, Inner-Working- Models, Early Maladaptive Schemas, Modelli operativi interni (MOI), hanno tutti in comune l'assunzione che uno schema mentale disfunzionale sia responsabile per l'innescare del disturbo psichico con tutte le sue conseguenze a livello comportamentale. Questi concetti possono aiutare a inquadrare e a delineare ciò che nella mente di un soggetto può instaurarsi come conseguenza di eventi stressanti soprattutto se prolungati o ripetuti nel tempo.

Entrando in questa logica e riprendendo il concetto di PTSD di I e di II tipo, è sensato delineare in grandi linee una diversità di approccio nel trattamento dei disturbi del PTSD.

Per la "vittima" del PTSD di tipo I saranno meno importanti l'elaborazione dei molteplici schemi interni significativi connessi tra di loro e che si compromettono a vicenda, oppure dei MOI, poco integrati o in contraddizione tra di loro. Ma sarà di fondamentale utilità l'intervento a livello di rielaborazione mentale e la riformulazione della "pericolosità" attuale.

Per soggetti affetti di PTSD di tipo II il lavoro "terapeutico" consisterà pure nell'elaborazione mentale dell'evento e di una riformulazione della "pericolosità" attuale, ma anche e soprattutto nelle riformulazioni dei MOI e/o degli schemi cognitivi interni significativi.

Nel capitolo seguente si cercherà di delineare come con l'aiuto di tecniche immaginative si possono affrontare i sindromi del PTSD.

Le tecniche immaginative riportate riprendono l'evento traumatico e lavorano su di esso; ma non si limitano a questo, danno anche possibilità di lavorare sui Modelli Operativi Interni.

Tecniche immaginative

La parola "immagine" può avere più significati. Nel nostro caso ci interessa il significato: "rappresentazione nella mente di cosa vera o fittizia per mezzo della memoria o della fantasia" (Dizionario Garzanti della lingua Italiana, 1995).

Tecniche psicoterapeutiche che attingono all'immagine sono presenti in tutta la storia della psichiatria moderna. L'approccio lavora con la produzione immaginaria del soggetto.

L'idea è di "elaborare" o di lavorare con la capacità umana di figurarsi nella mente, di concepire con la fantasia e di inventare una realtà interiore – immaginaria.

Tecniche che lavorano con questa capacità mentale sono presenti in più orientamenti psicoterapeutici, nell'approccio psicodinamico, nella Analisi Transazionale, nella Gestalt ecc.

L'idea di affrontare i problemi del paziente tenendo conto non solo dell'aspetto cognitivo e comportamentale, ma dando importanza al lavoro a livello della visualizzazione mentale è presente anche all'interno delle scuole cognitive-comportamentali.

Nomi noti, in Italia, nell'orientamento cognitivo-comportamentale sono Giannantonio e Poeiero, in ambito germanico sono: Lammers, Ehlers, Sachsse, Wöller, e Reddemann. Quest'ultima deriva da un

orientamento psicodinamico ma è collaboratrice in molti scritti che si occupano di tecniche immaginative con orientamento cognitivo comportamentale.

In questo paragrafo si cercherà di inquadrare le possibilità di trattamento di pazienti traumatizzati con tecniche immaginative che sono integrabili nella cornice di un orientamento cognitivo-comportamentale.

L'obiettivo è di delineare brevemente una rassegna delle tecniche più frequenti e usate, paragonare tra di loro i principali concetti di lavoro ed infine discutere quello che ad oggi gli studi e le metaanalisi hanno potuto evidenziare sull'efficacia dei trattamenti nell'ambito psicotraumatologico.

Nel trattamento Cognitivo - Comportamentale le tecniche immaginative aprono la possibilità di confutare valutazioni disfunzionali peri- e postraumatiche e facilitare così l'integrazione dell'evento traumatico nella memoria autobiografica.

Normalmente vengono applicate durante una elaborazione di confronto con il ricordo dell'evento traumatico e del suo momento più drammatico e difficile. Si punta su due obiettivi: facilitare con l'aiuto del lavoro immaginativo una integrazione della memoria traumatica in una visione più funzionale; recuperare, tramite la costruzione di immagini di rielaborazione e di superamento della situazione drammatica, un'interpretazione più funzionale dell'evento e delle sue conseguenze (Boos, 2005)

Sembra che queste tecniche abbiano una rilevanza particolare nel trattamento del PTSD perché attraverso il lavoro a livello immaginativo " ...attivano quel canale visuale, che è contaminato dalle intrusioni..." (Boos, 2004). Ciò è plausibile, tenendo conto dal fatto che "immaginando" sono attivate aree cerebrali diverse rispetto a quando siamo coinvolti in processi mentali razionali.

Le tecniche immaginative sembrano aprire veramente la possibilità di modificare sia il ricordo doloroso che la sua interpretazione in un modo più adattivo e funzionale.

Rational Emotive Imagery (REI)

La Rational Emotive Imagery è una tecnica specifica, "classica" tra i metodi di intervento che fanno parte del patrimonio della Rational Emotive and Behavioral Therapy (Baldini, 1998).

La REI è da attribuire senza dubbio alle tecniche emotive della REBT, e all'interno di questa viene fatto ampiamente uso di essa.

Gli autori che hanno sviluppato e applicato questa tecnica, sottolineano l'importanza della capacità immaginativa nello sviluppo e nel mantenimento di convinzioni disfunzionali (Beck, 1976, Lazarus, 1973,) altri hanno dimostrato che l'uso di tecniche ipnotiche hanno maggior effetto quando il soggetto viene invitato ad integrarvi cognizioni più funzionali, antecedentemente elaborate (Katz, 1979, Diamond, 1977).

La REI è una tecnica che viene usata come integrazione negli altri metodi cognitivi. Mira ad una miglior integrazione ed assunzione di "elaborati" mentali più funzionali. Ovvero cerca ad aiutare il paziente ad integrare aspetti emotivi nelle nuove interpretazioni cognitive, elaborate con il terapeuta.

Si possono distinguere due metodi di condurre la REI, quello di Ellis&Harper o quello di Maultsby (chiamato anche immaginazione positiva). Quest'ultimo lavora meno sul tentativo di "cambiare" le emozioni negative. Lavora più sull' abbinamento delle emozioni con le nuove cognizioni elaborate precedentemente. Ambedue le modalità iniziano con un rilassamento breve e vanno ripetute a casa come home-work.

Dando più spazio agli aspetti emozionali e immaginativi sembra che per il PTSD possa essere più indicato il metodo di Ellis &Harper.

Dopo un rilassamento breve si chiede al paziente:

- di rivivere la situazione avversa conducendolo nella sua immagine
- a concentrarsi sulla emozione negativa provata e ad portarla fino ad un livello estremo
- eseguito questo, si chiede al paziente di cambiare energicamente l'emozione da insopportabile e penosa ad adeguata ed accettabile. L'adeguatezza e/o la sopportabilità costituiscono gli obiettivi precedentemente elaborati con il paziente come scopo dell' intervento.

La Rei in questo mira ad un radicale cambiamento dell' emozione provata nei confronti allo stimolo (ricordo) attivante / avversivo. Questo cambiamento deve essere ripetuto come home work, in modo che questa nuova emozione si instauri veramente nel paziente.

Imagery Rescripting and Reprocessing –Therapy (IRRT)

La Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy è una tecnica la quale conoscenza in ambito anglosassone ma anche germanico è abbastanza diffusa e al cui proposito esiste un elevato numero di pubblicazioni. Anche nell' orientamento di Terapia Cognitivo Comportamentale Italiana (specialmente nel 1° centro della scuola Cognitiva Comportamentale di Roma) la tecnica è studiata ed applicata.

La IRRT è stata sviluppata in primo luogo per pazienti vittime di abusi fisici e/o sessuali ed è stata riportata per prima in bibliografia psicologica di orientamento psicodinamico.

È merito di Smucker M. R.(1999), Dancue C.V., Gunnert B.K. e WeisJ.M. ed altri di aver fornito e formulato le basi teoriche per una lettura in termini cognitivo- comportamentali. Sviluppando le premesse teoriche, consolidando il processo in concetti cognitivi e comportamentali, sono riusciti ad inquadrare su che base e in quali termini e modi questa tecnica, collocata in una cornice di terapia Cognitivo Comportamentale può essere applicata ed aver notevoli risultati non solo psicoemozionali ma anche a livello di "rilettura" e di integrazione nell'autobiografia del paziente.

Gli scopi di un' intervento con IRRT

- Riduzione della sintomatologia intrusiva
- Modificazione dell' evitamento di stimoli relativi al trauma
- Sostituzione del ricordo traumatico con un ricordo di superamento
- Modificazione degli schemi disfunzionali relativi al trauma

- Miglioramento delle capacità di regolazione emotiva, capacità di auto-tranquillizzazione e di cura di sé stessi
- Riduzione della sintomatologia dell'alterazione dell'arousal (Boos, 2005)

La IRRT è in sintesi una tecnica di confronto durante la quale si utilizza le capacità immaginative. L'immaginazione in questo caso non è completamente libera, ma viene guidata o meglio diretta dal terapeuta, il quale aiuta il paziente di "immaginarsi" altri possibili "fine-storia", altri decorsi dell'evento. Questo facilita al paziente una "rilettura" dell'evento con le capacità mentali ed emotive del presente (discusse ed apprese nel decorso della terapia). In questo modo il paziente riesce ad relazionarsi diversamente al proprio vissuto ed a elaborare Modelli operativi interni e schemi interni significativi più realistici.

L'intervento della IRRT viene fatta in una sequenza precisa, lo schema grafico riportato, visualizza interventi, scopi e decorso. Si possono individuare tre fasi, tutte tre vengono eseguite in una seduta.

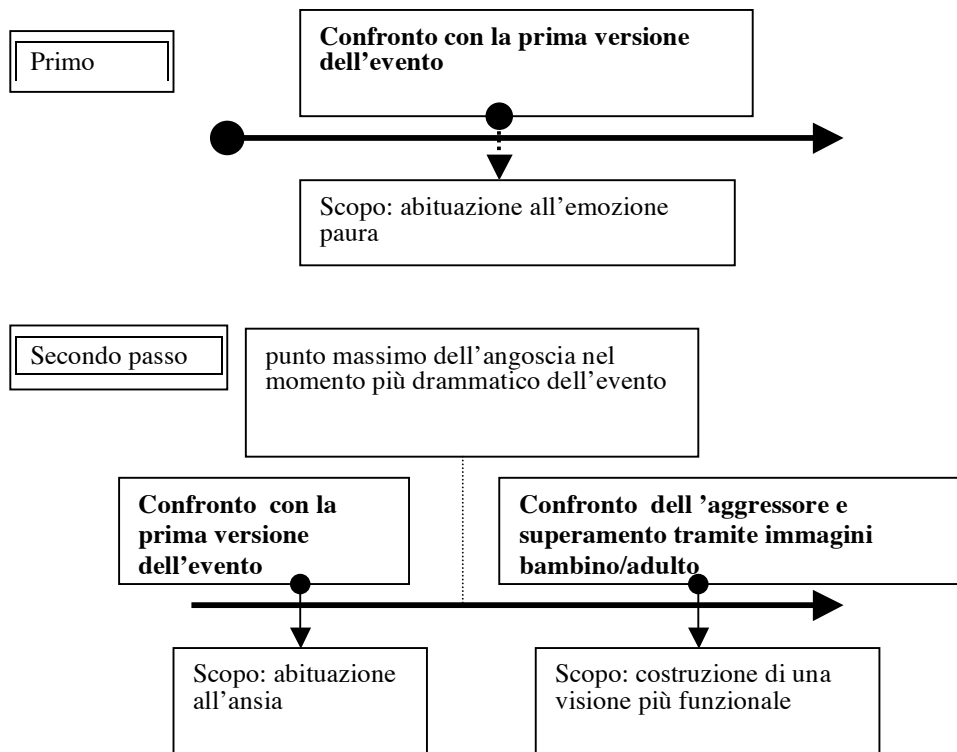


Figura 3. Schema grafico del decorso dell'IRRT (Boos, 2004)

Scopo sostanziale di questa tecnica è sostituire il ricordo dannoso (essere indifeso, inerme, impotente e perdita di controllo) con uno "nuovo", rielaborato attraverso una riscrittura dell'evento costruito tramite l'immaginazione .

Se questa tecnica è una tecnica sviluppata per pazienti traumatizzati nell'infanzia, quello che a mio parere rimane punto di discussione è il dato di fatto che tanti di questi pazienti non evitano affatto oppure solo apparentemente questi stimoli attivanti. Osservazioni cliniche più volte hanno riportato che persone

traumatizzate nell'infanzia in età adulta si ritrovano spesso nelle condizioni di rivivere ulteriori traumi simili a quelli vissuti nell'infanzia. Il discorso di evitamento di stimoli relativi allora in qualche modo è in contraddizione con questo dato di fatto e richiederebbe una spiegazione approfondita.

Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso Movimenti oculari (EMDR)

La desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un metodo clinico, sviluppato da Francine Shapiro negli Stati Uniti d'America nel 1987. Shapiro riferisce di aver osservato effetti apparentemente desensibilizzanti di movimenti oculari spontanei, ripetuti su pensieri spiacevoli (Shapiro, 1995). Sulla base di osservazioni cliniche e scientifiche la Shapiro ha elaborato e ottimizzato questa tecnica, che sin dagli inizi è stata testata prevalentemente (ma non solo) sul PTSD e sul quale si è dimostrata altamente efficace.

In letteratura si trovano opinioni controverse su tale tematica; tuttavia, nella ricerca scientifica, negli studi di efficacia e nelle meta-analisi, l'effetto soprattutto nel PTSD è evidente e replicato varie volte. La discussione è ancora aperta rispetto a questioni quali: le basi teoriche ed i reali meccanismi di funzionamento a livello neurofisiologico e neuropsicologico, e gli effetti a lungo termine.

È in sostanza una tecnica di esposizione che mira al raggiungimento di una desensibilizzazione, che cerca ad raggiungere avvalendosi di una "elaborazione accelerata" del ricordo stimolata dai movimenti oculari ritmici, ottenuti seguendo i movimenti della mano del terapeuta (Nisi, 2005).

Come funziona l'EMDR

Il trattamento EMDR si compone di otto fasi, e viene integrato in un progetto terapeutico come descritto nella tabella 3.

Le fasi dell'EMDR

1° Fase Anamnesi e pianificazione	Valutazioni dei fattori di sicurezza del paziente e valutazione di idoneità Raccolta di informazioni per realizzare un piano terapeutico
Fase 2° preparazione	Creazione di alleanza terapeutica e informazioni sul trattamento Addestramento delle procedure di rilassamento
Fase 3° assessment	Identificazione del target, scelta dell'immagine e della cognizione disfunzionale Identificazione di una cognizione positiva che verrà successivamente usata per sostituire la cognizione negativa (nella fase 5°) Spiegazione del modello e del suo funzionamento Creazione di un "posto sicuro" immaginato
Fase 4° desensibilizzazione	Focalizzazione sull'emozione negativa (misurata dalla scala SUD) e desensibilizzazione e elaborazione accelerata (applicazione di set di movimenti oculari)

Fase 5° installazione	Verifica dell' adeguatezza della cognizione positiva e/o creazione e integrazione completa dell' autovalutazione positiva
Fase 6° Scansione corporea	Concentrazione sulle sensazioni fisiche, scansione corporea Tensioni o rigidità rimasti saranno il target di ulteriori set Set di rinforzamento di sensazioni confortevoli o positive
Fase 7° chiusura	Riconduzione del paziente a uno stato di equilibrio emotivo Informazioni sul significato di eventuali immagini, pensieri disturbanti e di come affrontarli (rilassamento, posto sicuro) Istruzioni di raccolta di questi, sia per un distanziamento che per cogliere ulteriori elementi
Fase 8° rivalutazione	Verifica degli effetti terapeutici nei confronti del target Integrazione degli effetti rielaborativi e comportamentali

Tavola 3. Le fasi dell'EMDR

Se negli interventi cognitivo-comportamentali “classici” si lavora sugli aspetti mentali e comportamentali, a livello di metacognizione e tramite rinforzo e verifica, nel protocollo EMDR questi aspetti vengono integrati.

La procedura per arrivare alla desensibilizzazione sostanzialmente è la stessa. Quello che cambia è che viene dato ampiamente spazio alle “immagini” nel più ampio significato della parola. Al paziente viene chiesto di mantenere un'immagine dell' esperienza traumatica originaria e viene incoraggiato a evocare contemporaneamente l'evento e le sensazioni associate. Viene invitato a “percepire” nei dettagli tutto quello che è rievocabile a livello di percezione (non solo di pensieri), di “ri-immaginarsi” nei ricordi, facendoli emergere possibilmente non solo come immagini visive, ma dando spazio anche a tutti gli altri aspetti a livello di percezione uditiva, olfattiva e tattile, e a livello di pensiero e di emozioni.

Durante questa sessione dell'immaginarsi, o meglio del “ri-immaginarsi”, viene dato spazio ad altre immagini che emergono – associate a queste. “Alcuni pazienti presentano un fiume apparentemente infinito di ricordi distinti associati” (Shapiro, 1995).

L'apparizione di immagini associate e i cambiamenti percettivi delle immagini sono segni che l'elaborazione si sta per attuare che il canale tra memoria procedurale ed implicita e memoria episodica ed esplicita si sta per aprire, transizione desiderata dalla tecnica e che coglie il fatto che eventi traumatici possono “incastrarsi” nella memoria procedurale e non passare nella memoria episodica a lungo termine, causando in questo modo intrusioni, flash-backs e alterazioni dell'arousal (Nisi A. 2005). Seguendo i set di movimenti oculari, che vengono eseguiti dal terapeuta in questa fase, e che il paziente segue con i gli occhi, il paziente, secondo le supposizioni della teoria del trattamento, elabora la sequenza (Shapiro, 1995). Tutta la sequenza critica, compresi gli aspetti cognitivi, emozionali e sensoriali, grazie questa elaborazione accelerata possono essere immagazzinati nella memoria procedurale e a lungo termine.

Qui la tecnica EMDR fa riferimento alla supposizione discussa in ambito scientifico, ma fino ad oggi non dimostrabile nei suoi dettagli, che nelle fasi REM del sonno, il cervello umano elabori le esperienze, si liberi da aspetti non - pertinenti e riesca poi ad immagazzinarli nella memoria episodica favorendo così un' integrazione dell'evento nella memoria autobiografica. (Shapiro,1995, Düweke Peter, 2006).

In altre parole, l' EMDR, sempre entro una cornice terapeutica cognitivo- comportamentale, punta a che il paziente riesca a "esporsi" al ricordo a livello di immaginazione, a elaborarlo a livello cognitivo (cognizione funzionale – cognizione realistica o positiva), ma soprattutto a elaborarle tramite processi (fisiologici, come i movimenti oculari) l'aspetto negativo dell'evento traumatizzante, trasformandolo in questo modo da annientante a più sopportabile o funzionale.

Tecniche Immaginative orientate alle risorse

In questo sottocapitolo ci si concentrerà prevalentemente sui contributi degli autori Martin Sack e Luise Reddemann. Reddemann nell'ambito germanico è stata un po' l' anima pionieristica del trattamento di PTSD. Neurologa, psicologa e psicoterapeuta di orientamento dinamico, direttrice di una clinica specializzata per disturbi psicosomatici e psicotraumatologici, ha documentato un' ampia raccolta e descrizione di tecniche immaginative, applicate nella clinica da lei diretta. Questa documentazione e descrizione, un libro, ristampato per la 12° volta è ritenuto da molti un classico nel trattamento del PTSD. Frequenti sono infatti, commenti e collaborazioni con l'autrice; libri suoi si trovano negli indici bibliografici di vari autori che si occupano della tematica, oppure introduzioni dell'autrice per altre bibliografie (come per esempio nel libro *In che direzione si evolve il trattamento dei traumi*, (Lamprecht, 2007) nel quale c'è anche un capitolo di van der Kolk). L'autrice è poco nota però nell'ambito italiano, il libro non risulta tradotto in italiano.

L' approccio psicoterapeutico orientato alle risorse di Reddemann (2001), Sack (2007) sottolineano focalizza:

- a) l'importanza della riattivazione delle risorse del paziente affetto da PTSD e
- b) l'adattamento degli interventi a seconda delle diverse fasi e/o stati emotivi del paziente

Nel primo punto colgono uno degli effetti ritenuti i più essenziali e significativi secondo gli studi di Grave, Donati e Bernauer, (2001).

Le risorse delle quali il terapeuta deve tener conto e che deve attivare possono essere divise in

- risorse interne
- risorse esterne
- risorse biologiche (Sack, 2007).

L'attivazione delle risorse esterne, come la rete sociale del paziente, ed il contributo che queste possono avere, viene sottolineato anche negli scritti di Fullerton et al. (1992).

Altro elemento costitutivo nel trattamento del PTSD, viene precisato dagli autori, è una cornice stabile della relazione terapeuta – paziente, caratterizzata da sicurezza e professionalità che riesca a attivare nel paziente la sensazione di protezione e controllabilità. Su questo punto concordano vari autori (van der Kolk, 2004, Reddemann 2006, Sack et al.2007).

Come risorse interne vengono considerate e messe a fuoco tutte le capacità mentali, le abilità comportamentali e di coping in senso ampio. Venendo riattivate, tutte possono svolgere un ruolo importante per il superamento della problematica. In questa cornice anche le capacità immaginative sono considerate “risorsa” interna.

Il concetto delle Risorse Interne e delle Capacità Immaginative viene integrato nel sostegno psicologico ed aiuta al paziente al raggiungimento della sensazione di controllabilità, di sicurezza personale e di capacità di affrontare il pericolo.

Questo processo viene delineato secondo il seguente percorso:

- trovare stabilità interiore (stabilizzazione)
- imparare un atteggiamento di “autocura” verso di sé ed il proprio corpo
- “affrontare” (immaginarmente) il trauma
- elaborazione creativa - simbolica del trauma
- accettazione ed integrazione dell’ evento nella storia di vita personale (Reddemann, 2001)

A seconda della fase, Reddemann propone una serie di immagini guidate che aiutano al paziente a sviluppare :

- • pensieri/immagini positive, sperimentati durante l’ immaginazione,
- • strategie di coping di regolazione emotiva
- • sviluppo di strategie sia di concentrazione sull’emozione che di distacco emotivo, con l’obbiettivo di riuscire ad “assistere” al ricordo (intrusione) ma di non esserne oppresso
- “riscrivere” l’evento immaginando un’ altro fine, o con l’aiuto di una figura immaginata/fantasticata, oppure con l’aiuto della propria persona, ma con le capacità del presente

Le varie immagini guidate per la prima fase (stabilizzazione) consistono in sostanza nello sviluppare nel paziente strategie di coping e di regolazione emotiva dell’esperienza delle intrusioni.

Le tecniche di immaginazione guidata, riportate nel libro di Reddemann sono molte, si differenziano tra di loro per l’obbiettivo degli interventi e per la diversità delle varie fasi che seguono alla traumatizzazione. La scelta può essere fatta secondo lo stato psico-emozionale del paziente. Una elencazione e descrizione spezzerebbe completamente la cornice di questo lavoro, qualche tecnica però sarà di seguito brevemente illustrata.

L’immaginazione di un posto sicuro, il primo e basilare esercizio consigliato della Reddemann è ormai una tecnica nota, e non necessita di ulteriori descrizioni.

Immaginazione di contro-scena: Il paziente viene guidato brevemente nei suoi pensieri intrusivi, e poi nell' evocare un'immagine di controcena per costituire una modalità di distanziamento (un evento della propria vita, un posto di conforto o rilassante, una fonte di conforto come lo può essere una sorgente d'acqua, una spiaggia ecc.) . Poi si invita il paziente ad alternare tra le due "scene". Si assiste il paziente nel descrivere e nello "stare" per un' po sia in una che nell' altra scena. Alla fine si spiega al paziente che lo scopo di questa strategia non è di "evitare" l'intrusione, ma di avere uno scenario interiore in alternativa, utile per imparare a reggere lo stato d'animo durante l'intrusione.

Immaginazione del regolatore di riscaldamento: il paziente viene invitato a immaginarsi il più concretamente e dettagliatamente possibile un regolatore di un riscaldamento. Poi viene invitato ad immaginare la propria emozione temuta rievocata dalla intrusione come "regolabile" tramite il regolatore, manovrando lui stesso (oppure sotto diretta indicazione del terapeuta) la manopola.

Altre tecniche di Immaginazione guidata mirano a denominare e/o "figurare" il pericolo o l'evento, o certi suoi aspetti.

Questa capacità di denominare, "manipolare" le emozioni provate, facilitando in questo modo la capacità sia di concentrazione sull'emozione che di distacco, è ritenuto lavoro fondamentale nel trattamento del PTSD da vari autori. "Un aspetto fondamentale nel trattamento di un soggetto traumatizzato è costituito dalla capacità di aiutarlo a trovare parole per descrivere gli stati emotivi, dare un nome ai sentimenti, conferire al paziente un senso soggettivo di controllo e una flessibilità mentale che facilita il raffronto con altre emozioni e altre situazioni." (Mc Farlane et al.,in van der Kolk 2004)

Tecniche di immaginazione guidata per una "ri-scrittura" dell'evento

Questa "riscrittura" mira ad una modificazione e ristrutturazione del significato dell'evento in termini più funzionali e ad una sua integrazione nella storia di vita del paziente.

Sempre con l'immaginazioni guidata la Reddemann descrive un esercizio che sollecita il paziente di "ri-scrivere" l'evento traumatizzante con un' altro fine-storia (immaginato dettagliatamente) magari anche con figure ideate, come può essere una persona desiderata o nel caso di traumi infantili, il paziente stesso in età adulta.

Questo "iter" in sostanza assomiglia molto alla tecnica del IRRT e come questo è "solo" un elemento all'interno di un trattamento integrato.

Aggiungo in questione un citato di van der Kolk: "è opportuno ribadire che quasi mai è sufficiente parlare del trauma: chi ha riportato un trauma deve compiere una qualche azione che incarni simbolicamente la sua vittoria sull'impotenza e la disperazione" (2004). Un' attività che per terapeuti di orientamento cognitivo comportamentale potrebbe essere un compito a casa, come per esempio scrivere una lettera, disegnare (anche solo simbolicamente) un prospetto, un elemento, trovare una rappresentazione metaforica ed altro.

Mindfulness

In questo capitolo solo una piccola parte della MBSR (Mindfulness- Based Stress Reduction) sarà brevemente illustrata, proprio perché è solo in parte una tecnica immaginativa, o meglio solo certi aspetti della Mindfulness integrano la capacità di “immaginare”.

La Mindfulness in sostanza è una tecnica meditativa, il termine Mindfulness è la traduzione inglese della parola “sati” in lingua Pali e vuol dire consapevolezza, attenzione.

Vorrei illustrare brevemente questa tecnica, perché da un lato gli effetti benefici fin’ora riportati sono interessanti e meritano attenzione, dall’altro per completare l’illustrazione delle tecniche immaginative usate per il PTSD e per ultimo per non tralasciare una tecnica che integra un’ approccio marcatamente diverso da quelli già presentati, e che sono tutti riportabili a una tradizione europea.

La Mindfulness, pratica di attenzione, è un esercizio della meditazione Buddista. Dalla fine degli anni 70 John Kabat Zinn, medico e direttore della clinica universitaria di Massachusetts ha applicato questa pratica nella clinica dopo averla slegata da ogni legame religioso e/o spirituale. Primariamente è stato applicato per la riduzione dei sintomi provocati dallo stress. Oggi la pratica trova sempre maggior attenzione e la sua applicazione si è estesa anche ad altri disturbi, nell’ ultimo periodo anche al PTSD, con esiti positivi (Didonna, in stampa)

Segal, Williams e Teasdale (2002) ma anche altri autori hanno evidenziato le basi teoriche e le grandi linee guida per la sua applicazione.

Se i modelli Cognitivo - Comportamentali tradizionali cercano di affrontare le problematiche “cambiando” le cognizioni disfunzionali, la mindfulness propone un approccio differente dalla psicologia clinica “europea” quasi a pari passo con l’ idea di Einstein, secondo cui i problemi non vanno risolti con gli stessi mezzi che li creano.

Anche questa, come le altre tecniche descritte, viene insegnata nell’ arco di un progetto terapeutico e mira ad aiutare il paziente a relazionarsi diversamente alla sua sofferenza.

Vorrei soffermarmi brevemente sulla descrizione della pratica della Mindfulness sulle grandi linee in modo da riuscire a inquadrare meglio le meditazioni che potremo chiamare “immaginazioni”

La Mindfulness è la capacità di prestare attenzione in un modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente, senza giudicare (Kabat- Zinn J., 2004)

Una definizione operativa condivisa da più esperti è che, la Mindfulness è un modello bi-componenziale ed implica:

- I. auto-regolazione dell’attenzione
- II. orientamento verso l’esperienza (Bishop et al. , 2004)

Le componenti dell’orientamento all’ esperienza si possono riassumere in

- Accettazione: Notare gli eventi interni che vengono esperiti, rinunciando agli sforzi per evitare o cambiare tali eventi (Hayes, 1994)
- Curiosità: Tutti i pensieri, emozioni e sensazioni che compaiono sono visti inizialmente come rilevanti e perciò soggetti di osservazione
- pazienza: permettere alle cose di accadere “al momento giusto”
- Mancanza di sforzo (non striving) : le meditazione è un non fare (Didonna 2007)

Sempre entro questo approccio, ci sono alcune “meditazioni” proposti da Kabat Zinn che possiamo chiamare “immaginative” ovvero che propongono una immaginazione mirata a innescare nel paziente ciò che potrebbe essere utile in termini di pazienza ed accettazione della sofferenza.

Iter dell’ immaginazione

Dopo che il paziente ha appreso la pratica “meditativa”, Kabat Zinn propone anche “immaginazioni” come quelle della montagna e del lago, che sono immaginazioni guidate.

In queste immaginazioni guidate viene chiesto al paziente, in primo luogo di fare attenzione a quello che durante la immaginazione gli appare, sente, percepisce, ascolta. La guida invita il paziente ad immaginarsi la “sua” montagna, la più bella che conosca, reale o non. Poi il paziente viene invitato a sentire dentro di sé le proprietà / caratteristiche della montagna, e ad entrare con il proprio corpo in sintonia con l’immagine montagna. Il trainer conduce il paziente per cambiamenti di scena (tempeste, stagioni) e guida il paziente ad “sentire” l’immutabilità della montagna.

Obbiettivi di questi esercizi sono:

- l’ attenzione per tutte le sensazioni somatiche, e mentali
- l’ accettazione, decentramento, distanziamento
- aiutare il paziente ad relazionarsi diversamente alla sofferenza

L’applicazione della Mindfulness finora è una pratica che primariamente viene proposta in cliniche psicosomatiche o ricoveri psicologici. Ha avuto degli esiti rispettabili nei disturbi di depressione (Teasdale, Williams, Segal), Boderline Personality Disorders (Linehan, 1993) DOC (Gorbius, 2004, Didonna 2007) Disturbi d’ansia (Kabat- Zinn, Roemer & Orsillo, 2002) ma anche sul PTSD (Foilette et al 2004, Foa et al. 2000).

Paragone, prospettiva, metaanalisi e discussione

Saranno di seguito riassunti e paragonati tra di loro le prove di efficacia delle tecniche citate.

La REI è la tecnica che indubbiamente lavora più sulla emozione avversa, con un metodo “classico” di intervento di risoluzione. L’intervento viene “iniziato”, proposto e “sollecitato” dal terapeuta e consiste nel dirottare/ sostituire/ scongiurare l’emozione avversa trasformandola in emozione “supportabile”.

Nell’ IRRT il processo consiste nel “riscrivere” mentalmente la sequenza che ha causato il PTSD . L’ “ideazione” di una sequenza meno drammatica avviene nella maggiore dei casi, con le qualità attuali del

paziente oppure con un aiuto “immaginato”. Questo “riscrivere” la sequenza è il meccanismo basale anche nelle tecniche orientate alle risorse. Lì, come nell’ IRRT il lavoro immaginativo è guidato e supportato. Nella “ri-immaginazione” orientata alle risorse, questo avviene con meno interventi verbali del terapeuta.

L’ EMDR con l’elaborazione accelerata è una tecnica che cerca di appoggiarsi a aspetti neurofisiologici e neuropsicologici. Ciò fornisce all’ EMDR il vantaggio di avere un canale in più, mentre nelle prime tre forse il vantaggio è che il paziente si sente più lui stesso ad essere il protagonista del cambiamento.

Tutte quattro lavorano in una prospettiva di esposizione, cosa che non si può dire per la Mindfulness, che non è una tecnica che mira ad una esposizione immaginativa, ma non la sopprime.

La Mindfulness porta una visione diversa e coglie aspetti/dimensioni a prima vista difficilmente comprensibili per una visione “confrontativa” (problema → antidoto/rimedio → risoluzione del problema) che è tipica per una visione occidentale. La Mindfulness, con il suo metodo di “assistere” e di stare nella percezione (con l’unico supporto di “percepire” il respiro) e con i viaggi mentali immaginati, attinge a un’ atteggiamento e ad un relazionarsi alla propria sofferenza in un modo marcatamente diverso dalle altre tecniche qui discusse. Traguardo di questa tecnica è dare al paziente la capacità di relazionarsi diversamente alla sofferenza sottolineando gli aspetti di “transitabilità” ed “accettabilità”, concetti che anche nelle visioni “occidentali” hanno rivestito sempre maggior importanza.

Possiamo riassumere che il lavoro con l’ immaginazione abbia il fine di rendere il paziente capace di sopportare e gestire la sofferenza (evocata dall’ evento traumatizzante) e integrarla nella sua storia di vita personale. Questo fine si ritrova però in tutte le tecniche cognitive comportamentali anche in quelle, che non attingono alle capacità immaginative. È però molto probabile ed in parte solidamente dimostrato, che gli strumenti più diretti alla rielaborazione della memoria procedurale si dimostrino particolarmente efficaci in confronto a interventi strettamente e solamente cognitivi e/o comportamentali (che lavorano primariamente a livello di memoria semantica ed episodica).

La nostra professione non ci chiede solo di alleviare la sofferenza del paziente, ma di farlo in maniera diretta, con metodi che hanno una base teorica solida, con una probabilità di guarigione dimostrabile, e ci chiede anche, di essere al corrente sulle conoscenze scientifiche aggiornate.

Sarebbe utile, sapere per esempio, se c’è una tecnica che è maggiormente indicata per il PTSD, oppure se una delle tecniche è più indicata per una certa tipologia di PTSD, oppure più indicata per un certo tipo di paziente, per l’intensità del PTSD ecc.

Saranno illustrati di seguito i risultati della ricerca sugli studi scientifici comparativi riguardanti l’effetto delle tecniche applicate nel PTSD (sempre rimanendo nell’orientamento Cognitivo Comportamentale).

Le meta – analisi, in questo caso sono lo strumento di “eccellenza” per sostenere affermazioni scientifiche. Si farà riferimento a due meta-analisi, che sia dal punto di vista del rilevamento dei dati, che dal punto di vista della rilevanza internazionale sembravano interessanti.

Una è la meta- analisi di Bradley, Greene, Russ, Dutra e Western pubblicata nel American Journal of Psychiatry nel febbraio del 2005 , l’ altra di Mitte, pubblicata dall’Università di Jena nel 2006.

Quest’ ultima, era stata progettata come studio comparativo per valutare l’ efficacia di diverse tecniche cognitive comportamentali nei disturbi d’ ansia (tra i quali il PTSD era stato valutato separatamente) a confronto al trattamento farmacologico.

Questa meta-analisi, non paragonando le varie tecniche cognitive comportamentali tra di loro, ma comprendole con il trattamento farmacologico si occupa solo della questione del confronto di efficacia tra trattamento farmacologico e psicoterapico.

I risultati sono:

- I risultati ottenuti dai trattamenti psicoterapeutici dimostrano un’efficacia paragonabile a quella farmacologica (il trattamento con SSRI era il più efficace)
- I pazienti con PTSD dimostrano maggiore accettazione del trattamento psicologico, la compliance è maggiore, meno drop out
- gli effetti di trattamenti psicologici dimostrano stabilità nel tempo, cosa che per il trattamento farmacologico non è stato possibile indagare

La meta analisi di Bradley, Greene, Russ, Dutra e Western invece aveva lo scopo di paragonare l’efficacia delle diverse tecniche Cognitive Comportamentali (includendo anche quelle immaginative) nel trattamento del PTSD.

Cercando una prospettiva sull’efficacia delle diverse tecniche che sia capace di rispecchiarne i punti di forza nella complessità dei possibili approcci di trattamento del PTSD riscontriamo una serie di problemi.

Il primo problema è che le tecniche sopra descritte non sono approcci a sé stanti ma elementi integrati, all’interno di un processo terapeutico. Questo è il caso sia per la REI, che per la Imagery rescripting and reprocessing Therapy, che per la Mindfulness, o meglio per la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Segal, Williams& Teasdale, 2002), - tutte tecniche che hanno trovato le loro specifiche possibilità di applicazione sempre in una cornice di un approccio/orientamento generale

Un’ eccezione sembra essere la tecnica EMDR, che è identificabile come approccio a sé stante nelle ricerche scientifiche di efficacia terapeutica (bisogna dire però che, anche la tecnica EMDR è concepita come una parte integrante di un’approccio terapeutico più ampio). Fatto è però, che negli studi comparativi l’ EMDR viene elencato come tecnica a sé stante, fatto che non avviene per le altre tecniche.

Anche la Mindfulness non è identificata come tecnica; questo però per il fatto che gli studi su questo approccio non sono ancora entrati nelle meta-analisi.

Abbiamo in questa meta- analisi allora un quadro di paragone di varie tecniche: quelle più centrate su una esposizione con ristrutturazione cognitiva, altre ad esposizione immaginativa e ristrutturazione cognitiva, esposizione e skill training , solo tecniche immaginative, desensibilizzazione e EMDR, altre ad esposizione e EMDR ecc.

Per la comparazione tra loro sono state unite in 5 tipi di trattamenti:

- terapie basate sull'esposizione (13)
- terapie cognitivo comportamentali diverse dall'esposizione (5)
- terapie combinate, cognitivo comportamentali + esposizione (9)
- desensibilizzazione dei movimenti oculari e rielaborazione (10)
- altre (7)

I risultati dell'efficacia differenziale:

1. Non è stata trovata una differenza significativa di efficacia tra i diversi trattamenti cognitivo comportamentale (con o senza esposizione) o tra questi e la desensibilizzazione dei movimenti oculari e rielaborazione

2. Gli autori annotano che non ci sono spiegazioni chiare a riguardo di questo anche perché i dati sono pochi e disomogenei.

Una possibile spiegazione per questo quadro poco differenziabile è forse riscontrabile nelle sollecitazioni con le quali Cesare De Silvestri ed al. (1995), hanno cercato di inquadrare queste difficoltà. Questi autori si sono posti la domanda se le particolari caratteristiche dei trattamenti delle varie scuole psicoterapiche (REBT - Ellis, RBT - Maultsby, PCT - Kelly, MT- Lazarus, SCT Liotti ecc.) sono così importanti da rendere molto diversa la psicoterapia che riceve il paziente. Questi autori presumono infatti che si tratta di differenze teoriche o addirittura nominalistiche. "Potrebbe infatti darsi che tutte queste psicoterapie in realtà offrano lo stesso tipo di trattamento ma lo spieghino in modo diverso e con termini diversi." (De Silvestri, 1995)

Tuttavia, tornando ai risultati della meta-analisi gli autori Bradley, Greene, Russ, Dutra e Western traggono una serie di implicazioni tra i quali le più importanti sono:

- una varietà dei trattamenti (esposizione in primo luogo, ma anche gli altri approcci cognitivo comportamentali, desensibilizzazione dei movimenti oculari e rielaborazione) sono molto efficaci nel ridurre i sintomi del PTSD
- il 40-70% dei pazienti risponde positivamente al trattamento: i trattamenti possono ridurre sostanzialmente i sintomi o a modificarli in tal modo che non sono più inquadabili come PTSD
- l'effetto persistente per più di 6-12 mesi non è stato valutato nelle singole ricerche

- Visto che una vasta gamma di pazienti è stata esclusa da questi studi (concomitanza con: disturbi organici, disturbi psicotici, rischio di suicidio, abuso di droghe/alcol) e visto quelli, che non hanno risposto alla terapia, c'è necessità di ulteriori e approfonditi studi che siano in grado di valutare a) sia altri tipi di trattamenti e/o aumentare il numero di trattamenti b) valutare diversi parametri di trattamenti (come per esempio la durata del trattamento) c) parametri che tengono conto dei diversi tipi di traumi (eventi traumatici forti ma discreti o ripetuti traumi infantili)

È auspicabile, come scrive van der Kolk, che ulteriori ricerche approfondite siano in grado a dare risposta a questi questioni.

Bibliografia

- Alexander, C. & McFarlane & Yehuda, R. (2004): Resilienza, vulnerabilità e il decorso delle reazioni post traumatiche; in van der Kolk (a cura di) (2004): *Stress traumatico*. Roma: Magi edizioni
- Alexander, D.A. (1993): *Stress among police body handlers: A long-term follow up*. *British Journal of Psychiatry*, 163
- American Psychiatric Association (1994): *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. IV Edizione. Milano: Masson
- Baldini, F. (1998): *Tecniche di intervento per la ristrutturazione cognitiva*. *Psicoterapia* (4) n.13
- Bishop, S.R. (2004) in Didonna Fabrizio (2007): *La Mindfulness e le sue applicazioni clinica*, Arco: Dispensa del Workshop: 06-07- 2007
- Blanchard, E. B. & Kolb, L.C. & Gerardi, R.J.(1986): Cardiac response to relevant stimuli as an adjunctive tool for diagnosing post traumatic stress disorders. *Behaviour Therapy* , 17
- Brewin, C.R. & Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000) in Boos (2005): *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag
- Boos, A. (2005): *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. (Terapia Cognitiva Comportamentale del trauma cronico) Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag
- Bradley, R. Ph. D. & Greene, J. M.A. & Russ E. & Dutra L. Westen, W. (2005): A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* (February)
- Davidson, J. & Smith, R. (1990): Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 3
- De Silvestri, C. (1995): Per un confronto fra le varie psicoterapie cognitive e cognitivo- comportamentali. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* Vol.:1 , 1
- Dimaggio, G. & Semerari, A.(2005): *I disturbi di Personalità*, Milano: Laterza editori

- Düweke, P. (2006): Trauma und Bewusstsein, Träum dein Leben! (trauma e coscienza) *Psychologie Heute* – Psicologia oggi 10/2006
- Fullerton, C.S. & Ursano (2001): Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro. Torino, Centro scientifico editore in: *Stress traumatico a cura* di Bessel van der Kolk, (2007), Roma: Magi Edizioni
- Giannantonio, M. (2002): *Interventi riparativi e generativi nelle patologie gravi dell' attaccamento e nel Disturbo Post-traumatico da Stress: EMDR e psicoterapia ipnotica*, Comunicazione presentata all' XI Congresso Nazionale SITCC: Psicoterapia e Scienze Cognitive. Bologna: La realtà clinica tra procedure, dialogo terapeutico e ricerca scientifica, settembre 2002
- Harber, K.D. & Pennebaker, J. W. (1992): Overcoming traumatic memories. *Research and Therapy*, 145
- Horowitz, M.J.(1974): Stress response syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 31
- Kolb, L.C.(1987): Neurophysiological Hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *American Journal of Psychiatry*, 144
- Krystal, H. (1978): Trauma and affect. *Psychoanalytic study of the child*, 33
- Lamprecht, F. (a cura di) (2007): *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie ?* (In che direzione si evolve la terapia dei psicotraumi ?). Stuttgart: Klett-Cotta-editori
- Lang P.J. (1979): A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology* 16
- Mitte, K. (2003): *Eine Meta-Analyse zur Effektivität verschiedener Therapien bei Angststörungen: Ein Vergleich von bihavioraler, kognitiv-behavioraler und pharmakologischer Therapie*. Jena: Dissertationsschrift an der Universität Jena
- Nisi A. (2005): *Il trauma psichico e il suo trattamento*. Scritti non pubblicati
- Pitman, R.K. & Orr, S. (1990): The black hole of trauma. *Biological Psychiatry* , 33
- Reddemann, L. (2001, rev. nel 2006): *Imagination als heilsame Kraft (Imaginazione, una sorgente salutare per il trattamento di effetti di traumi)*. Stuttgart: Klett- Cotta –editori (12° edizione)
- Reddemann, L. & Dehner Rau C. (2006): *Trauma, Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen*, (trauma, riconoscere gli effetti, superarli e crescere) Stuttgart: Medizinverlage Trias
- Reddemann, L. (2007): *Psychodynamische Therapie traumainduzierter Störungen, in: Wohin entwickelt sich di Traumatherapie ?* a cura di Lamprecht F. , Stuttgart: Klett Cotta verlag
- Saxe, G.N. & van der Kolk, B.A. & Hall, K. & Schwartz, J. & Chinman, G. & Hall, M. D. & Lieberg, G. & Berkowitz, R. (1993): Dissociative disorders in psychiatric patients; *American Journal of Psychiatry*, 150
- Schacter, D.L. (1987): Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 13, www.Trauma-pages.com/lang

- Schäfer, I. & Krausz, M. (a cura di) (2006): *Trauma und Sucht, Konzepte- Diagnostik- Behandlung* (Trauma e dipendenza, concetti – diagnosi- trattamento), Stuttgart: Klett-Cotta editori
- Shapiro, F. (2000): EMDR. *Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. Milano: McGraw-Hill
- Segal, Z.V.& Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002): *Mindfulness-based Cognitiv Therapy for Depression*. Traduz. Italiana (2006): *Mindfulness: attraverso il pensiero, al di là del pensiero*, Milano: Boringheri
- Smucker, M.R., & Dancu C.V. (1999): *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of child trauma- Imagery rescripting and repressing*. Northvale, NJ., Jason Aronson
- Smucker M.R. & Vetter (1996): *Imagery rescripting: Therapie; Manual zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) nach sexuellem Missbrauch* (manuale per il trattamento di PTSD causato da violenze sessuali). Zürich: Vetter Druck
- Squire, L.R. & Zola, M. S. (1991). *The medial temporal lobe memory system*. *Science*, 153, www.Trauma-pages.com/lang
- van der Kolk, B. (2007): *Stress traumatico, Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Roma: Magi edizioni
- Vecchiarelli, A. (2007): *Cos'è un trauma in Molise* *Psicologia*, users aliseo.it
- Young, J. E. & Klosso, J.S. (2006): *Sein Leben neu erfinden* (riinventare la propria vita) Paderborn: Junfermann Verlag
- Zimbardo, P. G. & Gerrig, R. (1999): *Psychologie, 7. Auflage* (7° edizione): Berlin, Heidelberg, New York Springer Verlag
- Zinn, J.K. (2004): *Die heilende Kraft der Achtsamkeit*, München: Arbor Verlag

Kirchlechner Brigitte

Consulenza Psicosociale Caritas, Silandro, Bolzano

Specializzata a Verona, sede SPC con indirizzo Cognitivo Comportamentale

e-mail: brigitte.kirchlechner@rolmail.net

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Alessandra Tronci¹

¹Studio di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale, Lecce

Riassunto

Il seguente articolo affronta il disturbo da alimentazione incontrollata, la sua relazione con altri disturbi dello spettro alimentare stesso (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbi del comportamento alimentare NAS, condotte atipiche del comportamento alimentare che però non si configurano come un vero e proprio disturbo alimentare per quantità e gravità dei sintomi) e la sua comorbidità con altri disturbi psichiatrici come la depressione atipica, i disturbi dissociativi e quelli di personalità e con l'obesità. Viene inoltre descritto il rapporto tra obesità, disturbo da alimentazione incontrollata e immagine corporea, e la funzione svolta dall'immagine corporea nel mantenere e aggravare il disturbo. Vengono descritti i trattamenti psicoterapeutici in uso per tale disturbo nell'ambito della terapia cognitivo-comportamentale e riportata una rassegna di test, questionari, interviste cliniche maggiormente utilizzate in ambito clinico per la diagnosi del DAI e di alcune patologie psichiatriche più frequentemente associate.

Summary

The following article deals with binge eating disorder, its relationship with other eating spectrum's disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, not otherwise specified eating disorders, atypical dietary behaviours which don't appear such a clear eating disorder for number and severity of symptoms) and its comorbidity with other mental disorders such as atypical depression, dissociative and personality disorders and obesity.

The article also describes the relationship between obesity, binge eating disorder and body image and the role played by body image to maintain and exacerbate this disorder.

The article describes the usual psychotherapeutic treatments in cognitive-behavior therapy ambit for this disorder and review tests, questionnaires, clinical interviews more used in clinical work to diagnose binge eating disorder and some psychiatric disorders more frequently associated.

Introduzione

Una larga parte della nosografia psichiatrica e, in particolare, l'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV, APA, 1994), tende ad individuare essenzialmente in due sindromi, l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN), l'insieme dei disturbi dell'alimentazione. Caratteristica fondamentale comune ad entrambe le sindromi è la presenza di un'alterata percezione del peso e della propria immagine corporea. L'aspetto tipico dell'AN è il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale, mentre la BN è caratterizzata da ricorrenti episodi di "abbuffate" seguiti dall'adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso (vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno, iperattività

fisica). I disturbi dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessun disturbo specifico vengono classificati come "disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati" (NAS). Tra questi, particolare interesse suscita il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o *Binge Eating Disorder* (BED) degli autori anglosassoni inserito nell'appendice B del DSM-IV (APA, 1994), nella versione italiana.

L'espressione Binge eating è stata coniata da Hyman Cohen, professore di liceo in cura presso Stunkard per un problema di obesità. Può trovare la traduzione italiana con "abbuffata compulsiva", anche se letteralmente, significa "cedere alla tentazione di mangiare". Oggi giorno è usata in psichiatria per comporre il nome di una diagnosi il *Binge Eating Disorder* o Disturbo d'Alimentazione Incontrollata.

Il Disturbo da alimentazione incontrollata, conosciuto in letteratura sin dal 1950, è caratterizzato da episodi di abbuffate ricorrenti e reiterate nel corso della giornata è associato alla sensazione di perdere il controllo dell'atto del mangiare. (Tavola1). Questo disturbo può condurre all'assunzione di un'elevata quantità di cibo e a conseguente aumento ponderale.

Il DSM IV indica per il DAI, un insieme di criteri che hanno bisogno di ulteriori studi. Secondo il DSM IV non vi sono ancora informazioni sufficienti per stabilire una diagnosi standard, ma non è errato dire che, episodi frequenti di abbuffate, senza successive condotte compensatorie sono il denominatore comune fra i soggetti afflitti dal DAI.

<p>Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata</p> <p>Un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per entrambi i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangiare, in un periodo definito di tempo (ad esempio entro due ore), una quantità di cibo assai superiore a quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo ed in circostanze simili. • Sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio (ad esempio, sensazione di non riuscire a fermarsi mentre si sta mangiando).
<p>Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre o più dei seguenti sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangiare molto più rapidamente del normale • Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni. • Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati. • Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando. • Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.
<p>È presente marcato disagio riguardo al mangiare incontrollato</p>
<p>Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per due giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi</p>
<p>L'alimentazione incontrollata non è associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (ad esempio digiuno, vomito provocato, esercizio fisico prolungato, uso di purganti)</p>

Tavola 1. I criteri diagnostici per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DSM-IV)

È stato a lungo dibattuto se i disturbi dell'alimentazione rappresentino un "continuum", che va dal comportamento alimentare normale alla sindrome franca, o se invece costituiscano categorie discrete, qualitativamente distinte, che comprendono anche il semplice "seguire diete" (*dieting*) e "fare abbuffate" (*binge*) (Polivy e Herman, 1987).

Coloro che sostengono l'ipotesi del "continuum" specificano che esistono numerosi disturbi distribuiti in modo continuo nella popolazione generale e il problema non consiste nel fatto che un individuo abbia o no il disturbo, ma piuttosto che quota di esso ne presenti (Striegel-Moore, 1992).

Numerosi studi hanno dimostrato, infatti, come AN e BN, considerate forme cliniche conclamate, colpiscano solo la metà delle persone che si rivolgono ai servizi per la cura dei problemi dell'alimentazione, mentre, nella popolazione generale, le forme atipiche, definite anche sindromi parziali, subcliniche, sottodiagnostiche, subliminali, subfrequentanti e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati, sono molto più rappresentate delle forme conclamate (Shisslak et al., 1995).

Epidemiologia

Si stima una frequenza del disturbo da alimentazione incontrollata (DAI), nei campioni di popolazione generale statunitense, pari al 2% – 5%, mentre negli obesi che cercano di dimagrire e si rivolgono a strutture specialistiche tale frequenza varia dal 15% al 50% con una media del 30% (Marcus, 1995). Altri studi riportano in campioni di popolazione generale un tasso di prevalenza dallo 0,7 al 4% (DSM IV), (0,6-3% - Gardner e Dalle Grave, 1999).

Il DAI è più frequente nel sesso femminile con un rapporto maschi/femmine di 2/3. L'età media di insorgenza è 15 -19 anni e all'inizio ma anche dopo la terza decade spesso a seguito di una significativa perdita di peso attraverso la dieta; dopo i 30 anni mantiene un andamento costante fino ai 55 anni e poi si assiste ad una flessione netta nella senescenza. È presente in tutte le classi sociali, soprattutto tra quelle di livello socioeconomico più basso. Rispetto ai soggetti obesi, gli obesi con DAI sembrano mostrare una familiarità per obesità più elevata, un'età di insorgenza dell'obesità più precoce, spesso preceduta da un periodo di alcuni mesi durante il quale si sono sottoposti ad una dieta a basso contenuto calorico per sovrappeso (Fairburn e Wilson, 1993).

Comportamenti alimentari anomali "Non-BED"

L'analisi dei disturbi alimentari rivela che esistono ulteriori varianti diverse dal BED, forme meno note che possono anche precedere o coesistere con il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

"Night Eating Syndrome" (Sindrome da alimentazione notturna): caratterizzata da assenza di fame la mattina (talora fino al tardo pomeriggio), alimentazione in eccesso la sera, difficoltà ad addormentarsi (spesso è necessario mangiare qualcosa per riuscire ad addormentarsi), risvegli notturni accompagnati dalla necessità di mangiare qualcosa per riuscire a riaddormentarsi, presenza di stress o di depressione. La NES differisce dal BED per tre motivi principali:

1. maggior numero di risvegli notturni
2. quantità di cibo assunta durante i risvegli notturni minore rispetto alle tipiche abbuffate (circa 270 kcal ad ogni risveglio nella NES, circa 1300 Kcal ad ogni abbuffata nel DAI)
3. minore preoccupazione per il peso e le forme corporee.

La NES va distinta anche dal Disturbo Notturmo del Sonno associato al Disturbo dell'Alimentazione (NS-RED). Le persone affette da NES sono coscienti mentre mangiano e

ricordano con precisione quello che hanno assunto, quelle con NS-RED non sono coscienti mentre mangiano e non ricordano quello che hanno ingerito, inoltre soffrono di sonnambulismo, mangiano del cibo inusuale e in genere non hanno problemi di depressione e stress.

Nibbling: il soggetto non ha un vero e proprio problema di peso, ma è afflitto da una lieve depressione che lo induce, soprattutto nei momenti di noia ad assumere frequentemente piccole quantità di cibo (sbocconcellare) senza assumere un pasto normale e senza essere mai sazio. All'esordio, spesso, l'individuo opta per cibi poco calorici che gli consentono di mantenere un peso nella norma, a lungo andare, quantità e qualità degli "spuntini" variano fino a portare all'obesità.

Gorging: la persona assume grandi quantità di cibo ma poco frequentemente.

Exerciting: Il soggetto ha un'alimentazione equilibrata, però è ossessionato dall'idea di bruciare calorie attraverso un'estenuante attività fisica con l'obiettivo di mantenere un peso ideale e avere un corpo apprezzato dagli altri.

Vomiting: il soggetto si abbuffa in modo compulsivo e a volte ricorre al vomito auto-indotto pur di continuare a godere del piacere del cibo mantenendo così un peso normale o poco superiore.

Disturbo del Comportamento Alimentare Aspecifico: il peso è quasi sempre nei parametri normali del BMI, ciononostante, il soggetto per dimagrire ulteriormente, ricorre al vomito auto-indotto dopo i pasti normali.

Sindrome "Mastica e Sputa" (Chewing and spitting): tali soggetti passano parte del loro tempo a masticare grandi quantità di cibo che non viene deglutito. Questo disturbo non sempre viene riferito dalla persona che prova un senso di colpa e vergogna.

Dieta Cronica (Dieting): tali soggetti svolgono apparentemente una vita normale ma polarizzano i loro interessi verso un controllo esasperato del peso, una costante attenzione alla dieta e a sentimenti di angoscia ogni volta che questo varia rendendo problematica la loro vita sociale.

Etiopatogenesi dei Disturbi dell'Alimentazione

L'insorgenza di disturbi dell'alimentazione presuppone il considerare tali disturbi come sindromi ad eziologia multifattoriale. Tra i fattori di rischio:

Fattori socio-culturali: atteggiamento dei genitori (alte aspettative, prestazioni e peso) e dei coetanei (prese in giro), influenza dei media (atteggiamenti e prestazioni legate al ruolo), il *dieting*, "seguire diete" (Garfinkel e Dorian, 1997). È possibile che il cambiamento dei valori culturali nel tempo influenzi l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione, inoltre lo studio dei fattori di rischio sociali potrebbe essere utile per strategie preventive.

Fattori psicologici: una significativa preoccupazione per il peso e l'immagine del proprio corpo rappresenta un aspetto patognomonico dei disturbi dell'alimentazione (DSM-IV) che potrebbe precedere lo sviluppo di sintomi psicopatologici significativi del disturbo e costituisce un aspetto prodromico della sindrome franca (Cooper e Goodyer, 1997). Altri studi dimostrano come anche la difficoltà nel mettersi in rapporto con gli altri in modo autonomo (Garfinkel e Garnel, 1982; Bruck,

1973) sembra legata ad una ridotta autostima che può condurre a focalizzare l'attenzione sul proprio corpo per raggiungere un senso di valore personale (Frederich e Grow, 1996).

Obesità: associata spesso allo sviluppo di comportamenti di "dieting" e di un giudizio negativo di sé, sembra essere un fattore di rischio specifico dei disturbi dell'alimentazione.

Altri "stressors": sono considerati come fattori scatenanti o precipitanti, quali, ad esempio, la pubertà, il cambiamento di ruolo, vissuti di perdita o fallimento (Fairburn et al., 1997).

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e abbuffate

L'abbuffata oggettiva (Fairburn e Wilson, 1993) si differenzia da altre forme di alimentazione eccessiva come per es. "l'abbuffata soggettiva" per la quantità di cibo assunta che non è oggettivamente elevata e "l'alimentazione eccessiva" per l'assenza della perdita di controllo.

Quest'ultima è definita "oggettiva" se la quantità di cibo assunta è elevata, "soggettiva" se è scarsa (Fairburn e Wilson, 1993). Queste modalità di alimentazione eccessiva non si escludono reciprocamente, infatti, numerosi studi indicano che i soggetti con BED possono avere abbuffate oggettive e soggettive, come anche episodi di iperfagia oggettiva e soggettiva (Fairburn e Wilson, 1993). Per la diagnosi di BED è però necessaria la presenza di abbuffate oggettive.

La diagnosi di BED così descritta (Tab.1), differisce da quella adottata nella BN dove invece è richiesto un numero minimo di due episodi di abbuffate la settimana spesso seguite da ricorrenti ed inappropriati comportamenti di compenso (Garner e Dalle Grave, 1999).

Alcuni studi eseguiti in soggetti con DAI hanno dimostrato come le abbuffate non sono circoscritte a un limitato periodo di tempo, ma spesso continuano nell'arco dell'intera giornata (Marcus et al., 1992). Date le difficoltà potenziali nel ricordo e nella demarcazione dei singoli episodi, Rossiter et al. (1992), per la valutazione diagnostica, suggeriscono di focalizzare l'attenzione sul numero di "giorni bulimici", piuttosto che sul numero delle abbuffate. Altri studi hanno dimostrato che i pazienti con DAI hanno un'incapacità generale di regolare la loro alimentazione sia durante sia al di fuori delle abbuffate, inoltre mangiano di più durante i pasti rispetto ai soggetti di pari peso corporeo che non compiono abbuffate (Guss et al., 1994; Yanovski et al., 1992). Infine, la durata dei pasti dei soggetti obesi con DAI, sembra sia significativamente maggiore di quella degli obesi senza questo disturbo (Goldfein et al., 1993).

In sintesi i soggetti con DAI, rispetto ai soggetti in sovrappeso od obesi senza questo disturbo, mostrano un'alimentazione caotica con un elevato introito di cibo sia durante che fuori i pasti.

Obesità, Restrizione Alimentare e B.E.D.

Il *Binge Eating Disorder* (BED), insieme alla BN è il disturbo della condotta alimentare che più frequentemente si può incontrare nell'obesità. (Marcus et al, 1986). Numerosi soggetti affetti da DAI sono sovrappeso od obesi ed esiste una forte associazione tra DAI e obesità (nella BN i pazienti sono generalmente normopeso). L'esatta prevalenza di questo disturbo tra i soggetti obesi non è del tutto nota: varia dal 23% al 46% (De Zwaan et al., 1992; Lowe e Caputo, 1991), è pari al 28,6% (Loro e

Orleans, 1981), al 23% (Gormally et al., 1982), dal 20% al 30% (Spitzer et al., 1992; 1993). Studi più recenti, hanno evidenziato nei soggetti che richiedono un trattamento per l'obesità, una prevalenza più bassa del Disturbo di alimentazione incontrollata: 12,1% (Ramacciotti et al., 2000), 7,5% (Ricca et al., 2000).

I soggetti con BED presentano gradi variabili di obesità, mediamente sono più obesi e hanno una storia di fluttuazioni di peso più marcate rispetto ai soggetti non BED. I più hanno una lunga storia di tentativi ripetuti di stare a dieta, si sentono disperati per la difficoltà nel controllare l'assunzione di cibo e presentano elevata familiarità per obesità (Spitzer et al., 1992 e 1993).

La prevalenza del disturbo da alimentazione incontrollata aumenta con l'aumentare del BMI: BMI tra 25 e 28 il disturbo è presente nel 10% dei casi; BMI tra 28 e 31 nel 15% e tra 31 e 42 nel 40% (Telch et al., 1988). Rimane ancora aperta la questione se l'obesità sia una causa del BED, o questo sia antecedente ad essa. Una ricerca condotta da Wilson (1993), ha mostrato come i 2/3 del campione osservato riportasse episodi di "*Binge eating*" prima dell'incremento ponderale. L'obesità può comunque costituire un importante fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo da alimentazione incontrollata (Fairburn et al, 1998).

La maggior parte degli studi sul BED ne ha evidenziato la presenza in soggetti che presentano una storia clinica caratterizzata da un elevato numero di diete, trovando che i due elementi hanno una significativa correlazione. Se confrontati con soggetti obesi senza questo disturbo, quelli con DAI mangiano di più a pasto e fuori pasto e presentano livelli inferiori di restrizione alimentare anche a livello psicometrico (Ardevini et al., 1999; Dalle Grave, 1996; Marcus et al, 1992; Wilson e Smith, 1989). Nei soggetti con BED possono alternarsi periodi di dieta e lunghi periodi in cui le abbuffate non sono associate ad alcun tipo di restrizione alimentare. Le fasi di dieta potrebbero rappresentare un tentativo di recuperare il controllo sull'alimentazione e sul peso corporeo, controllo completamente perduto durante i periodi caratterizzati dalla presenza di abbuffate. (Marcus, 1995). Il controllo orale infine a motivo della sua maggiore rigidità, è vissuto in maniera più conflittuale negli obesi-BED che di conseguenza hanno più paura di ingrassare rispetto agli obesi non - BED. A questo proposito sembra interessante evidenziare due specifici comportamenti che possono essere presenti nel soggetto con comportamento alimentare *Binge Eating*: la restrizione e la disinibizione alimentare. La restrizione alimentare indica la tendenza del soggetto a ridurre consapevolmente l'apporto calorico al fine di limitare e controllare un incremento ponderale indesiderato. Ciò predispone a fenomeni di disinibizione alimentare (assunzione più o meno compulsiva di una ingente quantità di alimenti). Infatti il soggetto sottoposto a restrizione alimentare per un lungo periodo di tempo se esposto a particolari stimoli alimentari risponde con una assunzione di cibo maggiore di un soggetto non restrittore. Tale fenomeno è dato dalla perdita di controllo sulla propria alimentazione (disinibizione) ed è innescato dalla consapevolezza del soggetto stesso di aver superato la quantità di cibo precedentemente pensata e reputata "giusta".

Inoltre, mentre nella BN, la restrizione alimentare precede quasi sempre la comparsa di abbuffate, nel DAI invece, sembra che più della metà dei soggetti abbia delle abbuffate prima di iniziare a restringere l'alimentazione (Wilson et al, 1993).

Altri studi rilevano che nei pazienti con DAI, in contrasto con le precedenti speculazioni, la restrizione calorica e la perdita di peso corporeo non sembrano esacerbare le abbuffate (Agras et al, 1994; La Porte, 1992; Marcus et al, 1995; Wadden et al, 1992; Dalla Grave, 1996 e 1997), anzi, si è visto che con i programmi dimagranti questi soggetti riducono le abbuffate e migliorano il tono dell'umore (Gladis et al., 1998; Marcus et al., 1995). Infine il recupero del peso corporeo nei pazienti con DAI non sembra associarsi a un peggioramento del tono dell'umore o del comportamento bulimico (Marcus et al, 1995).

Il DAI potrebbe così essere concettualizzato come una “sindrome del discontrollo” generale nei confronti dell'alimentazione con associata una psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione in individui che sono vulnerabili all'obesità e/o alla depressione (Marcus, 1997). Quindi nei pazienti con DAI, la dieta potrebbe rappresentare un tentativo di recuperare un certo grado di controllo sull'alimentazione e sul peso corporeo riducendo il numero di abbuffate. Nella BN, invece le abbuffate, sembrano essere la diretta conseguenza della dieta ferrea a sua volta secondaria alla preoccupazione eccessiva per il peso e le forme corporee, psicopatologia specifica e centrale di questo disturbo (Garner e Dalla Grave, 1999).

Secondo Williamson, White et al. (2004) stimoli ambigui, informazioni riguardo al corpo o all'alimentazione attiverrebbero dei *bias* cognitivi (attenzione, mnestici etc) relativi allo schema corporeo che portano a valutazioni negative sul proprio peso e corpo (sovrastima del corpo e del peso) e conducono ad emozioni negative intollerabili. Lo schema corporeo (alterato) delle pazienti con disturbi alimentari è vissuto in modo così pervasivo da essere percepito come una realtà elicitando comportamenti atti a far fronte a questi stati affettivi intollerabili. Il *Binge eating* è visto come una possibile conseguenza di questo incremento dell'emozionalità. Stice (2001) suggerisce che il *binge eating* è determinato dal “doppio canale” ovvero dalla restrizione dietetica e dalla regolazione negativa delle emozioni.

Psicopatologia associata al disturbo da alimentazione incontrollata

Le persone affette dal DAI hanno un'elevata preoccupazione per il peso e le forme corporee, spesso soffrono di depressione e hanno importanti problemi interpersonali (Garner e Dalle Grave, 1999). Sul piano psicopatologico esistono diversi studi che mostrano un maggiore coinvolgimento degli Obesi BED rispetto ai non BED.

La sintomatologia conclamata nel soggetto obeso con DAI è caratterizzata da assunzioni di cibo massicce, disordinate, caotiche, vissute spesso in modo quasi automatico, passivo, che sono il risultato di una idea prevalente che assume, immediatamente prima che si scateni l'abbuffata, le caratteristiche di un'ossessione. Il bisogno di mangiare viene descritto dai pazienti come incoercibile e l'assunzione di

cibo come una vera e propria compulsione all'insegna della perdita di controllo su quanto ingurgitato e sulla durata dell'abbuffata stessa (Apfeldorfer, 1996).

Alcuni soggetti riferiscono che il loro comportamento alimentare incontrollato viene scatenato da alterazioni disforiche dell'umore, come depressione, ansia, irritabilità e tristezza variamente associate. Altri non sono in grado di individuare precisi fattori scatenanti, ma riferiscono sentimenti aspecifici di tensione che ricevono sollievo dal mangiare senza controllo. Altri ancora descrivono una qualità dissociativa degli episodi di abbuffata (sentirsi "intorpiditi" o "fuori di sé"). I soggetti con DAI non presentano elevati livelli di restrizione alimentare (Ardiviniet al., 1999; Marcus, 1995), non riescono, infatti, a limitare il loro introito calorico (Marcus, 1997) e molti soggetti mangiano tutto il giorno, senza programmare i pasti. I soggetti con BED possono ancora riferire che il loro modo di mangiare o il loro peso interferisce nei loro rapporti con gli altri, nel loro lavoro e nella loro possibilità di sentirsi contenti di sé. In confronto con i soggetti di peso uguale, ma senza queste abitudini alimentari, essi riferiscono più frequentemente disprezzo di sé, disgusto per le dimensioni corporee, depressione, ansia, preoccupazioni somatiche e vulnerabilità personale.

Nei parenti di primo grado dei pazienti con DAI è stata accertata l'elevata presenza di una storia di abuso di sostanze psicoattive (12%), alcolismo (47%) e disturbi affettivi maggiori (33%). I pazienti con DAI sembrano mostrare infine una elevata prevalenza di altri disturbi psichiatrici come i Disturbi Depressivi Maggiori, Disturbi di personalità e Disturbi correlati a sostanze.

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Depressione

I soggetti Obesi con BED rispetto ai Non BED presentano una maggiore sofferenza psicologica e comorbilità psichiatrica e sarebbero caratterizzati da maggiore probabilità di incorrere in Disturbi dell'umore, mostrando in particolare una più alta prevalenza "lifetime" di episodi depressivi maggiori caratterizzati quasi tutti da incremento ponderale (Dudson e al., 1988; Yanovski et al., 1993; Marcus, 1993 e 1995; Prather e Williamson, 1998). In particolare Marcus et al. (1995) hanno osservato negli individui obesi con DAI una storia di depressione 12,9 volte più frequente rispetto a quelli senza questo disturbo e inoltre una stretta associazione tra peggioramento del tono dell'umore e aumento delle abbuffate (Marcus et al., 1990). Altri studi (Polivy e Herman, 1976) avevano già osservato che pazienti obesi coinvolti in un programma dietetico tendono ad aumentare di peso corporeo quando vanno incontro a un episodio di depressione maggiore. Si potrebbe avanzare l'ipotesi che, cambiamenti di peso durante episodi di depressione maggiore contribuiscano allo sviluppo di uno stato di sovrappeso o comunque favorire l'insorgenza del DAI.

Sempre Marcus (1995) osserva che circa il 23% dei pazienti obesi con DAI soddisfa i criteri diagnostici di depressione atipica (mantenimento di una reattività dell'umore, mangiare e dormire in eccesso e affaticamento severo) e inoltre gli individui con depressione atipica mostrano un quadro clinico, per quanto riguarda il disturbo dell'alimentazione, significativamente più grave rispetto a quelli senza questo disturbo. Infine non va sottovalutato che affrontare il pregiudizio sociale verso

l'obesità diffuso nel mondo occidentale e il senso di perdita di controllo nelle abbuffate che è fortemente egodistonico, possono contribuire allo sviluppo, causare o esacerbare la sintomatologia depressiva (Wadden e Stunkard, 1985; Garner e Dalle Grave, 1999).

Riassumendo, il tono dell'umore, il peso corporeo e le abbuffate sembrano interagire tra loro mantenendo la sintomatologia del disturbo da alimentazione incontrollata e rinforzando modalità disfunzionali di controllo dell'alimentazione, del peso corporeo e del tono dell'umore.

Le ricerche in questo settore ha maggiormente delineato alcune differenze psicopatologiche di base, rilevando, in aggiunta a quanto detto prima, una maggiore probabilità negli Obesi con DAI di incorrere in disturbi d'ansia ed una maggiore incidenza di disturbi di personalità.

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi D'ansia

In generale, alcuni studi riferiscono nei soggetti con DAI, episodi di attacchi di panico. Marcus et al. (1990) evidenziano una maggiore incidenza di fobia sociale negli obesi con DAI rispetto ai soggetti obesi senza disturbo (22% vs 9%) mentre Ricca et al. (1998) evidenziano, molto spesso, la comparsa in corso di DAI del Disturbo d'Ansia Generalizzato.

Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi Di Personalità

Ricca et al. (1998) rilevano, nei soggetti obesi con DAI, una particolare frequenza del Disturbo Borderline di Personalità (14%) e del Disturbo di Personalità Evitante. Uno studio del 2000 (Wilfley et al.), evidenzia una relazione tra psicopatologia associata a BED, severità delle abbuffate ed esito del trattamento, dimostrando come la psicopatologia dell'Asse I non era associata, in condizioni basali, alla severità del BED, mentre la psicopatologia dell'Asse II era significativamente correlata alla severità delle abbuffate e alla psicopatologia del BED. Inoltre la presenza di un disturbo di personalità del *cluster B*, prediceva una più elevata frequenza di abbuffate un anno dopo la fine del trattamento.

Altri Disturbi

In questi ultimi anni sono state avanzate ipotesi suggestive secondo le quali i soggetti obesi con DAI avrebbero nella loro anamnesi personale una maggiore frequenza di episodi di violenza fisica e sessuale intra ed extra familiare. Ricerche retrospettive sembrerebbero confermare tale supposizione (Yanovski et al., 1993). Questo dato è stato preso in considerazione per spiegare la maggiore incidenza di disturbi dissociativi e depressivi: in particolare alcuni studi hanno evidenziato che gli obesi con DAI rispetto a quelli senza disturbo riportano più frequentemente una storia di abuso fisico e raggiungono punteggi elevati nelle scale di valutazione dei sintomi dissociativi (Dalle Grave et al., 1996 e 1997), anche se quest'ultimi rimangono significativamente inferiori a quelli osservati nella BN (Dalle Grave et al., 1997). Inoltre frequente è l'abuso di sostanze stupefacenti e di alcool, caratteristica legata da alcuni studi agli obesi con DAI e da altri ai soggetti bulimici normopeso, più raramente in corso di obesità semplice (Alger et al., 1991; Marcus, 1995; Hudson et al., 1988; Ricca et al., 1998).

Binge Eating: Obesità e Immagine Corporea Negativa

Considerata la presenza del BED soprattutto in soggetti con obesità, non si possono trascurare le complicanze legate a quest'ultima che esacerbano la patologia BED già esistente. In particolare il riferimento è al rapporto tra obesità e immagine corporea negativa. Sebbene lo sviluppo di un'immagine corporea negativa dipenda da molteplici fattori individuali, familiari e socio-culturali, l'obesità sembra giocare un ruolo prominente, e questo non è sorprendente vista la stigmatizzazione dei soggetti con obesità esistente nei paesi occidentali (essere presi in giro a scuola da coetanei ed insegnanti, essere esclusi dalle attività sportive extrascolastiche, discriminati e giudicati meno efficienti nel lavoro, avere maggior difficoltà a trovare un compagno e spesso sposarsi con una persona di classe sociale inferiore, non trovare vestiti alla moda, essere discriminati e giudicati dai medici come persone prive di forza di volontà). Inoltre, la nostra società, assai preoccupata per il peso corporeo, considera le persone obese poco attraenti e dotate di scarsa "forza morale" e di "scarsa forza di volontà". L'individuo con un'immagine corporea negativa è costantemente ansioso, imbarazzato e vergognoso di sé perché crede che il suo aspetto riveli la sua inadeguatezza personale contribuendo all'idea di essere una persona senza capacità di autocontrollo, senza valore. Molte persone si considerano brutte e talora disgustose: alcune adottano peculiari comportamenti, come ad es. evitare di esporre il proprio corpo. Spesso soffrono di depressione e di bassa autostima e hanno relazioni interpersonali problematiche.

Molti studi hanno evidenziato che, in confronto agli individui normopeso quelli obesi sovrastimano e distorcono maggiormente la loro taglia corporea, sono più insoddisfatti del loro peso e delle forme corporee ed evitano con più frequenza le situazioni sociali perché sono preoccupati della loro apparenza (Collins et al., 1987; Tiggemann e Rothblum, 1988; Rosen, 1997) fino ad arrivare a un completo isolamento sociale. L'intensa preoccupazione per il peso e le forme corporee, sebbene possa essere costantemente presente durante il giorno, si accentua in modo particolare in alcune situazioni, ad esempio dopo aver mangiato e nelle occasioni sociali (Rosen, 1997).

L'immagine corporea negativa, ovvero "...la persistente insoddisfazione, preoccupazione e disagio nei confronti dell'apparenza fisica; ...deve, inoltre, essere presente un certo grado di danno nelle relazioni interpersonali, nelle attività sociali e nell'attività lavorativa" (Thompson 1992), è il più potente fattore che motiva le persone con obesità a cercare di dimagrire e di conseguenza ad entrare in circuiti disfunzionali che perpetuano, mantengono e creano il disturbo. È anche uno dei principali fattori implicati nel recupero del peso perduto.

Sembra sia inevitabile il dover adottare una concettualizzazione dell'immagine corporea negativa basata su un "continuum" che va da forme di moderata preoccupazione corporea a livelli estremi di disturbo. Un modello che si basa sul "continuum" soddisfa la maggior parte delle osservazioni effettuate in questo campo che hanno evidenziato l'esistenza di una correlazione positiva tra livelli di insoddisfazione corporea e altri disturbi, come ad esempio i disturbi dell'alimentazione e la depressione (Thompson, 1996). Al più alto livello del continuum si osserva una preoccupazione

corporea che si associa a gravi problemi nel funzionamento interpersonale e lavorativo e a comportamenti tipici di un disturbo dell'alimentazione come ad es. digiunare, abbuffarsi od usare condotte eliminative.

Caratteristiche comuni dei Disturbi Alimentari

I criteri diagnostici per un disturbo del comportamento alimentare "classico", come AN o BN, possono non essere soddisfatti a causa di una durata inferiore dei sintomi in termini di tempo, per una minore significatività clinica delle manifestazioni sintomatologiche o per una sovrapposizione di sintomi appartenenti a diverse categorie diagnostiche. Sarebbe tuttavia un errore sottovalutare questi disturbi partendo dal presupposto che non godono ancora di una chiara ed autonoma collocazione diagnostica, soprattutto alla luce di recenti dati statistici che stimano molto elevata la loro incidenza sul totale dei disturbi del comportamento alimentare. È quindi, forse, più opportuno delineare delle caratteristiche, non identificative di un singolo disturbo alimentare, ma comuni a tutti i disturbi del comportamento alimentare sia classici che NAS.

Tra queste:

- **Bassa autostima:** caratteristica più frequente spesso spinge gli individui a sovrastimare l'apparenza corporea, riponendo nel raggiungimento della migliore forma fisica aspettative irreali di successo e di realizzazione personale. Inoltre, contribuisce ad interpretare in maniera eccessivamente negativa eventuali "sconfitte" o "ricadute" alimentari, favorendo l'insorgere di un altro aspetto comune nei soggetti con disturbi alimentari, e cioè il "senso di colpa".
- **Senso di colpa:** l'imporre a se stessi una dieta troppo rigida stigmatizzando eventuali trasgressioni, non solo è un atteggiamento che favorisce l'accadimento di queste ultime, ma soprattutto rende facile l'insorgenza del senso di colpa per la non adempimento alle proprie prescrizioni innescando, dunque, un circolo vizioso (il soggetto alterna momenti di restrizione alimentare con altri di perdita di controllo), che porta allo sviluppo di pensieri e comportamenti perpetuanti l'obesità.
- **Sintomi depressivi:** l'incapacità di adempiere ad una rigida prescrizione alimentare unita allo sperimentare numerosi fallimenti, a lungo termine, può favorire l'insorgenza di sintomi depressivi che, in alcuni casi, possono risultare così significativi da interferire con le attività affettive, sociali e lavorative dei soggetti. Inoltre, il probabile utilizzo del cibo come "antidepressivo", tipico di questi soggetti, peggiora in maniera inesorabile la situazione.
- **Pensiero dicotomico:** è il modo di pensare contraddistinto dal catalogare le cose in maniera estrema, cioè "tutto o niente" comune alle persone con DCA e risulta pericoloso poichè rafforza il senso di fallimento di fronte anche ad una piccola "ricaduta" alimentare, favorendo l'insorgenza dei sensi di colpa, l'insinuarsi e il successivo perpetuarsi dei sintomi depressivi.
- **Perfezionismo clinico:** valutazione di Sé eccessivamente dipendente dall'inseguimento e dal raggiungimento determinato di standard personali esigenti ed autoimposti in almeno un

dominio saliente (controllo su alimentazione, peso, studio) nonostante le conseguenze avverse (Dalle Grave, 2003). La persona pensa che potrà essere accettata solo a condizione di dare il massimo delle proprie possibilità senza la minima smagliatura. Il giudizio altrui viene considerato l'unico modo per stimare il proprio valore.

In un'ottica costruttivista i pazienti che rientrano nell'ambito diagnostico dei DCA vengono inquadrati in unico "continuum", in quanto condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici, sia le modalità di percepire la propria esperienza e di attribuirvi significati particolari. Si situano lungo il "continuum" a seconda delle loro manifestazioni sintomatologiche, del livello di attività/passività, dell'attribuzione interna/esterna e in generale per uno stile di relazione campo-dipendente. Nell'anoressia vi sarebbe una modalità particolarmente attiva di affrontare la vita associata a un livello di motricità elevato; l'attribuzione causale di colpa sarebbe tipicamente esterna con atteggiamento di autosufficienza e di lotta a oltranza contro un mondo disconfermante. Al contrario, nell'obesità psicogena si riscontrerebbe una motricità rallentata, con una modalità particolarmente passiva di affrontare la vita; l'attribuzione causale di colpa sarebbe interna con senso pervasivo di sconfitta, per cui le delusioni e le disconferme vengono percepite come inevitabili e sempre imputabili a Sé. La Bulimia si troverebbe in una posizione intermedia, con ampie oscillazioni negli atteggiamenti che si alternano tra lo stile tipico dell'anoressia e quello dell'obesità. È per questo che molti autori preferiscono parlare di "Sindrome Anoressico - Bulimica", di "Spettro dei Disturbi dell'Alimentazione" (Pancheri e Cassano, 1999), oppure secondo un più specifico punto di vista costruttivista, di organizzazione di significato personale di tipo "Disturbi Alimentari Psicogeni" (DAP) (Guidano, 1987 – 1991b; Arciero, 2002).

Il comportamento anoressico – bulimico sarebbe così un sintomo ambivalente e multideterminato: un tentativo disperato di ottenere ammirazione e conferma, di sentirsi unici e speciali, non importa se poi finisce con il procurare danno o punizione; un tentativo di opporsi alle eccessive aspettative altrui; un tentativo onnipotente di sviluppare, attraverso la disciplina del corpo e il controllo del cibo, un senso di autonomia e individualità (un'attività diversiva messa in atto per tentare di uscire da una dimensione psicologica ed esistenziale di dipendenza e impotenza). Questi fattori sarebbero accompagnati anche da tratti cognitivi caratteristici: errata percezione della propria immagine corporea; pensiero infantile di tipo "tutto o nulla", perlopiù centrato solo sul presente; pensieri e rituali ossessivo-compulsivi; percezione della realtà sociale attraverso un pensiero di tipo magico-persecutorio (bisogno/paura di essere "visti"). Le abbuffate e l'uso di purganti si accompagnano a molti altri comportamenti tendenzialmente o espressamente impulsivi o autodistruttivi, soprattutto nelle relazioni più intime e nella sessualità. Sempre più spesso si rileva, inoltre, l'abuso di molteplici sostanze psicoattive. La preoccupazione relativa al cibo e al peso diventa dunque una manifestazione piuttosto tarda, emblematica di un disturbo basilare del concetto di Sé. Infatti, la maggior parte di tali pazienti, riferisce di aver percepito da sempre interiormente la convinzione di essere completamente inadeguati e impotenti, incapaci di sostenere il giudizio degli altri. La percezione di un'interiorità vaga

e indefinita favorisce una determinante dipendenza dall'ambiente (campo – dipendenza) che porta a cercare una stabilizzazione del senso di sé attraverso la ricerca spasmodica di un punto di riferimento esterno. La ricerca di approvazione da parte di una persona significativa, l'adesione ad un modello ritenuto prestigioso, l'adeguamento alle aspettative dell'altro e il perfezionismo volto alla prevenzione delle disconferme e dei rifiuti diventano il mezzo per strutturare un'accettabilità personale soddisfacente e sfuggire dalla sensazione di inconsistenza. Tuttavia, la percezione di sé che deriva dall'adesione a un criterio esterno rimane costantemente vaga, anche quando il soggetto sente di corrispondere ai desideri dell'altro. La necessità di maturare un senso di coerenza interna talvolta rende questi soggetti iperattivi, spingendoli a impegnarsi freneticamente in molte attività, per evitare l'impressione di non sapere con certezza quello che vogliono dalla vita. Purtroppo questa strategia comporta il rischio di sentirsi ancora vuoti, indefiniti, inattendibili, con il risultato di orientarsi nuovamente verso un criterio esterno. (Blanco et al., 2005).

Il Trattamento Psicoterapeutico

Il trattamento del DAI comporta le difficoltà insite nel trattare contemporaneamente un disturbo della condotta alimentare e una condizione di obesità, presente nella maggior parte di questi pazienti. Se poi si considera che spesso il BED si presenta in comorbilità con altre psicopatologie, si aggiunge la necessità di trattare questi disturbi, oltre ai disturbi del Comportamento alimentare e all'obesità. (Blanco et al., 2005)

Finora sono state individuate essenzialmente due modalità di approccio al disturbo: l'Intervento Comportamentale e l'Intervento Cognitivo-Comportamentale (Ricca et al., 1998).

Le strategie più tradizionali dell'Intervento Comportamentale sono sovrapponibili a quanto descritto da Stunkard (1972 e successive modifiche 1979, 1985) e sono rappresentate da:

- automonitoraggio alimentare: avviene mediante l'utilizzo di un diario da compilare giornalmente in cui vengono registrate la qualità e la quantità di cibo assunto, ma anche il tempo impiegato per mangiare, il luogo dove il cibo viene assunto, le situazioni ambientali che si associano a tale assunzione.

Studi più recenti nell'ambito della CBT (Wilson e Vitousek, 1999) rilevano come l'auto-monitoraggio sia un componente centrale sia nell'*assessment* che nel trattamento dei disturbi alimentari poiché consente di avere una misura dettagliata del problema alimentare e, per il paziente, di avere dei *feed-back* sul proprio comportamento alimentare. Alcuni autori (Yanovski e Sebring 1994) rilevano inoltre come vi siano differenze tra i diversi tipi di disturbi alimentari nell'accuratezza della compilazione del diario. È emerso ad esempio che i pazienti con BED sono più accurati nel riportare l'introito calorico a differenza dei pazienti con la sola obesità. Tuttavia altre ricerche hanno dimostrato che sia il soggetto con BN che il soggetto con BED mostrano un *bias* verso l'etichettare episodi di alimentazione come abbuffate. Cioè tali persone spesso valutano come eccessivo il consumo anche di piccole quantità di cibo quando

questo trasgredisce le loro ristrette regole alimentari. (Rossiter e Agras 1990). Inoltre Williamson et al. (1991) rilevano come i soggetti con BED spesso sovrastimano l'episodio di abbuffata a differenza delle persone con la sola obesità che tendono a minimizzare l'introito calorico assunto.

- controllo degli stimoli: è finalizzato all'apprendimento di strategie individuali che consentano di gestire meglio una serie di situazioni che favoriscono o scatenano l'assunzione di cibo. Usando le procedure di controllo degli stimoli, gli antecedenti di pattern alimentari disturbati vengono ridotti per includere solo quelli che promuovono un'alimentazione salutare. Per esempio il paziente può essere istruito a mangiare solo quando è seduto a tavola (e non davanti alla TV). Gli stimoli possono essere modificati utilizzando la pianificazione dei pasti o alterando il ritmo dei pasti e in generale modificando l'azione dell'*eating* (velocità, uso di utensili, masticazione)
- TERP (*Temptation with Exposure Response Prevention*): a differenza della ERP (Esposizione con prevenzione della risposta), classicamente utilizzata nella bulimia e che cerca di prevenire comportamenti compensatori (vomito, etc) dopo aver mangiato, la TERP (Tentazione con Esposizione e Prevenzione della Risposta) si occupa di prevenire il *Binge Eating* sottoponendo la paziente all'esperienza sensoriale (odore, vista) di cibi preferiti prevenendo l'abbuffata (Williamson D.A et al.,1999).
- tecniche diversificate di rinforzo del comportamento (per es. utilizzando un sistema a punteggi).
- Con l'avvento del cognitivismo l'attenzione viene spostata sui processi di funzionamento mentale e sul finire degli anni '80 prende corpo il concetto di "ristrutturazione cognitiva" che insieme all'uso di tecniche metaforiche e successivamente al *problem solving* e il *decision-making* vengono applicati al trattamento dell'obesità (Perri et al. 1992).

La componente cognitiva della terapia focalizza l'attenzione sul riconoscimento e modifica di pensieri, credenze e aspettative disfunzionali che predispongono a travisare le proprie esperienze. Tale metodo è chiamato ristrutturazione cognitiva. Utilizzando questo metodo, i pensieri irrazionali sono identificati, messi alla prova, discussi e sostituiti con alternative più realistiche di pensiero.

Le tecniche metaforiche (Brownell, 1991) vengono inserite nella ristrutturazione cognitiva poiché danno la possibilità di trasmettere istruzioni in modo non direttivo, attenuando l'aspetto di critica o giudizio permettendo una comprensione intuitiva di fenomeni difficili da capire e comunicando qualcosa senza rivolgersi direttamente alla persona

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), in generale, sia individuale che di gruppo è incentrata su:

- *informazione del paziente* circa il cibo, gli alimenti e i sistemi metabolici coinvolti;
- *analisi del comportamento alimentare* tramite automonitoraggio quotidiano (diario alimentare) e controllo settimanale del peso;
- riconoscimento delle connessioni tra cognizioni, affetti e comportamento.

- educazione all'autocontrollo e all'osservazione del proprio modo di assumere il cibo in rapporto a pensieri ed emozioni;
- individuazione dei principali meccanismi psicologici che conducono all'abbuffata e modificazione di questi.

Rispetto all'intervento comportamentale tradizionale, l'introduzione, sia nella fase di assessment che di terapia, delle variabili cognitive ed emotive connesse con il problema alimentare, consentirebbe una comprensione più ampia dell'aspetto da curare e presuppone l'utilizzo di strategie terapeutiche (tecniche di *problem-solving*, *decision making* e di ristrutturazione cognitiva) che tengano conto di questi parametri. I risultati sembrano indicare come, nel medio e lungo periodo, l'approccio cognitivo-comportamentale favorisca un mantenimento dei risultati ottenuti nei primi mesi di terapia, a differenza di quanto risulta dalle indagini di *follow-up* sull'approccio comportamentale tradizionale (Casacchia M. et al., 2000).

La CBT agirebbe attraverso vari meccanismi ipotetici (Wilson e Fairburn, 1993):

- Modificando le attitudini abnormi verso peso e forme corporee riduce la frequenza delle abbuffate e del vomito;
- Riducendo la restrizione dietetica che a sua volta riduce il *binge-eating*. Ad un livello cognitivo la riduzione della restrizione dietetica è importante perché dissolve il pericolo del pensiero tutto-o-nulla rispetto al cibo;
- Aumentando l'auto-efficacia poiché, facendo mangiare diversi tipi di cibo, senza perdere il controllo, aiuta a fronteggiare quelle situazioni che elicitano il *binge eating*: l'aumento dell'auto-efficacia è associato a diminuzione del *binge eating*;
- Attraverso l'esposizione ai "cibi proibiti" (all'interno di pasti regolari) estinguendo l'ansia che segue all'introito di questi;
- bloccando, attraverso lo sviluppo di abilità di *coping* e il *problem solving*, lo schema di azione del *Binge eating* che si attiverebbe in risposta a specifiche situazioni.

Considerata l'elevata incidenza di obesità in soggetti con BED, sarebbe opportuno prestare un'attenzione particolare al problema "obesità", attraverso un approccio complementare, aggiuntivo, a quello utilizzato per il BED. A tal riguardo alcuni autori (Faith M.S. et al., 2000) propongono un approccio comportamentale al problema dell'obesità secondo più livelli che partono dalla modifica del peso corporeo all'accettazione del sovrappeso e si rivolgono sia al singolo che ai gruppi e alla società. Secondo tali autori l'intervento comportamentale dovrebbe provvedere a fornire in un primo momento quelle abilità per ridurre e mantenere il peso, successivamente promuovere e incrementare l'attività fisica e infine, intervenendo sul versante dell'accettazione dell'obesità, fornire a tali soggetti quelle competenze cognitive e comportamentali per fronteggiare la discriminazione sociale verso l'obesità. Gli autori prevedono altresì la promozione a livello sociale sia di abitudini antitetiche allo sviluppo dell'obesità, sia di interventi volti a ridurre il pregiudizio e la discriminazione sociale sia volti all'accettazione attraverso una visione più complessa e non stereotipata della persona con obesità.

In conclusione, la terapia del DAI, analogamente a quanto osservato per AN e BN, risulta complessa, esige tempi lunghi e necessità di un approccio integrato (al centro del quale si colloca l'intervento psicoterapico cognitivo-comportamentale), indirizzato sia al disturbo della condotta alimentare sia alla condizione di sovrappeso/obesità, visto anche l'effetto reciproco di potenziamento delle abbuffate e dell'incremento ponderale.

La Rosa e Liotti (1995) rilevano però come pur essendosi rivelati efficaci in molti casi, i protocolli di TCC incontrano una elevata percentuale di insuccessi nei casi più gravi di DCA, e in particolare in quelli in cui sussiste una comorbidità con i disturbi dissociativi (DD) e i disturbi *borderline* di personalità (DBP). La comorbidità tra DCA e DD o DBP viene spiegata, come conseguenza di un deficit o un'anomalia dei processi metacognitivi (monitoraggio cosciente dei contenuti dell'esperienza soggettiva, integrazione di memorie in strutture coerenti di significato) ai quali sarebbero anche correlate le alterazioni dello schema corporeo. Secondo i due autori, per affrontare adeguatamente questi problemi insiti nel DCA, il terapeuta dovrebbe privilegiare una conduzione attenta alla relazione terapeutica rispetto al tentativo di correggere le anomalie di pensiero attraverso le tecniche classiche di terapia cognitiva. Il razionale di tale necessità si baserebbe sulla dimostrata dipendenza dei processi metacognitivi dalla qualità della relazione interpersonale, soprattutto per quanto riguarda la sicurezza nell'attaccamento e la disposizione alla cooperazione paritetica in vista di obiettivi congiunti (come nella valida alleanza terapeutica).

Secondo La Rosa e Liotti, per ottenere una buona relazione terapeutica è necessario considerare, momento per momento, lo stato motivazionale del paziente, in rapporto ai cinque fondamentali sistemi di controllo del comportamento interpersonale (attaccamento, accudimento, competizione per il rango, sessualità, cooperazione).

Diversamente da quanto asserito in uno studio di Wilson et.al (2002) rispetto all'assenza di evidenze che supportino l'ipotesi che l'alleanza terapeutica (misurata attraverso HRQ) sia un mediatore di cambiamento nei disturbi alimentari, constatato sia su protocolli di trattamento CBT che di IPT, Blanco, Canestri e A.Redà (2005) ritengono di fondamentale importanza, durante i primi colloqui dell'intervento, porre particolare attenzione alla gestione della relazione terapeutica, cercando con il paziente sintonia, fiducia e collaborazione ponendo attenzione alla sensibilità di tali pazienti al giudizio altrui e alla spiccata tendenza a compiacerne le aspettative.

Inoltre tali autori suggeriscono di evitare contratti terapeutici finalizzati alla modificazione del peso corporeo, poiché, sostengono essere obiettivo sotto controllo assoluto del paziente e per questo aumenterebbe la possibilità di insuccesso. Ritengono inoltre che fissare obiettivi legati all'alimentazione potrebbe fuorviare dalla reale comprensione dei sintomi alimentari come strategia relazionale per fronteggiare una sensazione inconsistente e vaga di sé.

Blanco, Canestri e Reda sostengono dunque che solo dopo aver stabilito una relazione terapeutica collaborativa e sintonica, si possa procedere alla riformulazione del problema attraverso l'analisi dello scompenso psicopatologico e la dettagliata ricostruzione della storia clinica del paziente. Tale

riformulazione che si articola in più fasi avrebbe l'obiettivo di evidenziare ciò che è sotteso al sintomo alimentare ovvero la drammatica sensibilità all'esposizione del giudizio altrui. Su tale assunto viene impostato il cambiamento terapeutico poiché costituirebbe ingrediente fondamentale del senso di un Sé costruito interamente sulle conferme esterne. Per concretizzare questo obiettivo, il terapeuta guida il paziente da un contesto in cui l'esterno serve a spiegare l'interno a un contesto più soggettivo e esteriorizzato. L'incremento di consapevolezza degli stati interni determinerebbe una maggiore demarcazione dall'esterno e un miglioramento nella discriminazione tra i propri punti di vista e le aspettative dell'altro, fra le opinioni personali e altrui, in precedenza assunte come proprie. L'abbuffata, il digiuno o altri sintomi perderebbero così man mano di importanza in un processo di progressiva consapevolezza delle proprie caratteristiche cognitive, emotive, relazionali.

Utile strumento operativo a tale scopo viene identificato nella tecnica della "moviola" (Guidano 1991b) che consentendo l'identificazione e la consapevolezza degli stati emotivi (attraverso una ricostruzione a rallentatore, in piccole sequenze, di eventi emotigeni), ne facilita il loro riordinamento narrativo rispetto a situazioni vissute come perturbanti, permettendo di focalizzare e integrare meglio esperienze altrimenti confuse e/o disorganizzate.

Alla riformulazione del problema seguirebbe poi la ricostruzione dello stile affettivo, durante la quale il terapeuta fa rilevare come il disturbo alimentare abbia punteggiato e sottolineato l'intero andamento dei rapporti affettivi del paziente. In tali pazienti, il tema della delusione regola la formazione, il mantenimento e la rottura dei legami affettivi. Nella ricostruzione dello stile affettivo si assiste ad un riesame delle relazioni affettive ponendo attenzione alle caratteristiche invariante attraverso cui vengono strutturati, mantenuti e conclusi i legami sentimentali. La definizione di tali caratteristiche invariante consente un progressivo distanziamento dalle caratteristiche personali che il paziente riconosce come causa di disagio o di scompensamento. Tale distanziamento si sviluppa in un processo di acquisizione di un senso di sé maggiormente individualizzato, la cui stabilità risulta relativamente indipendente dall'andamento delle relazioni affettive. Di solito la fine di questa fase sarebbe correlata ad un graduale miglioramento della sintomatologia alimentare. Va da sé che questo metodo comporta un notevole allungamento dei tempi della terapia.

Conclusioni

Allo stato attuale non esistono protocolli specifici per il DAI, appoggiandosi, la cura di questo, su metodi in uso per altri disturbi del comportamento alimentare. Ciò è dovuto in parte all'assenza di una chiara classificazione diagnostica del DAI che viene identificato o con l'obesità o con la bulimia nervosa. L'accorpamento di tale disturbo ad altre categorie diagnostiche, non essendogli stata riconosciuta una sua chiara fisionomia, non consente di coglierne la reale complessità come di un disturbo a sé stante con sintomi e caratteristiche, anche di personalità, proprie. L'idea che si avvicina di più a questa ipotesi è forse il concetto proposto da Guidano (1987, 1991b) di "organizzazione di significato", ma è necessario considerare altresì che la commistione tra anoressia nervosa, bulimia e

obesità, pur illuminando su molte caratteristiche di personalità comuni che vanno oltre i sintomi manifesti, non consente, ancora, di cogliere quelle sfumature di significato che differenziano una “personalità” anoressica da una con obesità. Non condivido tra l’altro lo schiacciamento diagnostico del DAI all’interno dell’obesità, attribuendogli quelle caratteristiche di passività e rallentamento motorio che il DAI francamente non ha. Basta pensare alla fervida attivazione motoria ed emotiva che un’abbuffata richiede, sia essa soggettiva, oggettiva o semplice iperfagia e al “*craving*” che questa precede. Ci sono anche due altri concetti che allontanano la “personalità *binge*” da quella bulimica e ancora di più da quella anoressica, ovvero la perdita di controllo e la paura del giudizio. Mentre il soggetto con anoressia e/o bulimia lotta per evitare di andare in contro a queste due minacce, il soggetto “*Binge*” nella gran parte dei casi si è già confrontato con la perdita di controllo, ormai totale, e con il giudizio: verso se stesso per il “discontrollo” che sa di avere, dagli altri per le critiche e le discriminazioni che riceve per non avere una taglia “*small*”. Il problema viene così a spostarsi sui sentimenti di disperazione, rabbia e vergogna per il disturbo stesso e le sue conseguenze. Ciò si differenzia radicalmente dall’egosintonia con cui è vissuto il sintomo anoressico e in parte anche quello bulimico, soprattutto per la funzione immediata (controllare il peso) e anche interpersonale, che tale sintomo spesso svolge all’interno dei rapporti familiari e sociali.

La società attuale, includendo anche una parte del mondo scientifico che di alimentazione si occupa, che è portata a considerare normale avere una taglia XXS ed abominevole avere anche una taglia M o L, mostra incoerenza e cecità nel considerare l’anoressia e la bulimia “disturbi mentali” e il BED, “categoria proposta per ulteriori studi” relegando tali soggetti al ruolo di buontemponi e non persone portatori di una complessa e sottovalutata sofferenza emotiva che non va affrontata intervenendo esclusivamente sul controllo alimentare. Inoltre i modelli proposti di CBT sottovalutano l’importanza delle tecniche comportamentali, limitando il loro intervento al solo ambito alimentare quando invece tecniche utilizzate per il disturbo alimentare (controllo degli stimoli, esposizione etc), potrebbero efficacemente utilizzarsi in altri ambiti della terapia con un soggetto “*Binge Eater*”, come il funzionamento interpersonale (ad.es. perché non utilizzare l’“esposizione” oltre che ai cibi anche ai giudizi altrui, alla vergogna, alla colpa, alla rabbia o il “controllo degli stimoli” non potrebbe riguardare oltre quelli alimentari anche quelli interpersonali?). Studi di efficacia dovrebbero comparare protocolli comportamentali complessi a più livelli (alimentare, interpersonale, emotivo) con protocolli cognitivo-comportamentali classici nel valutare la maggior efficacia di un intervento rispetto all’altro.

Un approccio terapeutico al *Binge Eating* potrebbe, infine, avvalersi oltre che di interventi classici di CBT, anche di strategie mutate dalla terapia dialettico-comportamentale (M.Linehan 2001) come l’esposizione (secondo la riformulazione dialettico-comportamentale), l’uso di strategie dialettiche (ad es. *fare l’avvocato del diavolo, uso della metafora, l’estensione*) e le tecniche di “*mindfulness*” relativamente alla gestione dell’emotività (M. Linehan, 2001).

Appendice: L'indagine psicometrica nel Binge Eating

È finalizzata alla valutazione del comportamento alimentare, alla misurazione delle dimensioni psicopatologiche caratteristiche dei diversi disturbi dell'alimentazione (Ricca V. et al, 1998).

Questionari Autovalutativi

- *Eating inventory* (EI) (Stunkard e Messick, 1985): 51 items suddivisi in due parti. Misura tre aspetti del comportamento alimentare: 1) "restrizione", 2) "disinibizione", 3) "fame".
- *Binge Eating Scale (BES)* (Gormally et al., 1982): 16 gruppi di 3 o 4 affermazioni, misura i comportamenti, le sensazioni e gli aspetti cognitivi tipici dell'episodio di "Binge Eating".
- *Bulimic Investigation Test Edinburgh (BITE)*: è specifico per BN e DAI. Fornisce due punteggi riguardanti la presenza e la gravità dei sintomi. (Henderson et al., 1987).
- *Binge Scale Questionnaire (BS)* : strumento di screening per BN e DAI nelle popolazioni a rischio (Hawkins e Clement, 1980).
- *Bulimia Test (BULI)*: strumento di screening per BN, adattato ai criteri diagnostici del DSM-III-R (Thelen et al., 1991).
- *Eating Disorder Inventory (EDI / EDI-2)*: (Garner, 1991) 91 items a scelta multipla suddivisi in 11 sottoscale: valuta i sintomi comunemente associati ad AN e BN, utile per identificare caratteristiche comportamentali e psicologiche associate con il *Binge Eating*;
- *Eating Questionnaire-Revised (EQ-R)*: specifico per Bulimia è composto da 12 domande secondo i criteri diagnostici del DSM-III). (Williamson et al., 1989)
- *Eating Symptoms Inventory (ESI)*: specifico per lo studio delle abbuffate (Whitaker e al., 1989).
- *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*: specifico per DAI secondo i criteri diagnostici del DSM-IV (Spitzer e al., 1993).
- **Interviste cliniche strutturate**
- *Eating Disorder Examination (EDE)*: misura, secondo i criteri del DSM IV, quattro aree psicopatologiche connesse con il comportamento alimentare: restrizione, preoccupazione per il cibo, per il peso e per la forma del corpo (Fairburn e Cooper, 1993). Utile per AN, BN, DAI ed obesità.
- *Back Depression Inventory (BDI)* (Beck et al., 1961): 21 gruppi di 4 affermazioni ciascuno, misura sintomi ed atteggiamenti descrittivi di pazienti depressi.
- *State - Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberg et al., 1986): 40 items divisi in due parti. La prima misura lo stato d'ansia nel momento in cui il test viene somministrato (ansia situazionale "ansia-stato"); la seconda misura la cosiddetta "ansia di tratto".

Bibliografia

- Agras, W.S., Telc, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., Raeburn, S.D., Henderson, J., & Marnell, M. (1994). Weight loss, cognitive-behavioral, and deismipramine treatment in binge eating disorder: An addictive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.
- Alger, S.A., Schwalberg, M.D., Bigaouette, J.M., Michalek, A.V., & Howard, L.J (1991). Effect of a tricyclic antidepressant and opiate antagonist on binge-eating behaviour in normo-weght bulimic and obese, binge-eating subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53, 865-871.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*(4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Apfeldorfer, G. (1996). *Anoressia Bulimia Obesità*. Milano: Il Saggiatore.
- Ar dovini, C., Caputo, G., Todisco, P., & Dalle Grave, R. (1999). Binge eating and restraint model: Psychometric analysis in binge eating disorder and normal weight bulimia. *European Eating Disorders Review*, 7, 293-299.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571. Trad. it. In Beck A.T., *La depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Blanco, S., Canestri, L., & Reda, M.A. (2005). Un approccio costruttivista ai disturbi del comportamento alimentare. In G. Bara (a cura di) *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, volume II, (pp.141-193). Torino: Bollati Boringhieri.
- Borsello, O. Ed. (1998) *Obesità. Un trattato multidimensionale*. Kurtis, Milano.
- Brownell, K.D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy* 22, 1-12.
- Bruck, H. (1973) *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Casacchia, M., Mela, C. & Chiaravalle, E. (2000). Disturbi dell'alimentazione. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, Vol.6, num.1.
- Collins, J. K., Beumont, P.J.V., Touyz, S.W., Krass J., Thompson P., & Philips, T. (1987). Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese, and control subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 633-638.
- Cooper, P.J. & Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal of Psychiatry*, 171, 542-544.
- Dalle Grave, R. (1996). Question and answers. What are useful strategies for the treatment of binge eating disorders in the obese patient? *Eating Disorder: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 176-177.
- Dalle Grave, R. (1997). *Il peso ragionevole settimana per settimana*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (1997). Self-reported traumatic experiences and dissociative symptoms in obese women with and without binge.eating disorder. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 11-15.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press
- Dalle Grave, R., Todisco, P., & Oliosi, M.(1996). Binge eating disorder and weight cycling in obese subjects. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and prevention*, 1, 67-73.
- Dalle Grave, R., Rigamonti R., Todisco, P., & Oliosi, M. (1997). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4, 232-240.
- De Castro, J.M. (1995) The relationship of cognitive restraint to the spontaneous food and fluid intake of free-living humans. *Physiol Behav*, 57, 287-295.
- De Zwaan, M., Nutzinger, D.O., & Schoonbeck, G. (1992). Binge eating in overweight females. *Compr Psychiatry*, 33, 49-55.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.G. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. (1993). *The Eating Disorder Examination*. In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. 12th ed. New York: Guilford Press.

- Fairburn, C.G., Welch S.L., Doll H.A., & O'Connor, M.E. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry* 1997, 54, 509 – 517.
- Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (eds). (1993). *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., MPhil, D.M., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies B.A., & O'Connor M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder : a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55 (5), 425-432.
- Faith, M.S., Fontaine K.R., Cheskin L.J. & Allison D.B. (2000). Behavioral approaches to the problem of obesity. *Behavior Modification*, 24, 4, 459-493.
- Frederich, C.M. & Grow, V.M. (1996) A medatonal model of autonomy, self-esteem and eating disorder attitudes and behaviours. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 217-228.
- Garfinkel, P.E & Dorian, B.J. (1997) Factors that may influence future approaches to the eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 1, 1-16.
- Garfinkel, P.E. & Garnel, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorders 2. Psychological Assessment*. Odessa, FL: Resources, Inc., (Adattamento italiano (1995). EDI-2. (a cura di Rizzardi, M., Trombini G.) Firenze: Organizzazioni Speciali).
- Garner, D.M. & Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press: Verona.
- Gladis, M.M., Wadden T.A., Vogt, R., Foster, G., Kuhnel, R.H., & Barlett, S.J. (1998). Behavioral treatment of obese binge eaters: Do they need different care? *Journal of Psycosomatic Research*, 44, 375-384.
- Goldfein, J. A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.K., Kissileff, H.R., & Devlin M.J. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 427-431.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav*, 7, 47-55.
- Guidano, 1987 – 1991b; Arciero, 2002 in *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva Vol.II, (2005). G. Bara (a cura di). Torino: Bollati Boringheri.*
- Guss, J. L., Kissileff, H.R., Walsh, B.T., & Devlin, M.J. (1994). Binge Eating behavior in patients with eating disorders. *Obesity Research*, 2, 355-363.
- Hawkins, R.C., Clement, P.F. (1980).Development and construct validation of a self-report measure of binge eating tendencies. *Addictive Behaviour*, 5, 219-225.
- Henderson, M., Freeman C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-25.
- Hudson, J.L., Pope, H.G., Wurtman, J., Yurgelun-Todd, D., Mark, S., & Rosenthal, N.E. (1988) Bulimia in obese individuals: Relationship to normal-weight bulimia. *J Nerv Ment Dis*, 176, 144-152
- Lahteenmaki, L. & Tuorila, H. (1995) Three-Factor Eating Questionnaire and the use and liking of sweet and fat among dieters. *Physiol Behav*, 57, 81-88.
- Laporte, D.J. (1992). Treatment response in obese binge-eaters: Preliminary results using a very low calorie diet (VLCD) and behaviour therapy. *Addictive Behaviors*, 17, 247-257.

- Laporte, D.J. & Stunkard, A.J. (1990). Predicting attrition and adherence to a very-low-calorie-diet: a prospective investigation of the eating inventory. *Int J Obesity*, 14, 197-206.
- La Rosa, C. & Liotti, G. (1995). La diagnosi e la terapia dell'obesità sulla base della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali. *Psicobiattivo*, 1, 11-24.
- Linehan, M.M. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico.* Milano: Raffaello Cortina.
- Loro, A.D. & Orleans, C.S. (1981). Binge eating in obesity: preliminary findings and guidelines for behavioural analysis and treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 155-156.
- Lowe, R.M. & Caputo, G.C. (1991). Binge eating in obesity: Toward the specification of predictors. *Int J Eat Disorder*, 10, 49-54.
- Marcus, M.D. (1995) Binge Eating and Obesity. In: Brownell RD, Fairburn CG, (Eds), *Eating Disorders and Obesity*, (pp141-144). New York/London: Guilford Press.
- Marcus, M. & Wing, R. (1986). Binge eating in obesity. Presented at the Second International Conference on Eating Disorders. New York, 20 April.
- Marcus, M.D. (1993). Binge eating in obesity. Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment.* New York: Guilford, 77-96
- Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. Brownell, K.D. & Fairburn, C.G. (eds.) *Eating Disorders and obesity: A comprehensive handbook.* New York: Guilford, 441-444
- Marcus, M.D. (1997). Adapting treatment for patients with Binge-Eating Disorder. Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders.* New York: Guilford, 484-493
- Marcus, M.D., Wing, R.R., Ewing, L., Kern, E., McDermott, M., & Gooding W. (1990). A double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine plus behaviour modification in the treatment of obese binge eaters and non binge eaters. *American Journal of Psychiatry*, 147, 876-881.
- Marcus, M.D., Smith, D. E., Santelli, R., & Kaye W. (1992). Characterization of eating disordered behavior in obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 249-255.
- Marcus, M.D., Wing R.R., & Fairburn, C.G. (1995) Cognitive treatment of binge eating versus behavioural weight control in the treatment of binge eating disorders. *Annals of Behavior Medicine*, 17, S090.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., & Hopkins, J. (1988) Obese binge eaters. Affect, cognitions and response to behavioural weight control. *J. Consult Clin Psychol*, 9, 69-77.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., & Hopkins, J. (1988) Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioural weight control. *J Consult Clin Psychol*, 56, 433-439.
- Myles, S.F., Kevin, R.F., Lawrence, J.C., & David, B.A. (2000). Behavioral Approaches to the Problems of Obesity. *Behavior Modification*, Vol. 24, N° 4, 459-493.
- Pancheri, P., & Cassano, G.B. (1999) *Trattato italiano di psichiatria.* Milano: Masson Italia
- Patton, GC. (1988). The spectrum of eating disorders in adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 579-584.
- Perri, M.G., Nezu, M.A., Viegner B.J. (1992). *Improving the long-term management of obesity : Theory, research, and clinical guidelines.* New York: Wiley Press.
- Polivy J & Herman C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 635-644.

- Polivy, J. & Herman, C. (1976). Clinical depression and weight change: A complex relation. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 601-606
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Prather, R.C. & Williamson, D.A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating, and obesity. *International Journal of Eating Disorder*, 7, 177-184.
- Ramacciotti, C.E., Coli, E., Passaglia C., Lacorte, M., Pea, E., & Dell'Osso L. (2000). Binge eating disorder: prevalence and psychopathological features in a clinical sample of obese people in Italy. *Psychiatry Research*, 15, 94 (2), 131-138.
- Ricca V, Mannucci E, Di Berardo M, Cabras PL, Rottella CM, & Faravelli C. (1998) Disturbo da Alimentazione Incontrollata. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2, 223-239.
- Ricca, V., Mannucci, E., Moretti, S., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Cabras, P.L., Rotella, C.M. (2000). Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (2), 111-115.
- Rodin, J., et al. (1985). Women and weight: A normative discontent. Sonderegger, T.B. (Eds.) *Psychology and Gender: Nebraska Symposium on Motivation*, 1984. Lincoln: University of Nebraska Press, 267-307
- Rosen, J.C. (1990). Body image disturbance in eating disorders. Cash, T.F. & Pruzinsky, T. (Eds.). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford, 190-214.
- Rosen, J.C., (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford, 188-201.
- Rossiter, E.M. & Agras W.S. (1990) An empirical test of the DSM-III definition of binge. *International Journal of Eating Disorder*, 9, 513-518.
- Rossiter, E.M., Agras, W.S., Telch, C.F., Bruce, B. (1992). The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 111-120.
- Rotella C.M., Ricca V., & Mannucci E, Eds (1997). *L'Obesità. Manuale per la diagnosi e la terapia*. Firenze: SEE.
- Shisslak C.M., Crago M., & Estess L.S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 3, 209-219.
- Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A.(1983). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adatt. it. a cura di Pedrabissi, L., Santaniello, M. 1986, Firenze: Organizzazioni Speciali)
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., & Yanovski, S. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203
- Spitzer R.L., Yanovsky S.Z. & Marcus M.D. (1993). The Questionnaire on Eating and Weight pattern-revised (QEWP-R). New York: New York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R.L. Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J. Hasin, D., & Horne, R.L.(1993). Binge eating disorder: Its Further Validation in a Multisite Study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153
- Stice E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.

- Striegel-Moore RH. *Prevention of bulimia nervosa: questions and challenges*. In: Crowther JH, Tennebaum DL, Strober M, eds. *Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients*. Journal of Psychosomatic Research 1980;24:353-359
- Stunkard, A.J. & Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 55, 524S-532S.
- Stunkard, A.J., Messick, S. The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition, and hunger. J Psychosomatic Res 1985, 29: 71-83.
- Telch, C.F., Agras, W.S., & Rossiter E.M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 115-119.
- Thelen M.H., Farner J., Wonderlich S. & Smith M. (1991) A revision of the bulimia Test: the BULIT-R. *Psychological Assessment* , 3, 119-124.
- Thompson, J.K. (1992). Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM IV diagnostic category – Body Image Disorder. Hersen, M. et al. (Eds.). *progress behaviour modification*, Vol 28. Sycamore. IL:Sycamore, 3-54.
- Thompson, J.K. (1996). Body image, eating disorders, and obesity: An emerging synthesis. J.K. Thompson (Eds.). *Body image, eating disorders, and obesity: An integrative guide for assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 1-20.
- Tiggemann, M. & Rothblum, E.D. (1988). Gender differences in social consequences of perceived overweight in the United States and Australia. *Sex Roles*, 18, 75-86.
- Wadden, T.A. & Stunkard, A.J. (1985). Psychopathology and obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 55-65
- Wadden, T.A. Foster, G.D. & Letizia, K.A. (1992). Response of obese binge eaters to treatment by behavioural therapy combined with very low calorie diet. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 60, 808-811.
- Wadden, T.A., Stunkard, A.J., Brownell, K.D. & Day, S.C. Advances in the treatment of moderate obesity: combined treatment by behaviour modification and very-low-calorie-diet. In: Management of obesity by severe caloric restriction. G.L. Bray. (Eds.) Littleton, MA: PGS, 1985, p312-319.
- Whitaker A., Davies M. & Shaffer D. (1989) The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19,143-163.
- Wilfley, D.E., Friedman M.A., Douchis, J.Z., Stein R.I., Welch R.R., & Ball S.A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder : relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641-649.
- Williamson D.A., Davis C.J., Goreczny A.J., Bennett S.M. & Watkins PC. (1989) The Eating Questionnaire-Revised. A new symptom checklist for bulimia. In: Kella P.A., Ritt Lg, eds. *Innovations in clinical practice: a source-book*. Sarasola: Professional Resource Exchange, 321-329.
- Williamson D.A., Gleaves D.H. & Lawson O.J. (1991) Biased perception of overeating in bulimia nervosa and compulsive binge eaters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 257-268.
- Williamson D.A., Muller S.L., Reas D.L., Thaw J.M. (1999). Cognitive Bias in Eating Disorders: Implications for Theory and Treatment. *Behavior Modification*, Vol. 23, N° 4, 556-577

- Williamson D.A., White M.A., Crowe E.Y., Stewart T.M. (2004). Cognitive – Behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification*. Vol. 28, N° 6, 711-738.
- Wilson G. T. and Fairburn C.G. (1993). Cognitive Treatment for Eating Disorders. American Psychological Association. Inc. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 61. N° 2, 261-269.
- Wilson G. T., Agras W.S., Fairburn C., Walsh T., & Kraemer H. (2002). Cognitive-Behavioral therapy for bulimia nervosa: Time Course and Mechanisms of Change. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, Vol. 70, N°.2, 267-274.
- Wilson G.T., & Viotusek K.M. (1999). Self – Monitoring in the Assessment of Eating Disorders. American Psychological Association Inc. *Psychological Assessment*, Vol. 11, N° 4, 480-489.
- Wilson, G.T. & Smith, D. (1989). Assessment of bulimia nervosa: An evaluation of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173-179.
- Wilson, G.T. (1993). Assessment of binge eating. In: Binge Eating: Nature, assessment, and treatment. C.G. Fairburn, G.T. Wilson. (Eds.) New York: The Guilford Press, 1993, p227-249.
- Wilson, G.T., Nonas C.A., & Rosenblum, G.D. (1993). Assessment of binge-eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25-34.
- Yanovski S.Z. & Sebring N.G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-150.
- Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, & Spitzer RL.(1993) Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.
- Yanovski, S.Z., Leet, M., Yanovski, J.A., Flood, M., Gold, P.W., Kissileff, H.R., & Walsh, B.T. (1992). Food selection and intake of obese women with binge-eating disorder. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 975-980.

Dott.ssa Alessandra Tronci

Studio di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale, Lecce
Specializzata APC Lecce, Training R. Mosticoni, A. Semerari, G. Di Maggio
e-mail: alextronci@libero.it

Interventi antistigma: un progetto pilota di implementazione di abilità sociali e assertive nel paziente psichiatrico

Mariangela Lanfredi¹

¹Ricercatrice IRCCS San Giovanni di Dio FBF, Brescia

Riassunto

La ricerca ha individuato nello stigma sociale e nello self-stigma dei fattori che ostacolano il funzionamento sociale e psicologico delle persone che soffrono di un severo disturbo mentale.

Scopo dello studio è descrivere un gruppo psicoeducazionale per ridurre le credenze negative circa la malattia mentale, migliorare lo stigma coping e sostenere l'autostima in pazienti afferenti a una struttura psichiatrica residenziale. Il progetto pilota ha coinvolto tre gruppi sperimentali: gruppo di controllo, gruppo E (intervento educativo), gruppo S (educativo e implementazione abilità sociali). Il ridotto campione di dati attuale consente un'analisi descrittiva dei risultati. Nonostante queste limitazioni, i riscontri clinici hanno raccolto una buona considerazione dell'intervento da parte dei pazienti.

Summary

Recent research has assigned a prominent role to social stigma and self-stigma as factors that impair the social and psychological functioning of persons with serious mental illnesses. Aim of the study is to illustrate a psycho-educational group treatment to decrease internalized stigma, overcoming negative beliefs, improve stigma-coping and promote self-esteem in patients with schizophrenia in a psychiatric residential reahabilitation center. The pilot program involved three groups: Control group, Educational group, Antistigma group (educational and social skills training). The small size of the sample allow only a description of the results. Despite these limitations, the clinical findings showed that the a lot of patient found the intervention useful.

Il progetto

Lo stigma nei confronti delle persone che soffrono di malattia mentale agisce come fattore antiterapeutico e ha effetti negativi tanto da costituire una "seconda malattia" (Finzen, 1996). Esso si concretizza a livello pubblico attraverso stereotipi negativi concernenti aspetti quali la pericolosità, l'inguaribilità, l'irresponsabilità, l'improduttività o l'imprevedibilità. Gli stereotipi, quali forme di conoscenza socialmente condivise capaci di generare atteggiamenti e aspettative, sono la base dei pregiudizi che implicano valutazioni e correlate reazioni negative sul piano emotivo; ad essi consegue il processo di discriminazione che può creare notevoli impedimenti per le persone con disturbi psichiatrici quali l'isolamento sociale, l'emarginazione e una condizione di grave svantaggio nel trovare lavoro e un'abitazione. Sembra che la popolazione riconosca la patologia psichiatrica attraverso quattro segnali

(Corrigan 2000; Penn e Martin 1998): sintomi psichiatrici, deficit nelle abilità sociali, l'aspetto esteriore e le etichette.

Allo stigma pubblico è da aggiungersi il cosiddetto "self-stigma", ossia il pregiudizio che le persone affette da disturbi mentali rivolgono verso se stesse, interiorizzando gli stereotipi negativi dell'ambiente sociale. L'individuo sviluppa di conseguenza vissuti di inferiorità e di inadeguatezza che lo portano ad autoisolarsi e ad amplificare paradossalmente la discriminazione di cui è vittima. Inoltre, la persona affetta da malattia mentale, avendo maturato delle aspettative circa possibili esperienze di discriminazione e rifiuto (Link, 2002), può cercare di evitare possibili esiti negativi adottando personali strategie di coping (ad esempio segretezza circa la storia di trattamento, sfida, educazione degli altri, distanziamento, limitazione delle interazioni sociali), che possono rivelare dei costi ulteriori.

Lo stigma è anche un importante fattore che contrasta la compliance nell'ambito della terapia farmacologica (Perkins, 2002). L'assunzione di farmaci è oggetto di stigmatizzazione da parte dell'opinione pubblica in quanto conferma della malattia e della sua gravità. Inoltre la presenza di effetti indesiderati dei farmaci possono influire negativamente sulla qualità di vita e sul vissuto dei pazienti.

Vari studi dimostrano che se da un lato "la coscienza di malattia" migliora la prognosi conducendo ad un maggiore aderenza ai programmi terapeutici, d'altra parte, le persone che non ritengono di essere malate, hanno un migliore funzionamento sociale. Secondo Link (2001) i pazienti che accettano di essere malati hanno una minore autostima poiché fondamentalmente sentono di avere meno controllo sulla propria vita.

Secondo Hayward e Bright (1997) la lotta allo stigma deve essere effettuata, oltre che a livello sociale, anche a livello clinico, tramite una maggiore diffusione di approcci di tipo cognitivo-comportamentale, che potrebbero attenuare parzialmente gli effetti negativi prodotti dalla percezione da parte di ogni persona sofferente di un disturbo mentale dei comportamenti di discriminazione.

Obiettivi generali

- Consapevolezza dello stigma pubblico, del self-stigma (autoetichettamento) e delle correlate possibili conseguenze.
- Sensibilizzare i pazienti nel riconoscere le esperienze di discriminazione.
- Fornire strumenti per affrontare situazioni spiacevoli e discriminanti.
- Intervento psicoeducativo sui modi di convivere con la malattia (i segni riconoscibili dello stigma).
- Sviluppare abilità sociali e assertive per facilitare il rapporto con gli altri.

Questo intervento pone come fondamentale la condivisione nel gruppo delle reali esperienze dei pazienti. Il suo punto focale è l'inclusione di una fase di stigma-coping costruita ad hoc sulle esperienze riportate dai pazienti. Poiché stigma pubblico e self-stigma influenzano negativamente il funzionamento sociale, come riportato dalla letteratura, in varie aree di vita, l'intervento volto ad un miglioramento delle

strategie di coping ha lo scopo di favorire l'uscita dall'auto-isolamento, di affrontare in modo più assertivo situazioni di pregiudizio e discriminazione e di favorire il rapporto con l'altro.

Campione

Il progetto coinvolge tre gruppi composti ciascuno da otto pazienti afferenti alla comunità residenziale e al Centro diurno dell'U.O. di Riabilitazione Psichiatrica presso IRCCS Centro S. Giovanni di Dio - FBF Brescia. Il progetto prevede tre diverse condizioni sperimentali:

- gruppo E: i pazienti ricevono un intervento psicoeducazionale focalizzato sullo stigma e la malattia mentale
- gruppo S: i pazienti sono sottoposti sia ad un intervento psicoeducazionale sia ad un intervento di social skills training rivolto all'aumento dello stigma-coping e lo sviluppo di abilità sociali e assertive.
- gruppo C: gruppo di controllo in lista di attesa che riceve un intervento di routine.

I criteri di inclusione erano: diagnosi psichiatrica dello spettro psicotico e consenso di adesione al programma, mentre criteri di esclusione erano il ritardo mentale medio-grave e la fase di scompenso psicopatologico. I pazienti sono assegnati ai gruppi E e S in maniera randomizzata, il gruppo C costituito da soggetti in lista d'attesa.

Intervento

Il programma è costituito da quattordici incontri di gruppo con cadenza settimanale condotti congiuntamente da un'educatrice e da una psicologa.

I Fase Focus group. La prima fase prevede l'utilizzo della tecnica del focus group per identificare opinioni, informazioni ed esperienze dei partecipanti circa i segni della malattia mentale, lo stigma pubblico e l'auto-stigma.

II Fase: Psicoeducazione. La seconda fase ha l'obiettivo di fornire informazioni corrette circa la malattia mentale, in particolare la schizofrenia e le sue terapie, lo stigma e la discriminazione e la discussione delle informazioni circa le credenze erranee diffuse nella società e la loro non attendibilità.

III Fase: Training abilità sociali. La terza fase prevede l'utilizzo di role playing e tecniche di problem solving al fine di implementare le competenze sociali e assertive per far fronte con minori difficoltà alle situazioni di discriminazione, facilitare il rapporto con gli altri, promuovere una partecipazione più attiva del paziente alla propria cura e benessere.

Valutazioni - Il progetto prevede la valutazione di tutti i pazienti alla baseline, alla fine dell'intervento e al follow up dopo tre mesi, attraverso l'utilizzo dei seguenti strumenti: *DISC-10*. Discrimination and Stigma Scale (INDIGO, 2005) (baseline); *QOU*. Questionnaire on users' opinions about schizophrenia (Magliano L., 2006); Test *SIB-r*. Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo (W. Arrindell, trad. it. Soresi et al., 2004); *Self Report Insight Scale* (Birchwood, 1994; Roncone et al. 2003); *Rosenberg*

Self-Esteem Scale (Rosenberg 1965; Prezza M. et al., 1997); *COPE*, Coping Orientation to problems experienced (Sica C. et al., 1997); *PANSS*, Positive and Negative Syndrome Scale (Kay et al. 1987).

La ricerca è attualmente in corso, sono in seguito descritti i primi risultati.

Presentazione dei dati

Variabili	Gruppo C (N=10)	Gruppo S (N=8)	Gruppo E (N=7)
Sesso, N (%)			
<i>Maschi</i>	8 (80%)	3 (37,5%)	4 (57%)
<i>Femmine</i>	2 (20%)	5 (62,5%)	3 (43%)
Età, anni, media (DS)	42,4±9,7	45,5±9,7	43,6±11,8
Scolarità, anni, media (DS)	9,6±2,3	10,87±3,2	9,4±4,6
Modalità di cure ricevute			
<i>Residenziale*</i>	6	6	6
<i>Centro diurno</i>	4	2	1
Diagnosi (DSM IV), N (%)			
<i>Schizofrenia</i>	9 (90%)	8 (100%)	6 (75%)
<i>Disturbo schizoaffettivo</i>			1 (12,5%)
<i>Disturbo delirante</i>	1 (10%)		
<i>Psicosi NAS</i>			1 (12,5%)
Drop out		2 (1 maschio 1 femmina)	1 (1 maschio)

* Dimissioni entro 3 mesi dal termine dell'intervento: gruppo C=2 (2 maschi), gruppo E=3 (1 maschio e 2 femmine), gruppo S=1 (1 maschio).

T0= Inizio intervento; T1= Fine intervento; T2= Follow up a tre mesi dalla fine dell'intervento. Non è stato sempre possibile rispettare il follow up nei tempi stabiliti a causa di alcune dimissioni o per ricoveri in SPDC.

Data l'esiguità del campione non vengono differenziati i soggetti per sesso.

Tabella I. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione esaminato (N=25), suddiviso in gruppo di controllo e due gruppi sperimentali

PANSS

La Positive and negative syndrome scale è stata valutata nei tre tempi da uno stesso psichiatra. Sono stati considerati i punteggi totali e i sintomi positivi e negativi.

		Gruppo C	Gruppo S	Gruppo E	TOTALE
PANSS	T0	N (10) 62,10 ± 12,2	N (7) 66,14 ± 10,0	N (7) 53,57 ± 12,8	N (24) 60,79 ± 12,3
	T1	N (10) 58,70 ± 14,7	N (6) *61 ± 13,8	N (6) 53 ± 12,9	N (22) 57,77 ± 13,7
	T2	N (8) 62,63 ± 23,3	N (6) 69,83 ± 15,1	N (5) 59 ± 11,9	N (19) 63,95 ± 18

Tabella II. Media dei punteggi totali alla PANSS

Per quanto riguarda i punteggi totali, non emergono differenze significative fra i gruppi, i punteggi maggiori di psicopatologia si trovano nel gruppo Stigma. Si nota una riduzione significativa ($p=0,01$) dei

punteggi in T1 del gruppo S e non significativa nel gruppo C. Nel tempo T2 si nota un aumento non significativo dei punteggi per i gruppi S e E.

DISC

L'intervista DISC-10 è composta da 50 item e ha l'obiettivo di ottenere informazioni su come i soggetti si siano sentiti trattati in modo differente, rispetto a persone che non hanno problemi psichiatrici, a causa del fatto che di avere una malattia psichica e delle conseguenze di questa. Gli ambiti riguardano le relazioni interpersonali, la situazione abitativa, l'istruzione, la vita familiare, il lavoro, trasporti e viaggi, aspetti finanziari, community life, servizi sociali e sanitari, privacy e sicurezza. La scala in particolare considera quanto i partecipanti limitano il loro coinvolgimento in importanti aspetti della vita quotidiana, per esempio il lavoro e le relazioni interpersonali. I primi 32 item per la scala "experienced discrimination" permette di individuare due poli di valutazione, uno positivo e uno negativo (alto, moderato, lieve svantaggio, indifferente, alto, moderato, lieve vantaggio). Gli ultimi 9 item compongono la scala "anticipated discrimination" e contemplano le risposte "per nulla, un po', molto".

Per semplicità di esposizione sono indicati solo alcuni dati salienti dell'intervista. È stato inizialmente valutato il grado di accordo con la diagnosi ricevuta, i gruppi C e S hanno un disaccordo rispetto alla diagnosi ricevuta del 30% e 42%, il gruppo E evidenzia un'ambivalenza circa la diagnosi pari al 57,14%.

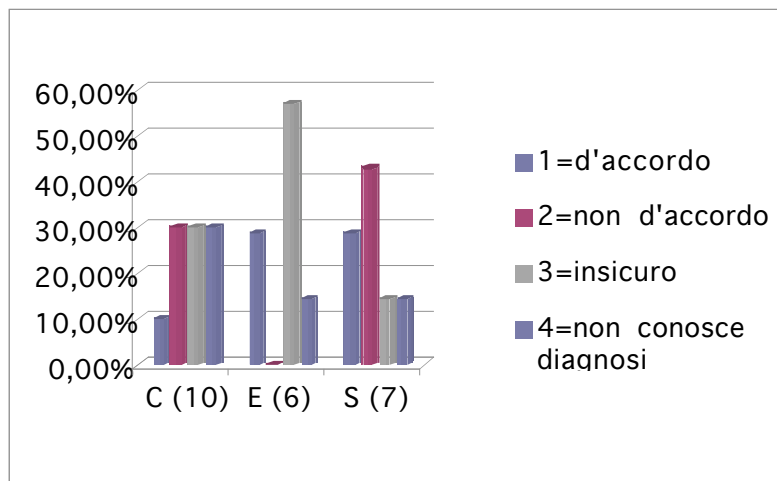


Figura 1. Percentuale di accordo con la diagnosi ricevuta

Subscale experienced discrimination

Le maggiori frequenze di risposta si evidenziano nei tre gruppi nelle aree delle relazioni interpersonali. Il gruppo C nell'item 18 individua maggiore vantaggio nel trattamento diverso ricevuto dai familiari in seguito alla diagnosi di malattia mentale rispetto allo svantaggio; tutti e tre i gruppi percepiscono un maggiore svantaggio nell'aver ricevuto una specifica diagnosi di malattia mentale (item 41). I soggetti in minor percentuale che sostengono il vantaggio della conoscenza della diagnosi, la considerano utile per dare un senso alla loro esperienza. Il gruppo E individua maggiori esperienze di svantaggio nelle relazioni

di amicizia e negli ambiti della vita associativa (item 10, 30). Il gruppo S si caratterizza maggiormente per la percezione di discriminazione negativa in ambito familiare (item 18).

Item	Gruppo C				Gruppo E				Gruppo S						
	disagio		vantaggio		disagio		vantaggio		disagio		vantaggio				
10 – amicizia	9	0	0,0%	1	11,1%	7	4	57,1%	1	14,3%	8	3	37,5%	1	12,5%
11 – vicini	8	0	0,0%	1	12,5%	5	3	60,0%	0	0,0%	7	2	28,6%	0	0,0%
12 – partner	8	1	12,5%	0	0,0%	6	3	50,0%	0	0,0%	6	3	50,0%	1	16,7%
15 – istruzione	4	1	25,0%	2	50,0%	3	2	66,7%	0	0,0%	3	1	33,3%	0	0,0%
16 – app. galante	9	1	11,1%	0	0,0%	4	0	0,0%	0	0,0%	4	1	25,0%	0	0,0%
17 – matrimonio	2	0	0,0%	0	0,0%	2	2	100,0%	0	0,0%	4	2	50,0%	0	0,0%
18 – familiari	10	2	20,0%	4	40,0%	7	1	14,3%	0	0,0%	8	4	50,0%	2	25,0%
19 – lavoro	4	1	25,0%	1	25,0%	6	3	50,0%	0	0,0%	6	2	33,3%	0	0,0%
29 – religione	8	1	12,5%	0	0,0%	5	0	0,0%	0	0,0%	5	1	20,0%	0	0,0%
30 – vita associat.	7	1	14,3%	0	0,0%	7	4	57,4%	0	0,0%	4	1	25,0%	0	0,0%
31 – Forze Ordine	4	0	0,0%	0	0,0%	7	2	28,6%	0	0,0%	5	1	20,0%	1	20,0%
33 – cure mediche	9	0	0,0%	2	22,2%	7	1	14,3%	0	0,0%	6	0	0,0%	1	16,7%
35 – privacy	9	0	0,0%	0	0,0%	7	3	42,9%	0	0,0%	8	3	37,5%	1	12,5%
36 – sicurezza	9	2	22,2%	0	0,0%	6	2	33,3%	0	0,0%	5	3	60,0%	0	0,0%
37 – avere figli	4	0	0,0%	1	25,0%	4	1	25,0%	1	25,0%	2	2	100,0%	0	0,0%
39 – cura figli	2	1	50,0%	0	0,0%	1	1	100,0%	0	0,0%	4	2	50,0%	0	0,0%
41 – diagnosi	10	6	60,0%	1	10,0%	6	3	50,0%	2	33,3%	8	4	50,0%	2	25,0%

Tabella III. *Distribuzione di frequenza nei due gruppi sperimentali, alcuni item della Subscale experienced discrimination*

Subscale Anticipated discrimination

Per quanto riguarda la personale reazione al fatto di avere una diagnosi di malattia mentale sono state rilevate le seguenti problematiche in seguito alla diagnosi:

item 42 –rinuncia a cercare o riprendere a lavorare o studiare

item 43 – rinuncia a cercare o mantenere una relazione interpersonale stretta

item 45 – sentirsi danneggiato dal contatto con lo staff dei servizi psichiatrici

item 46 – sentirsi evitati dagli altri

item 47 – sentire la necessità di nascondere la diagnosi agli altri

Il gruppo C è quello che si sente maggiormente danneggiato dal contatto con lo staff psichiatrico e che maggiormente insieme al gruppo S ha rinunciato nell'area lavorativa. Il gruppo E vede come area di maggior rinuncia i rapporti interpersonali. I gruppi S e E hanno un maggiore percezione di essere evitati dagli altri rispetto al gruppo C e coerentemente una valutazione di maggiore necessità di nascondere la malattia agli altri.

		Gruppo C					
		per nulla		un po'		molto	
din42	10	3	30,00%	3	30,00%	4	40,00%
din43	10	7	70,00%	2	20,00%	1	10,00%
dio45	10	5	50,00%	5	50,00%	0	0,00%
dio46	9	8	88,89%	1	11,11%	0	0,00%
dio47	9	5	55,56%	3	33,33%	1	11,11%
		Gruppo E					
		per nulla		un po'		molto	
din42	7	2	28,57%	2	28,57%	3	42,86%
din43	7	1	14,29%	5	71,43%	1	14,29%
dio45	7	5	71,43%	1	14,29%	1	14,29%
dio46	7	2	28,57%	3	42,86%	2	28,57%
dio47	7	1	14,29%	4	57,14%	2	28,57%
		Gruppo S					
		per nulla		un po'		molto	
din42	8	1	12,50%	4	50,00%	3	37,50%
din43	8	3	37,50%	1	12,50%	4	50,00%
dio45	8	5	62,50%	2	25,00%	1	12,50%
dio46	7	3	42,86%	3	42,86%	1	14,29%
dio47	8	3	37,50%	2	25,00%	3	37,50%

Tabella IV. Distribuzione di frequenza item Subscale anticipated discrimination

QOU

Il questionario è costituito da 50 item e valuta il grado di condivisione dei pazienti delle opinioni circa il disturbo di cui soffrono. Per quanto riguarda l'apprendimento di informazioni è stata fatta una valutazione del numero di risposte corrette ai seguenti 5 item (a scelta multipla):

N 44 - Le persone che hanno avuto disturbi mentali simili ai miei e che lavorano, se hanno un periodo di crisi devono portare un certificato di malattia; N 45 - Il Trattamento sanitario obbligatorio viene fatto quando una persona ha bisogno di essere curata, non se ne rende conto e rifiuta le cure, N 46 - Un TSO viene disposto per 7 giorni; N 47 - Un TSO viene disposto da due medici e dal sindaco; N 48 - Le persone che hanno disturbi mentali simili ai miei sono 1 su 100.

È rilevabile un certo grado di apprendimento che si riduce nel tempo per i gruppi S e E.

Dal grafico si evidenzia un maggiore impatto nel tempo per il gruppo Stigma rispetto al gruppo Educativo. Data l'esiguità del campione non è possibile trarre conclusioni, tuttavia considerata la rilevazione dei dati che in E è stata fatta immediatamente al termine dell'intervento educativo mentre per S alla fine dell'intervento totale, si può ipotizzare un maggiore impatto dell'intervento completo nella memorizzazione delle informazioni, mentre il gruppo E tende a tornare al valore iniziale.

La valutazione nel tempo delle definizioni di schizofrenia nell'item 50 e delle possibili cause del loro disturbo mentale negli item 3, 4, 5 da parte dei pazienti dei gruppi S e E non ha evidenziato differenze sostanziali fra le due condizioni. È rilevabile a livello qualitativo la maggiore conoscenza dei sintomi della

patologia, un numero maggiore di possibili cause considerate e una rivalutazione da parte di una paziente del gruppo E della incurabilità della schizofrenia in termini di possibilità di miglioramento. Gli studi di Mak et al. (2006) rilevano che nelle persone con diagnosi di schizofrenia, un migliore insight cognitivo e un'attribuzione interna di responsabilità delle cause del proprio disturbo sono associati significativamente con alti livelli di self-stigma. Gli autori suggeriscono un approccio educativo che riattribuisca la causalità ad una multi-fattorialità biologica, psico-sociale e ambientale per ridurre l'auto-stigmatizzazione. In questa ottica la considerazione di maggiori fattori causali costituisce un fattore utile nella direzione della riduzione dello stigma.

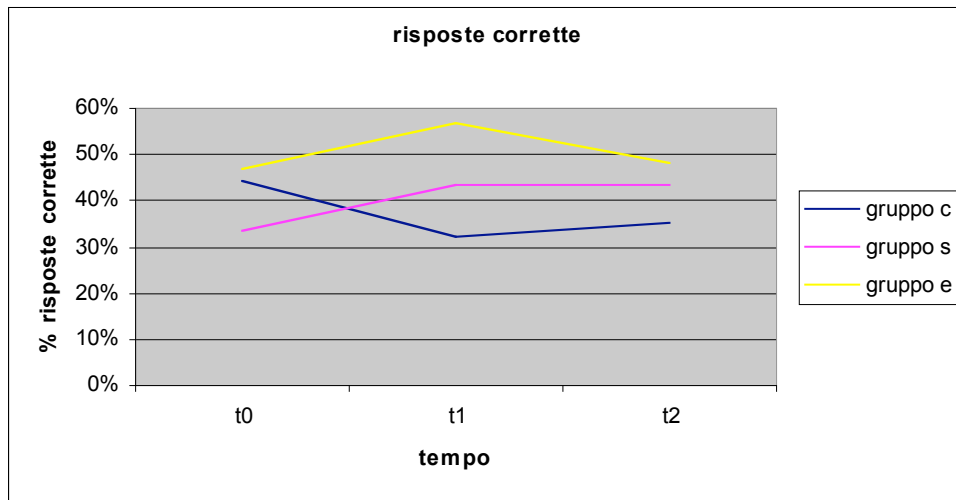


Figura 2. Percentuale di risposte corrette dei tre gruppi nei tre tempi

Per quanto riguarda le opinioni sui disturbi mentali è stata fatta una valutazione delle frequenze di risposta degli item dal 18 al 43 (escluso 38) sulle conseguenze psicosociali della schizofrenia.

In seguito sono descritti gli item dove si è rilevato un cambiamento di opinione nei tempi T1 e T2. Gli ambiti nei quali si osserva un mutamento di opinione riguardano la famiglia, le relazioni affettive, la prospettiva di miglioramento della salute mentale, il distanziamento sociale.

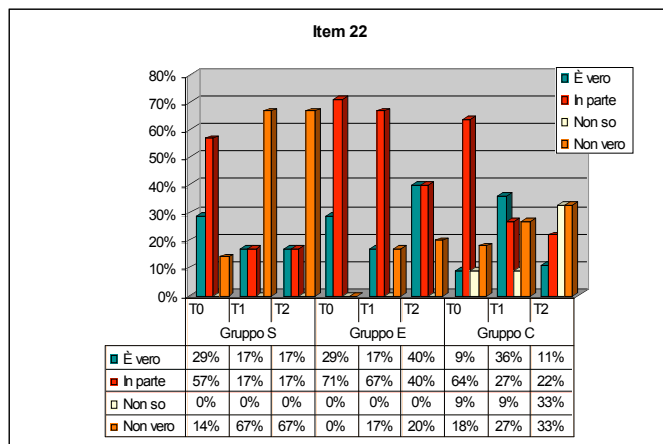


Figura 2. Percentuale di risposte corrette dei tre gruppi nei tre tempi

Item 22: *Le persone con disturbi simili ai miei sono un peso per la loro famiglia.*

Si nota una differenza nella distribuzione delle risposte del gruppo S tra T0, T1, T2 ($p=0,05$). Il gruppo S si sposta dal polo vero-vero in parte alla due scelte non vero o vero in parte. Il gruppo E non cambia idea, il gruppo C è diviso fra i due poli nel tempo.

Item 23: *Le persone con disturbi mentali simili ai miei sono accettate in famiglia.* I gruppi C e S si orientano nei tre tempi sul polo positivo di accettazione. Il gruppo S si differenzia per credere di essere accettato e di non essere un peso. Se si confermasse in ricerche ulteriori sarebbe un dato interessante del ruolo dell'intervento che si focalizza sulle abilità di comunicazione per fronteggiare lo stigma anche in famiglia.

23	Gruppo S			Gruppo E			Gruppo C		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
È vero	29%	50%	50%	29%	50%	40%	18%	18%	0%
In parte	29%	50%	50%	57%	50%	40%	64%	36%	67%
Non so	14%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	9%	11%
Non vero	29%	0%	0%	14%	0%	20%	9%	36%	22%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella Va. Tabelle della Frequenza percentuale del livello di accordo con le opinioni

Item 24: *La famiglia è un peso per le persone con disturbi mentali simili ai miei.* Il gruppo C è già orientato verso l'idea che non sia vero, mentre il gruppo E rimane sul versante positivo, ossia prevale l'opinione che sia un peso. Il gruppo S pur lievemente cambia idea verso il polo non è vero.

24	Gruppo S			Gruppo E			Gruppo C		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
È vero	14%	17%	17%	29%	17%	20%	18%	27%	11%
In parte	29%	33%	50%	57%	17%	40%	27%	9%	0%
Non so	29%	0%	0%	0%	17%	0%	9%	27%	33%
Non vero	29%	50%	33%	14%	50%	40%	45%	36%	56%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella Vb. Tabelle della Frequenza percentuale del livello di accordo con le opinioni

Item 28: *È difficile per le persone con disturbi mentali simili ai miei avere una storia d'amore, item 29 È difficile sposarsi.* Le risposte sono simili nei due item. Il gruppo C propende per il non è vero e mantiene l'opinione, il gruppo E resta nel polo opposto condividendo l'opinione, il gruppo S rafforza la sua opinione sul versante non è vero oppure vero in parte.

28	Gruppo S			Gruppo E			Gruppo C		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
È vero	14%	17%	17%	57%	50%	60%	27%	18%	22%
In parte	43%	17%	0%	29%	17%	20%	0%	0%	22%
Non so	0%	0%	0%	0%	17%	0%	18%	27%	11%
Non vero	43%	67%	83%	14%	17%	20%	55%	55%	44%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella Vc. Tabelle della Frequenza percentuale del livello di accordo con le opinioni

Item 25: *C'è poco da fare per le persone con disturbi mentali simili ai miei*. Il gruppo C è orientato verso non so, non è vero, il gruppo E si divide fra non è vero e vero in parte. Il gruppo S rafforza la sua opinione che non sia vero. Il gruppo S, pur partendo da una maggiore aspettativa positiva in partenza, mostra una stabilità a fronte di un intervento che può evidenziare diverse conseguenze negative dello stigma nella loro vita.

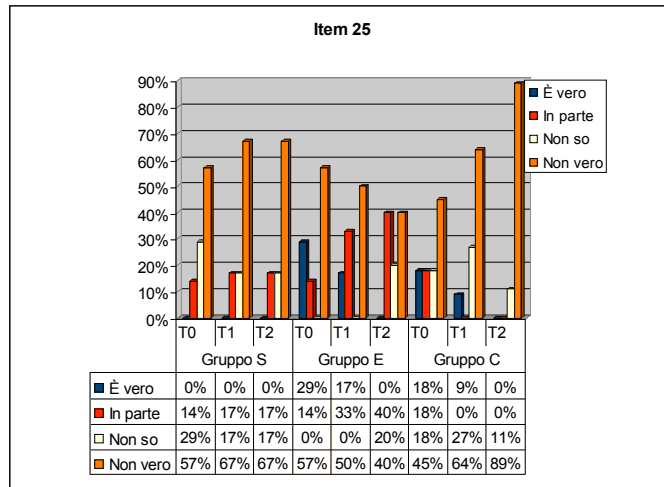


Figura 4. Item 25

Item 40: *Le persone con disturbi mentali simili ai miei sono tenute a distanza dagli altri*. Si nota una differenza nella distribuzione delle risposte del gruppo S tra T0, T1, T2 ($p=0,02$). Il gruppo C resta dell'opinione che le persone con un disturbo simile non siano tenute a distanza dagli altri. Il gruppo E passa dal credere principalmente che non sia vero al credere maggiormente che lo sia in parte o del tutto. Il gruppo S rinforza la risposta non è vero in T1 per poi dividersi nei due versanti in T2. Probabilmente gli interventi potrebbero aumentare la consapevolezza delle modalità di interazione con gli altri.

In conclusione sembra che il gruppo S abbia un'opinione di minor condivisione dello stigma in questi ambiti rinforzando la sua opinione o valutando la possibilità meno estrema. Resta da valutare quanto questo atteggiamento possa essere di aiuto nel fronteggiare alcune esperienze negative dello stigma.

RSE

La scala RSE misura l'autostima globale e comprende 10 item. Per la valutazione dei punteggi sono stati utilizzati i 4 punteggi della scala originale (Prezza, 1997). Gli item sono stati sommati ed individuato un punteggio totale. Questa scala è stata ampiamente usata con pazienti con gravi patologie psichiatriche.

I risultati nel tempo T0 sono medio-alti in tutti i gruppi. Il gruppo Stigma mostra un aumento non significativo del punteggio della scala in T1, che ritorna significativamente ($p=0,02$) ai valori precedenti in T2. L'esiguità del campione non consente una valutazione di questo dato.

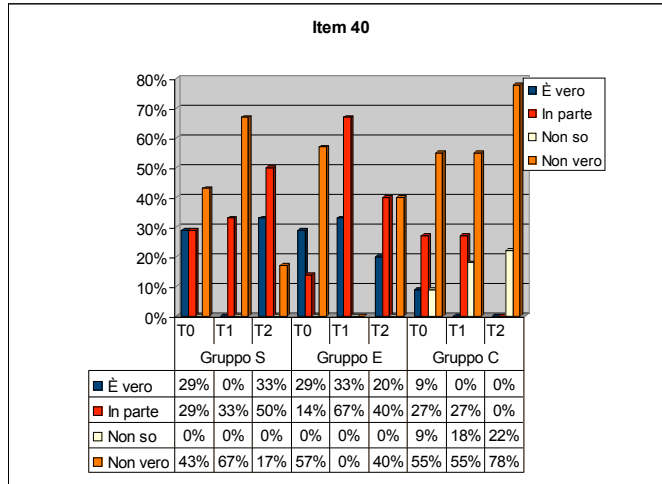


Figura 5. Item 25

Nello studio di Berge M et al. (2005) con 31 soggetti con diagnosi dello spettro psicotico è stata trovata una moderatamente forte correlazione fra maggiore stigma percepito e livello inferiore di autostima, diversamente da Link (2001) i cui studi trovano che lo stigma predica fortemente l'autostima nelle persone con gravi malattie mentali. Nello studio citato non si ritiene importante focalizzare il target dell'intervento sull'autostima, gli item dove l'autrice riscontra minore punteggio di autostima riguardano la sensazione di essere in grado di fare le cose bene come la maggior parte delle persone, sentirsi soddisfatti di se stessi e desiderio di avere maggiore rispetto di sé. Per queste ragioni si suggeriscono specifici interventi circa le abilità sociali per favorire le relazioni con gli altri e interventi che favoriscano la percezione del soggetto di appartenere alla comunità. In questa ottica si muove l'intervento progettato per il gruppo S.

		Gruppo C	Gruppo S	Gruppo E	TOTALE
RSE	T0	N (10) 29,40 ± 2,2	N (8) 29,0 ± 3,2	N (7) 25,5 ± 2,9	N (25) 28,2 ± 3,1
	T1	N (9) 29,11 ± 4,1	N (6) *32,0 ± 3,4	N (6) 25,0 ± 4,5	N (21) 28,7 ± 4,7
	T2	N (7) 30,5 ± 4,9	N (6) 28,8 ± 4,3	N (5) 27,4 ± 2,9	N (18) 29,11 ± 4,2

Tabella VI. Media dei punteggi totali al RSE

SRIS

La Self Report Insight Scale è uno strumento autocompilativo, comprende due parti, la prima si riferisce alla condizione in atto (Forma A) e la seconda ad una fase pregressa di malattia (Forma B). Ciascuna forma (8 domande) misura tre dimensioni: Insight Totale, Bisogno di cure e Consapevolezza malattia. Il soggetto valuta il suo grado di accordo con gli item, il range dei punteggi totali va da 0 a 16. Gli autori specificano che sono necessari ulteriori studi per accertare la sensibilità dello strumento al cambiamento e la capacità predittiva nei confronti dell'adesione al trattamento e degli esiti psicopatologici e sociali. In questo studio, durante la somministrazione ripetuta, si è rilevata nei soggetti in dimissione o in

remissione sintomatologia, la tendenza a ridurre l'adesione ad alcuni item: quando il paziente percepisce soggettivamente di stare meglio considera di avere minor bisogno di cure e visite mediche e questo nello strumento viene valutato come basso insight, allo stesso modo di chi non lo valuta necessario perché non consapevole della sua sintomatologia. In questo studio tutti i soggetti in dimissione hanno riportato valori più bassi a fronte della loro esplicitazione di un maggiore benessere percepito rispetto alla sintomatologia.

Diversamente dalle valutazioni fatte dalle interviste ai pazienti nelle quali è emerso individualmente un progressivo aumento della consapevolezza del disturbo, testimoniato anche dalla ricerca dei pazienti nei miei confronti per fare domande ed esprimere dubbi circa la loro diagnosi e dal resoconto degli psichiatri curanti che hanno ricevuto feedback in colloquio, i test non hanno rilevato cambiamenti significativi.

Si riporta per esemplificazione la tabella relativa all'Insight stato attuale. Il gruppo S che ha un maggiore punteggio alla Panss, ha un costante livello di insight inferiore agli altri due gruppi. Tuttavia, nello studio di De Risio (2000) si evince che il grado di consapevolezza di malattia nei pazienti con disturbo schizofrenico non è correlato con la gravità globale della sintomatologia. Gli autori notano invece alcune interessanti correlazioni fra alcuni sintomi e la consapevolezza di malattia in relazione sia ad episodi attuali sia del passato. I sintomi che sembrano maggiormente condizionare la riduzione della consapevolezza per l'attuale condizione di malattia sono rappresentati soprattutto dalle allucinazioni e dai deliri nella dimensione positiva e dalla compromissione attentiva in quella negativa (valutate in base alla SANS e alla BPRS). Nel presente studio i sintomi negativi e positivi sono stati valutati con la PANSS, il gruppo S e C vedono la riduzione della sintomatologia negativa e positiva nel tempo.

		Gruppo C	Gruppo S	Gruppo E	TOTALE
SRIS	T0	N (10) 11,10 ± 2,7	N (8) 9,0 ± 5,1	N (7) 12,43 ± 5,9	N (25) 10,8 ± 4,6
	T1	N (10) 10,10 ± 3,2	N (6) 9,6 ± 4,9	N (6) 11,17 ± 4,5	N (22) 10,2 ± 3,9
	T2	N (8) 8,38 ± 3,9	N (6) 9,3 ± 5,4	N (5) 10,8 ± 4,6	N (19) 9,3 ± 4,4

Tabella VII. Media dei punteggi totali al SRIS

SIBr

La SIBr è un scala di autovalutazione della assertività e delle interazioni sociali. La scala prevede due dimensioni, una considera il Disagio percepito e l'altra la Frequenza di emissione di comportamenti sociali. Lo strumento, auto-compilativo, è composto di 25 item per ogni forma e permette l'individuazione di un profilo e di un punteggio totale per le due dimensioni.

In questo lavoro ho osservato in particolare l'area del Disagio che è composta da diverse scale la cui somma permette di avere un punteggio di Assertività generale. Nella situazione di partenza i gruppi si differenziano per il grado di disagio percepito. Il gruppo C si colloca nella normalità, il gruppo E nella

fascia di alto disagio e il gruppo S a metà fra alto e normale disagio. Premesso che i cambiamenti non raggiungono la significatività, possiamo osservare in T1 e T2 che il gruppo C si colloca fra normale e basso disagio e in misura minore aumenta anche la percentuale di alto disagio. Nel gruppo E si riduce maggiormente la fascia di alto disagio verso la normalità. Entrambi i gruppi E e S nel tempo si distribuiscono nella fascia di alto e normale disagio. A livello individuale sono riscontrabili miglioramenti soprattutto nel gruppo E, la non omogeneità dei gruppi e l'esiguità dei campioni non permette confronti.

		T0	T1	T2
GRUPPO C	<=39	20,0%	40%	50%
	Tra 40 e 60	70,0%	40%	25%
	>60	10,0%	20%	25%
GRUPPO E	<=39	14,3%	17%	0%
	Tra 40 e 60	14,3%	50%	25%
	>60	71,4%	33%	50%
GRUPPO S	<=39	25,0%	17%	0%
	Tra 40 e 60	37,5%	50%	50%
	>60	37,5%	33%	50%

Tabella VII. Frequenza punteggi Assertività Generale scala Disagio

La riduzione della fascia di basso disagio nei gruppi E e S qualora fosse in futuro confermata da campioni più omogenei e rappresentativi potrebbe considerarsi l'esito dell'apprendimento di nuove informazioni e di una maggiore capacità di autovalutarsi nelle interazioni sociali (se a favore della normalità e non dell'alto disagio). In particolare si ipotizza che il gruppo S avendo ricevuto un intervento non solo educativo ma di training rispetto alle modalità di interazione sociale, sia più in grado di valutarci a fine intervento e si collochi in una fascia di punteggio maggiore.

L'area della Frequenza si riduce in modo non significativo in tutti e tre i gruppi.

COPE

Il Cope è uno strumento multidimensionale per la misurazione delle modalità di coping ovvero modalità di fronteggiamento mediante le quali gli individui rispondono a situazioni stressanti. Si compone di 60 item raggruppabili in 15 differenti sottoscale, che costituiscono ciascuna una specifica modalità di coping. Il Cope prevede la valutazione self-report, i soggetti devono indicare con quale frequenza attuano quel particolare processo di coping. Le possibili risposte si collocano su una scala a 4 punti. Per semplificazione sono stati utilizzati dei raggruppamenti in 5 fattori indicati per la nuova versione italiana (Sica, 2008): Sostegno sociale, Strategie di evitamento, Attitudine positiva, Orientamento al problema, Orientamento trascendente. Trattandosi di modalità abbastanza stabili del comportamento, non si ipotizza un cambiamento nell'utilizzo, ma la possibilità di utilizzarle in maniera meno rigida.

Per quanto riguarda le strategie che fanno riferimento al Sostegno sociale si rileva una riduzione nel gruppo E; le Strategie di evitamento si riducono solo in T1 nel gruppo S, l'Attitudine positiva aumenta nel

gruppo S e si riduce in E (per poi aumentare in T2), l’Orientamento al problema aumenta nel gruppo S in T1 e poi in T2 tendenzialmente in tutti i gruppi. Non sono possibili indicazioni in quanto i dati non sono significativi. Per quanto riguarda il gruppo E si rileva un aumento della sottoscala Reinterpretazione positiva e crescita (elaborare l’esperienza critica in termini positivi o di crescita umana) del fattore Atteggiamento positivo; nel gruppo S si ha una riduzione del Disimpegno mentale (distrarsi, sognare a occhi aperti, dormire più a lungo) del fattore Strategie di evitamento e un coerente aumento di Soppressione di attività interferenti (mettere da parte ogni altra attività per dedicarsi più efficacemente al problema) del fattore Orientamento al problema per il gruppo S.

	GRUPPO C			GRUPPO S			GRUPPO E		
	TO (10)	T1 (10)	T2 (8)	T0 (8)	T1 (6)	T2 (6)	TO (7)	T1 (6)	T2 (5)
OR. PROBLEMA	29,8	30,4	33,5	33,5	35,0	38,8	34,8	34,0	40,2
SOSTEGNO SOC.	29,8	30,2	31,6	29,7	28,8	30,1	35,7	32,1	32,8
EVITAMENTO	29,7	30,4	28,8	31,5	27,5	31,0	32,4	31,6	31,4
ATT. POSITIVA	30,6	31,8	30,1	32,3	33,3	38,5	37,5	33,6	40,0

Tabella IX. Medie di 4 fattori del COPE

Secondo gli studi di Sica et al. (2008) l’Attitudine positiva e l’Orientamento al problema sono strategie che sembrano proteggere dal disagio psicologico, al contrario di quelle di evitamento. Sembra inoltre che quando utilizzate nel processo di coping, il Sostegno sociale e l’Orientamento alla trascendenza non favoriscano da sole una condizione di benessere, forse perché favoriscono una certa passività.

Limiti e conclusioni

Come già esplicitato è necessario che i dati ottenuti siano ampliati su un campione adeguato di soggetti. Altri limiti consistono in valutazioni fatte unicamente con self-report, la mancanza di analisi di correlazione fra le scale per l’esiguità del campione e la non omogeneità dei gruppi.

Sarebbe interessante valutare nel tempo la sottoscala “anticipated discrimination” della DISC e utilizzare scale che misurino in modo specifico il self-stigma. Alcune di esse sono state validamente utilizzate in diversi studi. Una valutazione più accurata del grado di condivisione delle credenze circa il disturbo di cui soffrono e del livello di funzionamento sociale costituirebbe la base per una eventuale indicazione per l’intervento proposto.

Uno studio di Lysaker et al. (2008) ha analizzato il paradosso dell’insight ed ha individuato come lo stigma interiorizzato moderi l’associazione fra insight, funzionamento sociale, speranza e autostima nelle persone con diagnosi di schizofrenia. I risultati di questo studio evidenziano che:

- le persone con alto insight che condividono le credenze auto-stigmatizzanti hanno un basso livello di autostima e scarse relazioni interpersonali rispetto a quelle con alto insight che rifiutano lo stigma ossia non lo condividono;

- le persone con bassa consapevolezza che condividono lo stigma (anche se in misura minore rispetto al gruppo ad alto insight-moderato stigma) hanno maggiore autostima e speranza, ma non differiscono nel funzionamento sociale. Quindi sia l'accettazione dello stigma sia la mancanza di consapevolezza di malattia possono condurre all'isolamento sociale. Anche se non si può escludere che possa essere presente una componente neuro-cognitiva;

- il gruppo ad alto insight e stigma minimo ha significativamente meno difficoltà nel funzionamento sociale.

Alla luce di questi dati ritengo che il punto di forza di questo intervento sia di favorire un maggiore insight per una migliore aderenza alla terapia e allo stesso tempo di cercare di ridurre il self-stigma ossia la condivisione di certi stereotipi circa la malattia mentale per favorire il miglior funzionamento sociale. L'esperienza clinica sembra mostrare che nel gruppo Stigma le informazioni circa la malattia mentale si mantengano più a lungo rispetto al gruppo Educativo e che le opinioni circa le possibilità di miglioramento e il rapporto con gli altri si dirigano verso una maggiore aspettativa positiva. È probabile che la maggiore esemplificazione nelle simulate di situazioni possibili in vari ambiti abbia reso più articolate le aspettative, considerando esiti non necessariamente sempre negativi e una maggiore possibilità di gestione delle situazioni.

In conclusione, confido di avere presentato un progetto che ha rilevato un certo apprezzamento a livello clinico da parte dei pazienti, come illustrato in seguito, anche se gli strumenti di misura non specifici e l'esiguità dei soggetti non permettono di formulare ipotesi di efficacia.

Descrizione dell'intervento-pilota

L'intervento in seguito riportato è il primo gruppo pilota svolto per valutarne la fattibilità clinica, in seguito i successivi gruppi sono stati valutati con gli strumenti sopra descritti.

Il gruppo è composto da 8 pazienti con diagnosi di schizofrenia (età:34±9, scolarità:10±2). Cinque pazienti sono residenti in una Comunità psichiatrica ad alta e media protezione, tre frequentano un Centro diurno e in precedenza hanno avuto ricoveri in comunità protette.

Composizione del gruppo: Daria anni 22, Marcello anni 40, Romina anni 45, Mauro anni 48, Daniele anni 32, Sandra anni 28, Lucia anni 29, Simona anni 28 (i nomi sono inventati).

Il programma dell'intervento pilota è costituito da 13 incontri di gruppo con cadenza settimanale condotti congiuntamente da un'educatrice e da una psicologa. Gli incontri durano 1 ora e trenta minuti e si svolgono in cerchio insieme alle conduttrici.

Primo Incontro

Focus Group. L'obiettivo dell'incontro è una definizione di cosa sia il pregiudizio, verso quali persone si manifesti più comunemente e in quali ambiti. Innanzitutto si è cercato attraverso il focus group di creare un linguaggio comune al gruppo per quanto riguarda il concetto di pregiudizio. Si è scelto inoltre

di affrontare l'argomento partendo da un punto di vista più allargato considerando il pregiudizio un fenomeno di cui è oggetto non solo il paziente psichiatrico, ma un aspetto che riguarda la società nel suo complesso. Viene proposta una visione più ampia del problema affinché emerga dalle loro stesse riflessioni l'idea di essere parte della società, anche se quest'ultima può non essere corretta verso di loro e verso altre persone.

1) Che cosa significa per voi la parola pregiudizio?

Risposte:
<ul style="list-style-type: none">- giudicare in modo negativo a causa della fragilità- basarsi sulla prima impressione- accuse, giudizi negativi di conoscenti- razzismo ossia giudizi negativi verso alcune categorie di persone (ad esempio neri, cinesi, drogati, idee politiche diverse...)- giudizi dati prima di conoscere le persone- si parte già per colpire negativamente- basarsi solo sull'esteriorità senza guardare l'interiorità- idea fatta in fretta e incerta- persone che non hanno informazioni corrette

Una delle conduttrici scrive sulla lavagna le domande, i partecipanti sono sollecitati a rispondere liberamente.

2) Secondo voi nella società chi sono le persone che maggiormente sono oggetto di pregiudizio?

Sono trascritte le risposte dalle quali si evince l'estensione dello stigma nella società.

Rispetto al tema della malattia mentale, dalle loro risposte emerge solo la descrizione di persone che commettono atti violenti e sono protagonisti dei mass media.

Si evidenzia come la televisione e i giornali con le loro notizie "sensazionali" contribuiscano a perpetuare il pregiudizio poiché riportano solo alcuni aspetti e trascurano altri che fanno meno notizia, ma sono più informativi per la popolazione riguardo a questo argomento. Poiché le politiche sociali per il momento non daranno risultati rapidi, è interessante riflettere su cosa può fare ciascuno per migliorare la situazione nella sua vita quotidiana. Il messaggio che viene rinforzato è il seguente: "È importante che noi stessi diamo informazioni corrette quando si presenta l'occasione e per farlo è necessario essere noi i primi a possederle".

3) Secondo voi in quali ambiti si manifesta il pregiudizio?

Le risposte hanno evidenziato la diffusione dello stigma nei vari ambiti di vita, compresi la famiglia ed i luoghi di cura psichiatrici.

Esperienze personali. Sono emersi soprattutto il self-stigma e l'emozione della vergogna. I pazienti temono di rivelare dove vivono e hanno una scarsa conoscenza ed accettazione della malattia.

Diversi membri del gruppo avvertono il pregiudizio quando conoscono nuove persone o incontrano conoscenti e devono rispondere a domande circa il loro vivere in comunità e le motivazioni. Alcuni di loro riferiscono di cercare di evitare questi incontri casuali quando ritornano a casa.

Un altro luogo di pregiudizio è la famiglia, ad esempio il padre di Daria non capiva l'importanza della sua cura farmacologica, arrivando a sconsigliarla.

Alcuni partecipanti manifestano il bisogno di differenziarsi da quelli che sono reputati "pazienti più gravi". Ad esempio Romina quando frequenta il Centro diurno si accorge di stare lontano da alcune persone, "magari perché mi sembrano malate più gravemente o perché mi sono arrivate delle informazioni su di loro e penso sia meglio stare per i fatti miei".

Secondo incontro

Focus Group. Le conduttrici esplicitano le ragioni della scelta di affrontare la malattia mentale come argomento dell'incontro. È importante la consapevolezza di quello che "ci succede" per essere in grado di affrontare situazioni di discriminazione. È utile essere consapevoli e avere informazioni corrette per essere in grado di rispondere e correggere le informazioni sbagliate degli altri. Un obiettivo è fornire strumenti per affrontare la malattia in modo attivo, partecipando alla cura, scegliendo delle strategie che aiutino a riconoscere e gestire meglio alcuni sintomi più manifesti.

1) In generale che cosa è per voi la malattia mentale?

Risposte:
<ul style="list-style-type: none">- disturbi che riguardano la psiche- parte di noi che ha sofferto- disturbo del cervello- disturbo del comportamento ossia compiere atti "fuori dalla norma"- ansia, panico- schizofrenia- non ragionare- depressione- paranoia- isolamento- dolore- reazione a un lutto- passaggio da forme più lievi di malattia a forme più gravi e viceversa- malattia ereditaria

I partecipanti conoscono alcuni nomi di malattia, ma non ne conoscono le caratteristiche specifiche. Una sola persona usa il termine schizofrenia. Viene più tollerata la parola depressione.

2) Secondo voi qual è il disturbo di cui soffrite? Provate a descriverlo, quali caratteristiche ha, come si manifesta?

Le descrizioni sono basate sulle loro percezioni.

3) Secondo voi quali sono i segni riconoscibili della malattia mentale ossia quelli più visibili agli altri dall'esterno?

Terzo e quarto incontro

Focus Group. L'obiettivo degli incontri è rendere consapevoli i partecipanti delle credenze presenti nella società circa la malattia mentale a partire dalle loro esperienze con il mondo esterno.

1) Secondo voi quali sono le credenze delle persone sulla malattia mentale ossia quali opinioni hanno al riguardo?

Risposte:

- malattia causata da demonio o fatture
- credere che i farmaci siano droghe
- essere considerati "pazzi"
- essere considerati pericolosi
- i mass media danno un'etichetta negativa
- considerarci persone inferiori a loro

Esperienze personali:

- racconto di Daria che è stata mandata dall'esorcista dai genitori che non sapevano riconoscere e accettare la malattia. Daria giustifica il loro comportamento attribuendolo alla loro fragilità e all'ignoranza rispetto al disturbo mentale.

- Simona riporta un episodio sgradevole avvenuto durante un'uscita serale, quando si è sentita incompresa da un amico dopo un suo responsabile rifiuto di bere alcolici, a causa della cura farmacologica che sta seguendo. L'opinione dell'amico era che i farmaci siano delle droghe e che bere l'avrebbe aiutata a stare meglio ed a non pensare; la paziente riconosce che tale posizione è dettata dall'ignoranza ma si trova in difficoltà e si sente non compresa e umiliata. Simona riferisce che durante il resto della serata non sapeva come reagire e provava rabbia e impotenza.

- Marcello specifica che bisogna valutare la persona che si ha davanti e che comunque è meglio stare a distanza e farsi i "fatti propri". Sottolineiamo come anche loro finiscano per condividere alcuni atteggiamenti discriminatori senza rendersene conto (essere considerati pericolosi era stato definito un pregiudizio anche da Marcello all'inizio dell'incontro).

- Lucia racconta un episodio nel quale è stata contenuta fisicamente con dei lacci durante un precedente ricovero in un reparto di psichiatria. Si tratta per lei di un'esperienza traumatica, non riesce a darsi una spiegazione circa le motivazioni di tale trattamento. Lucia muove delle accuse verso il tipo di cure ricevute, che caratterizza come atti di violenza. La paziente contesta i metodi di cura sperimentati in SPDC paragonandoli a quelli in uso in passato nei manicomi. In riferimento a ciò che pensano gli altri circa la malattia mentale, Lucia afferma di non sentirsi per nulla una persona debole, anzi "mi sento forte proprio perché sono qui". Lucia spiega al gruppo di sentirsi forte perché ha scelto di farsi aiutare, di non essersi arresa e di essersi impegnata per un percorso terapeutico.

L'ultimo intervento di Lucia è stata occasione di apertura di una discussione su cosa sia il manicomio per i pazienti. Si riscontra ambivalenza e confusione tra la consapevolezza di avere bisogno di cure e sostegno e la fatica di accettare di essere privati della libertà, sia fisica (dentro gli ospedali) sia psichica

(necessità degli altri). Dalla discussione emerge la consapevolezza che gli altri possono avere informazioni errate e l'inevitabilità di incorrere in esperienze di pregiudizio (accettazione). Il nuovo punto di vista che si vuole offrire è quello di equipaggiarsi per affrontare tali situazioni per tutelarsi e proteggere la propria autostima.

Quinto incontro

Intervento psicoeducativo. L'obiettivo è di fornire informazioni corrette, basate sulla ricerca scientifica aggiornata, circa la malattia mentale di cui soffrono e correggere le false credenze dei pazienti circa i sintomi, le possibili cause, la prognosi della schizofrenia e l'utilizzo dei farmaci. Lo scopo è di avere meno paura della malattia, dando una spiegazione ai sintomi e alle reazioni e processi mentali. Questo potrebbe favorire una maggiore autostima e diminuire il senso di vergogna nel confronto con gli altri.

Dopo la parte teorica i pazienti hanno chiesto ulteriori chiarimenti e sono emerse esperienze personali stimulate dagli argomenti proposti.

Le tematiche che hanno suscitato maggiore coinvolgimento e fatto emergere diverse esperienze personali hanno riguardato i farmaci, il concetto di guarigione e l'opportunità o meno di avere dei figli.

- Daria riferisce come siano stati pesanti per lei gli effetti collaterali dei farmaci in quanto molto visibili all'esterno e la difficoltà di relazionarsi con il mondo esterno. La paziente descrive inoltre la difficoltà dei propri genitori a capire l'importanza della cura e della sua prosecuzione quando i sintomi della malattia erano sotto controllo.

- Simona racconta di avere provato a sospendere l'uso di psicofarmaci senza il consiglio del medico, perché era molto ingrassata e per gli effetti collaterali. In seguito avendo avuto una brusca ricaduta, ha compreso l'importanza di seguire con costanza la cura, concordare con il medico eventuali modifiche o chiedere aiuto circa la possibilità di ridurre alcuni effetti collaterali. Simona fatica a riconoscere la differenza fra farmaci e droghe, considerandoli a volte come ambivalenti e di conseguenza screditando l'utilità della cura.

Le conduttrici evidenziano come non sia possibile dare garanzie in senso positivo o negativo sull'andamento della malattia mentale. Si cerca di incrementare il senso di potere interno e esterno percepito da pazienti. Per quanto riguarda le risorse interne percepite si sottolinea come di fronte ad eventuali crisi o ricadute sia utile riflettere sulle maggiori risorse di cui dispongono attualmente per fronteggiare le difficoltà e considerare che si ha già sperimentato che si può stare meglio, ricordando a se stessi il percorso già fatto. Per quanto riguarda le risorse esterne ai soggetti, viene rinforzata l'utilità dell'aver fiducia nell'équipe curante.

Durante la discussione due giovani pazienti manifestano il doloroso dubbio circa la possibilità di "trasmettere" la malattia ad un eventuale futuro figlio e chiedono alle conduttrici se sia meglio per loro non avere figli. Non essendo possibile dare una risposta è stata aperta una discussione. Sono state date

alcune informazioni attualmente conosciute rispetto ai fattori genetici, si è sottolineato la diversità di ogni caso dall'altro e la fondamentale importanza di una scelta consapevole, pensata e programmata, risultato di un'attenta riflessione di costi e benefici e del livello di salute della paziente.

Sesto incontro

Intervento psicoeducativo. Obiettivi: trasmissione di informazioni corrette e ampliamento delle conoscenze circa lo stigma e la discriminazione (correlati comportamentali come rifiuto, fuga, marginalizzazione, pressione, ecc.); introduzione della teoria dell'etichettamento e delle cause della stigmatizzazione.

Le conduttrici ribadiscono ai pazienti l'importanza di possedere informazioni corrette circa la propria malattia al fine di rendere più comprensibile ciò che accade loro ed essere maggiormente in grado di cogliere eventuali situazioni di crisi. Ampliare la gamma di informazioni circa le cause e le conseguenze dello stigma legato alla malattia mentale ha lo scopo di renderli più consapevoli e meno "disarmati" rispetto a ciò che possono sperimentare nel mondo esterno. I pazienti possono maturare la capacità di fornire informazioni corrette a chi non le possiede, tentando, quando possibile, di aprire un dialogo più costruttivo con l'altro, basandosi su argomentazioni concrete. Inoltre la capacità di spiegare i dettagli della patologia a chi li circonda, può contribuire a chiarire malintesi anche con le persone più vicine, ad esempio di fronte a critiche ingiustificate di pigrizia, a discorsi che fanno capo alla forza di volontà del paziente. Qualora ciò non fosse possibile, il paziente ha comunque la possibilità di valutare in modo più articolato ciò che gli sta accadendo nella relazione con l'altro, senza attribuirsi la responsabilità totale, come spesso accade. Lo scopo generale è quello di favorire la capacità di padroneggiamento di tali situazioni, per non subirle in modo passivo, alimentando il circolo vizioso che porta al progressivo ritiro dalle relazioni e rinuncia a propri scopi di vita.

Nel gruppo vengono discusse e condivise da tutti alcune conseguenze dell'autostigma quali l'isolamento, la rinuncia e le conseguenze negative sul piano emotivo.

Le conduttrici forniscono esempi concreti di stereotipi, pregiudizi e discriminazione, con esempi tratti da "Il primo libro sullo stigma" (2006):

- *Stigma pubblico.* Stereotipo: "Tutte le persone con malattie psichiatriche sono pericolose". Pregiudizio: "Condivido il giudizio che tutte le persone con malattia mentale sono pericolose e ho paura di loro"- Discriminazione: "Non voglio averle vicino, non ne assumo nella mia attività"
- *Selfstigma.* Stereotipo: "Tutte le persone con malattia mentale sono incompetenti". Pregiudizio: "Ho una malattia mentale quindi sono incompetente". Discriminazione: "Perché mai dovrei cercarmi un lavoro, sono inaffidabile".

Esperienze riportate dai partecipanti:

- Romina ribadisce come i mass media riportino solo informazioni sensazionali circa le persone con malattia mentale che commettono atti violenti e vorrebbe che ci fosse più informazione. Giustifica la diffidenza degli altri in quanto anche lei, in precedenza, non conoscendo questa realtà e basandosi sulle informazioni più diffuse, aveva opinioni sbagliate.

Si sottolinea l'importanza quindi di non isolarsi per permettere agli altri di conoscere persone che soffrono di un disturbo e magari cambiare idea, come può accadere a molte persone quando fanno esperienze nuove e acquisiscono informazioni che non si aspettavano in precedenza.

- Mauro racconta come la gente a volte manifesti commiserazione per le persone affette da malattia mentale, "dicono poverino", e come questo lo ferisca e lo faccia sentire "inferiore" agli altri.

L'argomento che ha suscitato maggiori discussioni riguarda il ruolo dei genitori, le reazioni sono state diverse:

- Romina si sente rassicurata dal fatto che i genitori non siano considerati in letteratura come all'origine dello sviluppo della malattia. È dispiaciuta del fatto che i propri genitori si sentano in colpa e si interrogano sui propri sbagli; riconosce alcuni loro errori perché "anche loro non sapevano come comportarsi", ma ritiene il loro supporto come fondamentale per il suo processo terapeutico. Nell'incontro successivo riferirà di avere utilizzato il materiale informativo fornito per affrontare l'argomento con i suoi genitori e di avere avuto una serena discussione con loro

- Simona è molto risentita, non è d'accordo, ritiene che i suoi genitori abbiano forti responsabilità.

- Una volta che le operatrici riconoscono la personale esperienza di sofferenza dei pazienti e ricordate alcune cose dette negli incontri precedenti, ad esempio l'ipotesi vulnerabilità-stress, Daria conferma l'ipotesi, autonomamente effettua un confronto con il fratello, il quale pur avendo sofferto per la stessa difficile situazione familiare non ha sviluppato il suo disturbo. Daria riflette sulla scelta del fratello di vivere da solo e ritiene di avere avuto rispetto a lui una fragilità di fondo che non le ha dato la possibilità di affrontare situazioni così stressanti e difficili.

- Simona ha l'opportunità di rivalutare la sua opinione e riporta alcuni esempi di altre persone da lei conosciute che nella loro storia hanno avuto traumi maggiori dei suoi e che poi non hanno sviluppato la schizofrenia. Nel corso dei successivi incontri Simona si mostrerà ambivalente rispetto a questa tematica in seguito all'andamento del rapporto con i genitori, l'emotività del momento carica di rabbia e delusione fa riemergere questi pensieri circa la loro responsabilità nelle sue ricadute. Senza entrare nel merito della questione si è cercato di rinforzarla, non potendo modificare certe dinamiche allo stato attuale, a trovare delle soluzioni per tutelarsi, valutando quando necessario se allontanarsi da situazioni troppo stressanti oppure valutare l'utilità di alcune competenze acquisite nel training di abilità sociali per affrontare piccole situazioni più semplici nel quotidiano.

Settimo incontro: introduzione al training di abilità sociali: aspetti motivazionali.

Il primo obiettivo è identificare quali conseguenze comporta la riduzione o l'eliminazione di alcuni segni di riconoscibilità dello stigma.

Le conduttrici scrivono sulla lavagna i vantaggi e gli svantaggi riportati dal gruppo.

Emerge una certa ambivalenza, da una parte fra il desiderio di modificare alcuni aspetti con tutti i vantaggi che ne conseguono, dall'altra una resistenza al cambiamento in funzione dei costi che questo comporta in termini di perdita della condizione abituale di persone con una "malattia mentale", come ad esempio la riduzione del supporto sociale e minori aspettative e richieste di autonomia e responsabilità nei loro confronti. Nel gruppo viene condiviso il senso di inferiorità e vergogna vissuto dai partecipanti e viene sottolineato come gli interventi siano stati pensati in risposta a queste difficoltà. Alcuni pazienti vivono con senso di vergogna la visibilità di alcuni sintomi o di alcuni effetti collaterali dei farmaci. Spesso temono che gli altri possano giudicarli negativamente per il fatto che soffrono di una malattia mentale, che devono utilizzare dei farmaci, che non sono in grado di mantenere un lavoro.

Il secondo obiettivo è identificare e favorire aspettative realistiche rispetto alle reazioni del mondo esterno ai loro tentativi di cambiamento.

Durante gli incontri precedenti e nell'attuale le conduttrici hanno più volte sottolineato che non esistono "ricette" che magicamente inducano gli altri a reagire verso se stessi nel modo desiderato, l'obiettivo è fare del proprio meglio per provare a modificare alcune situazioni che recano disagio, cambiando il proprio comportamento se ciò è opportuno. Quali i vantaggi? Le conduttrici invitano a riflettere su alcuni punti:

- reazioni positive inaspettate negli altri
- sentirsi bene con se stessi per avere avuto la forza di provare a cambiare atteggiamento
- tutelarsi quando è necessario
- riconoscere di avere fatto del nostro meglio e che non è un problema nostro
- avere più informazioni per valutare il nostro interesse verso alcune persone
- ridurre la delusione inevitabile conservando una maggiore autostima
- ampliare il contesto: pensare che il mondo che è più grande del luogo in cui viviamo e se con alcune persone non va bene e non possiamo farci nulla dobbiamo guardare altrove.

Il terzo scopo riguarda l'identificazione delle abilità sociali che permettono di fronteggiare meglio le situazioni stigmatizzanti.

All'inizio di tutti gli incontri di training viene fatta una discussione sull'utilità delle abilità trattate. Spesso alcuni pazienti riportano loro esperienze avvenute durante la settimana o affiorano ricordi rispetto a situazioni passate. Le conduttrici cercano di valorizzare non solo i risultati, quando ci sono, ma anche la capacità di riconoscere in alcune situazioni l'abilità da esercitare, ricordando l'esperienza del gruppo e alcune modalità utili d'interazione in quel frangente, anche se non vengono applicate.

Abilità 1 – salute e benessere

Collaborare con il medico rispetto alla terapia:

- a. Fare domande sui farmaci e su argomenti relativi alla propria salute.
- b. Segnalare gli effetti collaterali, condividere con il medico le scelte rispetto alla terapia farmacologica.
- c. Cosa fare se non si riesce a capire ciò che il medico sta dicendo.

Si è ritenuto utile affrontare questo tema nell’ottica di una riduzione dell’autopregiudizio tramite una partecipazione più attiva del paziente al proprio percorso terapeutico. Negli incontri precedenti si è discusso di sintomi della malattia, di effetti collaterali dei farmaci e di come purtroppo spesso ad essi sia legato il pregiudizio da parte delle persone. Tuttavia è possibile intervenire sia su alcuni sintomi, ad esempio una scarsa igiene personale o cura della persona, sia su alcuni effetti collaterali, ad esempio l’aumento di peso (alcuni suggerimenti pratici sono stati già forniti nella parte psicoeducativa).

Durante l’incontro è emersa l’ambivalenza rispetto all’uso dei farmaci e la difficoltà a considerarli diversi dalle droghe per ciò che riguarda effetti sul cervello e dipendenza. Emergono la paura di non poterne più fare a meno, fantasie di danno sul cervello o degli effetti collaterali, il sentirsi diversi dagli altri. L’intervento è stato mosso non tanto per attenuare la percezione dell’eteropregiudizio, in quanto gli psicofarmaci nella società non godono della stessa considerazione degli altri farmaci, quanto piuttosto verso l’autopregiudizio, al fine di sostenere l’autostima dei pazienti, che possono rivalutare il loro utilizzo non come indicatore di diversità e debolezza ma come attiva, consapevole e responsabile compliance alla propria cura.

Ottavo e nono incontro

Gli incontri sono centrati sull’acquisizione dell’Abilità 2 - “Strategie per uscire dall’isolamento sociale”

L’obiettivo della trattazione di questa abilità riguarda cosa i pazienti possono fare in prima persona per combattere l’isolamento sociale.

La prima tematica affrontata riguarda come allargare e migliorare i contatti sociali e le relazioni di sostegno. Alla luce dell’ipotesi di vulnerabilità allo stress esplicita nella fase psicoeducativa, si ritiene che il supporto sociale aumenti la capacità di sostenere i fattori e le situazioni stressanti.

Innanzitutto sono state poste ai partecipanti alcune domande al fine di renderli consapevoli circa le proprie preferenze verso attività e persone. Dai loro racconti è emersa la tendenza a rinunciare ai propri interessi per adeguarsi a quelli degli altri per evitare di rimanere soli.

Si analizzano i vantaggi dell’aumentare le relazioni sociali secondo i partecipanti.

In una seconda fase si aiutano i pazienti a trovare nuovi interessi e fare nuove conoscenze. La problematica che maggiormente pone delle difficoltà nei resoconti del gruppo riguarda l’opportunità o

meno, nelle prime fasi della conoscenza, di rivelare aspetti importanti di sé: il fatto di soffrire di una malattia mentale, di trovarsi in una comunità terapeutica, di stare seguendo una cura farmacologica, il fatto di non avere un lavoro e così via.

Le conduttrici hanno esplorato le aspettative dei partecipanti circa le conseguenze positive o negative di tre tipi di posizione: fornire subito questi dati importanti di se stessi, utilizzare un atteggiamento più vago, dando informazioni più generiche e meno personali, non dire nulla di sé. Si sottolinea come la scelta debba essere maturata da ciascuno in base alle circostanze, alla motivazione personale verso l'interlocutore e alla consapevolezza di quelli che per ciascuno sono costi o benefici della soluzione adottata. I partecipanti sono stati invitati a differenziare fra situazioni nelle quali è più utile per loro dare maggiori informazioni e altre nelle quali è meglio tutelarsi fornendone meno.

Ciascuno ha valutato quale sia la propria modalità utilizzata più frequentemente nell'interazione con gli altri e ha potuto riflettere sull'opportunità o meno di considerare, in alcune circostanze, anche comportamenti diversi da quelli abituali. Lo scopo è di rendersi consapevoli di vantaggi e svantaggi delle tre alternative decisionali, non sol per fare un bilancio in termini quantitativi, ma considerando anche il valore ossia il peso che ogni caratteristica individuata ha per ciascun paziente. Ogni aspetto positivo o negativo considerato può avere una valenza più o meno alta a seconda dei propri bisogni e desideri e a seconda della persona che si ha di fronte. La consapevolezza dei propri obiettivi e desideri nella comunicazione con l'altro e del peso soggettivo di possibili vantaggi e svantaggi della alternative possibili, sono alla base di una scelta ponderata e non dettata dall'impulso e dall'urgenza del momento.

1. Quando dico tutto aspetti positivi e negativi

Risposte Positivi	Risposte Negativi
-ricevere giudizi positivi, sentirsi accettati -ricevere aiuto e comprensione -suscitare curiosità intesa come sincero interesse verso se stessi -sentirsi sinceri -azione liberatoria, sfogarsi	-potrebbero giudicarci -potrebbero non capirci -essere investiti da domande, "potrebbero farci l'interrogatorio" (domande che richiedono un'autoapertura a cui non si è disposti)

2. Quando raccontiamo fatti generici aspetti positivi

Risposte Positivi	Risposte Negativi
-fanno domande (c'è interesse) -desiderio di conoscerci meglio	-sentirsi compatiti -non sentirsi a proprio agio -sentirsi in colpa perché si nasconde qualcosa -avere bisogno di sapere il parere dell'altro per avere delle conferme rispetto al suo giudizio -apprensione, paura di non essere capiti bene

3. Quando non diciamo nulla aspetti positivi

Risposte Positivi	Risposte Negativi
- non essere giudicati -essere presi in considerazione per quello che siamo -sentirsi più tranquilli -si evitano domande non gradite	-ci si sente in colpa verso se stessi (malattia come aspetto di cui ci si vergogna e rimprovero verso se stessi) -essere rimproverati dall'altro perché non abbiamo detto tutto

Decimo incontro

L'incontro è sempre centrato sull'acquisizione dell'abilità 2 "Strategie per uscire dall'isolamento sociale".

In questo incontro vengono proposti due role playing che riguardano l'interazione fra un paziente e un amico che viene rivisto dopo un periodo di lontananza. Vengono presentati due diversi atteggiamenti degli interlocutori nei confronti del paziente e due diverse modalità di interazione del soggetto protagonista. Tali sfumature sono oggetto della successiva discussione di gruppo.

Si è dato spazio alla tematica della delusione rispetto alla possibile reazione degli altri ai loro tentativi di comunicazione. È stata fatta una generalizzazione rispetto all'occorrere di tale esperienza di delusione fra tutte le persone al fine di non indurre una sensibilizzazione al tema del pregiudizio. Si è quindi proposta una riflessione sulle motivazioni che possono portare le persone ad allontanarsi da loro, al fine di ampliare il loro range di ipotesi che si focalizzano su pensieri di "personalizzazione" rispetto agli eventi (come se l'andamento della relazione dipendesse solo da loro) con conseguenti vissuti di inferiorità e vergogna.

Si apre una discussione di gruppo rispetto al modo di ognuno di approcciarsi agli altri.

Ad esempio, Simona riferisce quanto sia importante per lei capire subito e senza margine di dubbio se l'altro la stia accettando o meno e per questo rivela subito aspetti molto personali di se stessa, in particolare la malattia e il luogo in cui vive, per testare l'altro. Questo viene fatto senza una scelta ponderata di chi ha di fronte, dei tempi più opportuni di auto-apertura e del contesto. Le conduttrici inducono Simona a considerare anche altri aspetti come ad esempio chiedersi se anche a lei piace la persona che ha di fronte, se la accetta, se ha caratteristiche compatibili con i suoi valori e interessi.

Vengono descritte le difficoltà di apertura verso la società esterna in quanto realtà non protetta, come possono essere ad esempio quella residenziale o il Centro diurno.

Non vengono presi in considerazione solo i possibili esiti di alcune interazioni sociali ma anche le personali letture fatte dai pazienti. Letture che risultano spesso parziali. Spesso l'attenzione viene principalmente orientata verso i segnali di accettazione da parte dell'interlocutore, con conseguente defocalizzazione su altri aspetti che vengono trascurati.

Interventi rispetto alle possibili delusioni rispetto ai loro tentativi di avvicinamento agli altri:

- Allo scopo di evitare una sensibilizzazione verso le conseguenze negative della malattia mentale le conduttrici hanno focalizzato l'attenzione del gruppo sull'opportunità di pensare a se stessi non solo come persone che hanno una "malattia mentale" ma persone nella loro complessità. Sono condivise e validate le grandi difficoltà legate alla malattia mentale, tuttavia ricordare anche altri aspetti di sé, positivi o negativi che siano, evita l'adesione all'etichetta diagnostica con tutte le conseguenze

negative che questo comporta (adesione al ruolo di debole, malato, diverso, bassa autostima, scarso investimento nelle proprie risorse).

- Decentramento: l'esito di una relazione non è determinato solo dal paziente e dalla sua storia ma dall'incontro di entrambi i soggetti dell'interazione.
- Valorizzazione dei diritti assertivi: non è necessario subire la relazione ma è possibile, si ha il diritto di decidere in prima persona quale indirizzo darle.

Tecniche individuate per far fronte alle interazioni sociali e sostenere l'autostima:

- Viene suggerito un modo di parlare a se stessi più funzionale: viene stilato un elenco di frasi da ripetere a se stessi pensate dai partecipanti per sostenere la propria autostima nei momenti di delusione.
- Si suggerisce di valutare la situazione, l'ambiente in cui ci si trova e quale interlocutore si ha davanti, di prendersi il tempo necessario per valutare le motivazioni personali verso la persona che si ha di fronte e di considerare il comportamento dell'interlocutore (cosa racconta di sé, atteggiamento di apertura o chiusura, interesse).

Undicesimo incontro

L'incontro è centrato sull'acquisizione dell'abilità 2 "Strategie per uscire dall'isolamento sociale" e in particolare su due punti:

- a) Come uscire dall'isolamento in modo propositivo
- b) Chiedere chiarimenti in modo assertivo.

Vengono proposti due nuovi role-playing. Il primo ha l'obiettivo di sperimentare modalità di comunicazione che aiutino ad uscire dall'isolamento in modo propositivo. Viene simulata un'interazione nella quale il paziente contatta un amico per tentare di riallacciare i rapporti. I pazienti esprimono opinioni sull'interazione, lo stato emotivo dei due interlocutori, le modalità e i tempi di autoapertura reciproca, le risposte ricevute. Il secondo role playing ha lo scopo di trovare modalità di comunicazione che un favoriscano il confronto con un interlocutore senza ricorrere allo scontro. La scena riguarda un chiarimento circa la lontananza mantenuta da un amico per un lungo periodo di tempo in seguito al ricovero del paziente. I partecipanti riferiscono che spesso la loro reazione più comune in queste situazioni sia quella di accusa dell'altro e come questo sia infruttuoso e li investa di forti emozioni di rabbia, delusione e tristezza.

Dodicesimo incontro

L'incontro è centrato sull'acquisizione dell'abilità 3: "Come affrontare situazioni di discriminazione"

Tema dell'incontro: Rispondere alle critiche senza utilizzare reazioni passive o viceversa aggressive.

- Cosa succede se riceviamo una critica?

Risposte:

- ci si sente a disagio
- ci si sente non capiti
- ci si sente diversi
- si può essere inconsapevoli che ci dicono cose sbagliate (ossia ci si fa sopraffare perché non si è consapevoli che le critiche sono ingiuste)
- ci si sente colpiti in un aspetto critico di se stessi

Viene illustrata ai partecipanti la differenza fra risposte assertive, passive e aggressive.

Si utilizzano dei role playing mostrando, in seguito ad una critica dell'interlocutore, le tre modalità di risposta. Le scene vengono analizzate con i pazienti. Viene evidenziato lo stato emotivo iniziale del protagonista che ha appena ricevuto una critica e che è lo stesso per le tre soluzioni. Vengono poi presentate le alternative e discussi i conseguenti comportamentali ed emotivi. Alla fine il role playing "assertivo" viene fatto ripetere a coppie ai partecipanti.

Le conduttrici hanno ricordato che l'altra persona, come tutti, ha il diritto di rimanere della propria opinione e che non c'è garanzia dell'esito desiderato. Tuttavia sono stati illustrati i vantaggi dell'approccio assertivo anche rispetto ad una possibile delusione. Qualunque sia l'esito dell'interazione, l'altro potrebbe non accogliere il suo punto di vista, il paziente avrà comunque a disposizione una serie di informazioni utili per decidere quale andamento dare al rapporto con quella persona. Rispetto ai vissuti emotivi di delusione nei quali possono intercorrere si fa riferimento alle risorse interne ed esterne di cui i pazienti possono disporre e all'utilità di ampliare quanto possibile il contesto di riferimento per avere una rete su cui poter contare.

Tredicesimo incontro

L'incontro è centrato sempre sull'acquisizione dell'abilità 3: "Come affrontare situazioni di discriminazione"

Il Training delle abilità sociali si incentra sulle capacità:

- a. Imparare a dire no.
- b. Allontanarsi da situazioni stressanti.
- c. Esprimere sentimenti spiacevoli in una situazione di pregiudizio.

Le conduttrici illustrano ai partecipanti i vari ambiti in cui possono verificarsi episodi di discriminazione, avendo cura in particolare di fornire esempi concreti che possono accadere più frequentemente nella vita quotidiana dei pazienti.

Si apre una ampia discussione nella quale emergono numerose esperienze personali nelle quali i pazienti si sono sentiti oggetto di pregiudizio e discriminazione.

Ad esempio Daria racconta un episodio domestico di scontro con la madre e la sua reazione di ritiro passivo di fronte ad una critica posta in modo aggressivo.

A	B	C
Critica della madre		
Durante un pranzo la madre dice a D. con tono di rimprovero “guarda come mangi”	Non dovrebbe trattarmi così Poteva dirmi in modo educato di chiudere la bocca Non mi rispetta	rabbia impotente tristezza, delusione diventa silenziosa e cupa

Daria dice di non reagire in questi casi e di subire queste critiche in quanto ritiene inutile un confronto con la madre, temendo di peggiorare le cose, “lei è come un muro, non ha fatto un percorso come me”.

Daria alterna modalità passive di reazione e modalità aggressive. In entrambi i casi le emozioni provate sono di carattere negativo. Proviamo a immaginare gli esiti di un approccio “assertivo”:

a- la madre potrebbe inizialmente essere “spiazzata” da questo nuovo atteggiamento e questo potrebbe bloccare il conflitto in atto per un po’ di tempo, lasciando spazio a un successivo chiarimento.

b- la madre potrebbe essere piacevolmente sorpresa dal nuovo atteggiamento ed essere interessata ad un chiarimento immediato.

c- la madre non cambia atteggiamento ma Daria, avendo potuto esprimere come si sente e dato un suggerimento per migliorare la comunicazione fra loro, prova emozioni spiacevoli ma più tollerabili.

Daria fatica a riconoscere le emozioni che conseguono al suo atteggiamento passivo, negando che questo le procuri sentimenti negativi “lo faccio per quieto vivere”, salvo poi ammettere di avere scatti di rabbia improvvisi con la madre.

Imparare a dire no

Viene proposta una simulata nella quale il paziente può osservare un’interazione fra un paziente e un familiare che cerca di imporgli una decisione senza considerare il suo punto di vista.

Tecniche suggerite: riformulazione della richiesta in segno di ascolto, rifiuto con tono calmo e fermo, tecnica del disco rotto di fronte alle insistenze.

Discussione di gruppo sulle modalità comunicative usate dal paziente del role-playing e loro utilità sull’andamento dell’interazione.

Allontanarsi da situazioni stressanti

Viene sollecitata una discussione insieme alle conduttrici circa le circostanze in cui è meglio allontanarsi da situazioni stressanti, in cui non è possibile un confronto.

Esprimere sentimenti spiacevoli in una situazione di pregiudizio

È stato predisposto un role playing di un’interazione fra il paziente e un interlocutore che manifesta velatamente il pregiudizio che egli non sia in grado di svolgere un compito. Riteniamo utile considerare anche questo aspetto, che a volte inconsapevolmente può riguardare i familiari, i datori di lavoro oppure i membri stessi dell’équipe curante, che possono per praticità o distrazione sottovalutare il grado di

competenza e autonomia del paziente. In queste situazioni il paziente rischia di aderire all'immagine di sé come persona "debole, incapace", con vissuti di vergogna e risposte passive di accondiscendenza oppure viceversa reazioni aggressive che possono essere fraintese dall'interlocutore.

Bibliografia

- AILAS (2006). *Il primo libro dello stigma*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Angermeyer M.C., Schulze B., Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2001. 10 (1): 1-5
- Angermeyer MC., Schulze B., Lo stigma dal punto di vista di chi soffre di schizofrenia e delle loro famiglie. In: Asioli F, Bassi M., editors. *Lotta allo stigma*. Bologna: Editrice Compositori; 2000. pp. 29-47.
- Angermeyer MC., Matschinger H., The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany, *Schizophrenia Bulletin*. 2004, 30 (4): 1049-1061.
- Arrindell W. (2004) SIB. *Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo*. Trad. it. Nota L., Sanavio E., Sica C. Soresi S., Erickson, Trento.
- Bellack A. et al. (2003). *Social skills training per il trattamento della schizofrenia*. Guida pratica. Edizione italiana a cura di G. Nicolò. CSE, Torino.
- Berge M., Ranney M., Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia: implications for mental health, *Care Management J*. 2005. 6 (3): 139-44.
- Birchwood M., Smith J. et al. A self report insight scale for psychosis. Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994. 89: 62-67.
- Buizza C., Bertocchi E., Rossi G., Pioli R. (2005). La percezione dello stigma dal punto di vista delle persone che soffrono di schizofrenia. *Psichiatria di Comunità*. 4: 37-45.
- Casacchia M., Roncone R. (1996). *Che cos'è la schizofrenia?* Masson, Milano.
- Corrigan P.W. Mental health stigma as social attribution: implication for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000. 7: 48-67
- Dell'Acqua P. (2005). *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia*, Editori Riuniti, Roma.
- Falloon Yan (1993), *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*, Erickson, Trento.
- Gonzalez Torrez M.A. et al. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus group. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2007. 42: 14-23.
- Hayward P., Bright J.A., Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*, 1997, 6: 345-354.

- Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987. 13: 261-276.
- Lyasek PH, Roe D., yanos P.T., Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.* 2007. 33 (1):192-199.
- Link B.G., Struening E.L. et al, Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses, *Psychiatric Services*, 2001, 52: 1621-1626
- Link B.G., Struening E.L. et al. On describing and seeking to change the experience of stigma, *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002, 6: 201-231.
- Link B., Stigma: many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2001, 10 (1): 8-11.
- Magliano L., Fiorillo A. et al. Development and validation of a self-reported questionnaire on users' opinions about schizophrenia: a participatory research. *Int. Journal of Soc. Psych.*
- Penn D.L., Martin J., The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatr. Q.* 1998. 69: 235-247.
- Perkins D.O., Predictor of noncompliance in patients with schizophrenia. *J.Clin. Psychiatry*. 2002. 63: 1121-1128.
- Prezza M., Trombaccia F.R., Armento L. La Scala dell'Autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 1997. 223: 35-44.
- Roncione R., Tozzini C., Mazza M., De Risio A., et al. Validazione della versione italiana della Self Report Insight Scale. *Epidemiol. Psichiatr. Soc.* 2003, 12:63-72.
- Sica C., Novara C., Dorz S., Sanavio E., Coping Orientation to Problems Experienced (COPE): traduzione e adattamento italiano, *Bollettino di Psicologia Applicata* 1997; 223: 25-34.
- Toniolo E., Grossi A. (2006). *Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria*. CSE, Torino.
- WPA (2001). Ed italiana a cura di Casacchia M., Pioli R., Rossi G., *Schizofrenia e cittadinanza. Manuale operativo per la riduzione dello stigma e della discriminazione*. Il Pensiero Scientifico Editore.

Mariangela Lanfredi

Ricercatrice IRCCS S. Giovanni di Dio-FBF (Brescia)

Specializzata: Apc Verona, Training A. Ivaldi e C. Perdighe

e-mail: m_lan@libero.it

Psicoterapia cognitiva nel Childhood Traumatic Grief

Elena Lo Presti¹

¹Dirigente Psicologo ASL/VT DSM CSM Distretto 1

Riassunto

Lo scopo di questo studio è l'analisi dello stato dell'arte rispetto al tema del lutto infantile traumatico (Childhood Traumatic Grief), attraverso una raccolta dei più recenti contributi scientifici internazionali riguardanti l'efficacia e le nuove proposte della psicoterapia cognitivo-comportamentale. Secondo Cohen, Mannarino, Staron il CTG è ultimamente osservato come costrutto psicologico emergente, non presente attualmente nel manuale DSM IV, a cui un gruppo di psichiatri e psicologi dell'età evolutiva, facente parte del NCTSN, sta lavorando al fine di inserire nel prossimo DSM V una nuova categoria diagnostica: DTD Developmental Trauma Disorder.

Sembrano evidenti le caratteristiche comuni tra PTSD e CTG, tuttavia le ricerche sembrano evidenziare due condizioni cliniche differenti. Cohen e Mannarino hanno proposto e studiato l'efficacia di un protocollo basato su 12 sessioni di psicoterapia cognitivo-comportamentale (modificato da un precedente di 16 sessioni), consistente in componenti sequenziali focalizzati al trattamento dei sintomi dello stress post-traumatico e del lutto traumatico.

Il modello CBT-CTG richiede ulteriori indagini sperimentali ma sembra offrire una nuova ed interessante prospettiva di comprensione nell'ambito della psicopatologia e psicoterapia dell'età evolutiva.

Summary

The objective of this study is to analyse the state of the art of Childhood Traumatic Grief, through a review and a collection of the most recent scientific works on the evidence and on the new contributions of cognitive-behavioral psychotherapy. According to Cohen, Mannarino, Staron, Childhood Traumatic Grief can be considered a new psychological construct, not present in the DSM IV at the moment, which has been studied by a group of psychiatrists and psychologists, part of the NCTSN. They are working to insert a new diagnosis in the next DSM V: DTD Developmental Trauma Disorder.

It seems clear that PTSD and CTG have common characteristics but reaserches show two different clinical conditions. Cohen and Mannarino suggest a new modified 12-session protocol of CBT (modified from a previous 16 session) consisting of sequential components focused on treatment of post-traumatic stress and CTG symptoms.

The CBT-CTG model requires futher experimental studies but it seems to offer a new interesting comprehensive perspective within developmental psychopatology and psychotherapy.

Introduzione

La scelta di affrontare il tema del lutto infantile è stata presa sulla base di un interesse rivolto verso gli eventi e i fattori di rischio che, nel corso della vita, potrebbero influire sullo sviluppo psicologico e su eventuali successive manifestazioni psicopatologiche in età adulta.

Ascoltando e ricostruendo le storie di vita di molte persone non è poi così raro venire a conoscenza di una precoce esperienza di perdita della figura di attaccamento e delle conseguenze che un evento di tale genere può aver determinato nel corso del tempo.

Inoltre, è piuttosto singolare che non ci siano molte pubblicazioni su questo tema in confronto, per esempio, al trauma dell'abuso infantile, purtroppo così attuale, anche a causa degli ultimi avvenimenti di cronaca.

Secondo Melhem, Moritz et al. (2007), osservando un campione rappresentativo di giovani in una città urbana degli Stati Uniti, almeno il 51.9% ha vissuto l'esperienza della morte improvvisa ed inaspettata di un parente stretto o di un amico entro i 21 anni di età; dunque, si può ritenere il più comune evento di vita serio negativo (Breslau, 2004). Per Yamamoto et al. (1996) la morte di un genitore è riportata come uno degli eventi di vita più stressanti che un bambino possa vivere.

Solo di recente alcuni autori stanno valutando le caratteristiche tipiche del "Childhood traumatic grief" (CTG) al fine di differenziarlo dal Disturbo post-traumatico da stress o dal disturbo depressivo ed al fine di valutare l'efficacia di specifici trattamenti psicoterapeutici, in particolare di protocolli di terapia cognitivo-comportamentale modificata, introducendo specifiche sessioni per il CTG. (CBT-CTG, Cohen, Mannarino, 2006).

Secondo M. L. Martin, Dipartimento dello Sviluppo e Socializzazione dell'Università di Padova (2002):

“Vi è ancora la tendenza a pensare che la morte sia un vero e proprio tabù, come lo era stato un tempo la sessualità. Sembra che la paura della morte porti l'adulto a comportarsi in modo da eliminare ogni fonte d'angoscia, evitando ogni discorso diretto ed utilizzando invece simboli, allusioni, metafore: si usano per esempio E' come se l'uomo volesse mantenere una certa distanza dalla morte, sia dal punto di vista concreto che psicologico allo scopo di non venire "contaminato" dalla sua vicinanza o dalle riflessioni su di essa”.

La morte c'è, ne parliamo, ma solo se ci sta ad una certa distanza "effettiva" e "affettiva".

Secondo il National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) ed autori come Brown e Goodman (2005) è opportuno operare delle distinzioni tra alcuni concetti generalmente utilizzati nel linguaggio comune, a volte anche in modo intercambiabile.

Il *dolore (Grief)* descrive l'intenso distress emotivo (ma anche le reazioni fisiologiche, cognitive e comportamentali) che proviamo dopo la morte di una persona significativa.

Il *lutto (Bereavement)* si riferisce alla condizione del vivere la perdita di una persona amata, a causa della sua morte.

Il *cordoglio (Mourning)* si riferisce prevalentemente all'espressione del lutto da parte della famiglia ed ai rituali sociali e culturali associati al lutto.

A.F. Lieberman, N.C. Compton, P. Van Hort, C. Ghosh Ippen (2003), sostengono che: “La morte di un genitore rappresenti comunque ciò che J. Bowlby ha definito “il trauma della perdita”, se avviene nei primi 5 anni di vita del bambino, prima cioè che questi abbia stabilito un senso del Sé autonomo relativamente indipendente dalla protezione del genitore. Noi sosteniamo che il dolore prematuro sia traumatico in sé, perché il bambino non possiede né i meccanismi emotivi, né quelli di coping per mantenere la regolazione neuropsicologica per sostenere un senso di sé organizzato e coerente nell'affrontare il dolore”.

Per l'apprendimento della morte come perdita definitiva si presuppone l'acquisizione della parola, e della simbolizzazione, a cui seguono un po' alla volta la distinzione tra animato e inanimato, le nozioni di tempo e di durata, le conseguenti dislocazioni temporali di presente, passato e futuro e i rapporti di causalità.

Secondo S. Anthony (1971) prima dei tre anni il concetto della morte è piuttosto indefinito e solo dai 7 anni si giunge ad un concetto sufficientemente elaborato ed abbastanza corretto.

Per M. Nagy (1951) l'irreversibilità della morte è compresa solo verso i 9 anni.

Una ricerca condotta da G. Christ, esperta di lutto infantile ed autrice del libro: “Healing Children's Grief: surviving a parent's death from cancer”, Oxford University Press (2000), ha suddiviso un campione di 157 bambini in 5 gruppi di età, basati su simili livelli di sviluppo cognitivo, emotivo e sociale, al fine di osservare e classificare le loro reazioni manifestate al lutto.

Il protocollo terapeutico della CBT- CTG ossia della terapia cognitivo-comportamentale applicata al Childhood Traumatic Grief (CTG, Lutto infantile traumatico), derivata da una modificazione della terapia cognitivo-comportamentale focalizzata al trauma (Trauma-focused cognitive-behavioral therapy, TF-CBT), è stato utilizzato inizialmente per trattare i genitori ed i bambini che avevano vissuto il trauma di un disastro aereo, accaduto a Pittsburgh nel 1994 (Stubenbort et al., 2001).

Successivamente agli attacchi terroristici dell'11 Settembre 2001 in USA, venne fondato il National Child Traumatic Stress Network per opera della SAMHSA (Substance Abuse and

Mental Health Services Administration), del DHHS (Department of Health and Human Services), del CMHS (Center for Mental Health Services) il cui obiettivo, come si legge nella dichiarazione costitutiva, è quello di: “Innalzare lo standard di cura e migliorare l'accesso ai servizi per i bambini traumatizzati, per le loro famiglie e per la comunità in tutti gli Stati Uniti”.

Tra le tipologie di trauma prevalentemente considerate:

- Abuso infantile e maltrattamenti
- Violenza domestica
- Violenza della comunità e vittimizzazione criminale
- Traumi relativi a interventi medici

- Perdite e lutti traumatici
- Incidenti/Incendi

Il *range* di possibili fenomeni traumatici presi in considerazione da questa organizzazione è molto vario e, per certi versi, rispecchia alcune peculiarità del territorio e dell'ambiente degli Stati Uniti. Il loro intervento potrebbe essere attuato con tutte le persone che hanno subito le conseguenze sia di eventi naturali/ umani catastrofici, come: terremoti, alluvioni, uragani, tornado, eruzioni vulcaniche, grandi incidenti nei trasporti, incidenti industriali, disastri tecnologici sia di catastrofi originate dall'azione umana, come: le guerre, i genocidi, i conflitti terroristici.

Secondo J. Cohen, A. Mannarino, V.R. Staron (2006) il Childhood Traumatic Grief (CTG) è un costrutto emergente che sta interessando diversi studiosi, anche se al momento attuale non è inserito nelle categorie diagnostiche del DSM-IV.

L'interesse verso questo argomento ha permesso di identificare una condizione clinica che potrebbe essere descritta come una combinazione tra un lutto non risolto ed i sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che determina un significativo danneggiamento in importanti aree di funzionamento (Cohen e Mannarino, 2004); non solo procurare un danno rispetto allo sviluppo del bambino ma anche alle sue relazioni, ai suoi successi e alla successiva efficacia nella vita se non trattato o in qualche modo risolto.

In particolare, si ritiene che il CTG possa ledere l'abilità del bambino a negoziare il corso tipico del processo del lutto.

Secondo gli autori, gli interventi psicoterapeutici focalizzati solamente al trauma potrebbero risolvere con successo i sintomi del PTSD ma non sono adeguati nel colpire i sintomi del lutto non risolto, caratteristici del CTG.

I bambini con CTG potrebbero sperimentare sintomi depressivi e potrebbero soddisfare i criteri per il PTSD, ma i bambini potrebbero avere sintomi addizionali di lutto non risolto, che vanno oltre i criteri diagnostici per il PTSD.

Va precisato che non esistono molti studi che analizzano le conseguenze a lungo termine di un trauma infantile precoce e che dimostrano una correlazione specifica con lo sviluppo successivo di specifici disturbi psicopatologici; per lo più le ricerche condotte finora si basano su un limitato numero di casi clinici e propendono per ipotesi etiologiche non ancora dimostrate scientificamente.

A questo proposito, Kaplow, Saxe, Putnam, Pynoos e Lieberman (2006) presentarono, al diciannovesimo Congresso annuale della società internazionale per gli studi sullo Stress Traumatico, un caso di una ragazza, che all'età di 19 mesi fu testimone dell'uccisione della madre da parte del padre e che sembrò non manifestare nessun ricordo della disgrazia fino all'età di 11 anni, quando cominciò a mostrare gravi sintomi di PTSD, in risposta a segnali di natura traumatica.

Gli autori hanno osservato, in modo particolare, il ruolo della precoce memoria infantile e del trauma, dell'apprendimento e della valutazione del pericolo, del PTSD e del lutto traumatico nella prima infanzia. Nel caso presentato, sembrerebbe che sia rilevante l'impatto di memorie traumatiche "preverbal" sul successivo funzionamento della ragazza e per questo, secondo gli autori sarebbe necessario un precoce intervento immediatamente dopo gli eventi traumatici.

Negli ultimi dieci anni sembra, comunque, che il Complicated Grief sia considerato in modo ben diverso dall'ansia e dalla depressione mentre il dibattito è ancora aperto sulla possibilità che si tratti di una entità separata o collegata al PTSD.

Childhood traumatic grief

Secondo E. J. Brown e R. F. Goodman (2005), che hanno ampiamente esplorato il costrutto del CTG, la prima definizione di Childhood traumatic grief risale a Stroebe, Hansson, Stroebe e Shut (2001).

Secondo il National Institute of Mental Health (NIMH, 2006) il Childhood Traumatic Grief (CTG):

“Si riferisce a quella condizione in cui un bambino o un adolescente ha perso una persona amata, in circostanze oggettivamente e soggettivamente traumatiche ed, in cui, i sintomi del trauma colpiscono l'abilità del bambino di superare il normale processo del lutto”.

Semberebbe che il CTG sia un costrutto nuovo, ancora non compreso nel DSM-IV ma evidenziabile dai dati empirici disponibili al momento e descritto come una combinazione del lutto non risolto e di sintomi post-traumatici da stress, associato a un danno significativo in importanti aree di funzionamento (Cohen e Mannarino, 2004).

Diversi sintomi da stress post-traumatico nel CTG sono simili a quelli del Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), come: ri-sperimentare aspetti della causa traumatica della morte, inclusi pensieri preoccupanti circa il trauma o la persona che è morta, evitamento dei ricordi traumatici e “stordimento” emotivo (emotional numbing), iperattivazione fisiologica, irritabilità, rabbia.

Tuttavia, i bambini con CTG possono sperimentare sintomi depressivi come tristezza, mancanza di speranza e senso di colpa del sopravvissuto (Brown and Goodman, 2005; Cohen and Mannarino, 2004).

Sembra che ci siano dei sintomi aggiuntivi rispetto al lutto non risolto oltre ai criteri diagnostici per il PTSD.

Ciò che distingue il CTG dalle altre condizioni sembra essere dovuto ai sintomi del trauma che interferiscono con l'abilità del bambino nel gestire i tipici processi del lutto.

Naturalmente, non tutti i bambini o gli adolescenti che subiscono una perdita affrontano, un processo di elaborazione del lutto in modo traumatico.

Secondo il NIMH, le memorie, i pensieri e le immagini relative alla natura traumatica della perdita della persona amata potrebbero condurre a conseguenze quali: continue rappresentazioni intrusive del trauma, un'iper-attivazione fisiologica ed al distress psicologico.

L'interazione dei sintomi traumatici e del lutto sono tali per cui anche pensieri e ricordi di natura positiva potrebbero scatenare pensieri terrorizzanti, immagini, ricordi di come è morta la persona.

In particolare, vengono elencati tre tipologie di fattori scatenanti (*trigger*):

- *Trauma reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il trauma (persone, luoghi, scenari, odori, suoni che ricordano al bambino la natura traumatica della morte);
- *Loss reminders*: i fattori che richiamano/ricordano la perdita (situazioni, pensieri e memorie che ricordano al bambino la scomparsa di quella persona; es. la data di un compleanno o vedere delle fotografie);
- *Change reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il cambiamento (situazioni, persone, luoghi o oggetti che ricordano al bambino i cambiamenti nelle abitudini di vita legati all'evento traumatico; es. un trasferimento in un altro quartiere o l'essere affidato ad uno zio).

Viene specificato, che nel CTG la causa della morte non deve essere necessariamente traumatica ma deve essere stata soggettivamente vissuta dal bambino come orrenda, immediata o inaspettata.

Inoltre, le morti legate a ciò che definiamo "morte naturale" (cancro, infarto, ictus...) potrebbero portare ad un lutto traumatico se l'esperienza della morte è stata particolarmente traumatica (per esempio, se il bambino ha direttamente assistito alla morte, se la morte è stata percepita carica di dolore e sofferenza, se l'aspetto esteriore del deceduto era stato mutilato, sfigurato o, comunque, risultava orrendo al bambino).

Al fine di una diagnosi differenziale va considerato che sebbene i bambini con CTG spesso manifestino i sintomi di un Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che interferiscono con la capacità del bambino di affrontare il cordoglio, tale sintomatologia non sempre deve giungere sino al livello di una completa diagnosi del PTSD. Infatti, alcuni bambini potrebbero manifestare CTG senza PTSD oppure il contrario.

A questo proposito, Melhem, Shear, Day et al. (2004) hanno studiato la relazione tra il lutto traumatico e la depressione e il disturbo post-traumatico da stress in un campione di adolescenti esposti al suicidio di un loro coetaneo. Un campione di 146 amici e conoscenti di 26 vittime di suicidio è stato intervistato (e valutato con il Texas Revised Inventory of grief e con Inventory of complicated Grief) a distanza di 6, 12, 18, 36 mesi e dopo 6 anni. I loro risultati dimostrerebbero che il manifestarsi del lutto traumatico sia indipendente dalla depressione e dal PTSD. Anche Boelen, van de Bout, de Keijser (2003) sostengono la distinzione in 3 distinti fattori dei sintomi del lutto traumatico, dell'ansia e della depressione.

Secondo NIMH, le difficoltà specifiche del CTG, che si verificano comunemente, includono tali condizioni:

1. *Intrusive memories about the death.* Il continuo rivivere l'evento traumatico che ha determinato la morte della persona amata dal bambino, può avvenire attraverso incubi, senso di colpa, colpa circa la modalità secondo cui è morta la persona o pensieri ricorrenti ed intrusivi sulla morte (soprattutto quando particolarmente atroce).
2. *Avoidance and numbing.* L'evitamento di tutto ciò che ricorda l'evento traumatico, la morte e la persona cara; può manifestarsi attraverso il ritiro, il bambino può comportarsi come se non fosse triste ed evitando il ricordo della persona cara.
3. *Physical or emotional symptoms of increased arousal.* Iper-arousal fisiologico, evidente attraverso l'irritabilità, la rabbia, problemi del sonno, diminuzione della concentrazione, fallimenti scolastici, mal di pancia, mal di testa, aumento della vigilanza e paura sulla sicurezza degli altri e di se stesso.

Al fine di soddisfare i criteri per il PTSD, i bambini devono aver sperimentato seri danni o minacce all'integrità fisica per se stessi o per gli altri e rispondere con intenso orrore, paura o senso di impossibilità ad essere aiutati.

Secondo il Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center (2006), i criteri che sono attualmente considerati caratteristici del CTG sono :

1. La morte di una persona amata dal bambino in circostanze che sono oggettivamente o soggettivamente traumatiche;
2. La presenza significativa di sintomi tipici del PTSD, inclusi i fattori che richiamano la perdita ed il cambiamento, che successivamente conducono da una sorta di stordimento iniziale all'evitamento.
3. La ricaduta della sintomatologia legata al PTSD sull'abilità del bambino di elaborare il lutto "normale".

Secondo il NCTSN non devono essere sottovalutate tutte le "avversità secondarie" che seguono la morte o l'esperienza traumatica e che il bambino si trova ad affrontare contemporaneamente al lutto, rendendo ancora più probabile il rischio di reazioni traumatiche al lutto.

Ad esempio, si pensi ad un bambino, che un attacco cardiaco fatale per il papà si trovi costretto a cambiare casa, livello socio-economico e rete sociale a causa di conseguenti difficoltà economiche.

Shear, Frank, Houck, Reynolds (2005) hanno proposto una tabella riassuntiva che permette di confrontare le similitudini e le differenze che si riscontrano tra il complicated grief e la depressione maggiore e il disturbo post-traumatico da stress, sulla base dei criteri diagnostici del DSM- IV.

Il campione è costituito da 129 bambini ed adolescenti, di età compresa tra i 7 ed i 18 anni, selezionati da 89 famiglie in cui un genitore è morto per suicidio, incidente o per cause naturali.

L'assessment dei bambini e adolescenti in lutto è stato condotto entro un anno dalla morte del genitore (media = 8.2 mesi), a casa dei partecipanti, utilizzando ICG-R Inventory of Complicated Grief-Revised

(che ha mostrato un'elevata validità interna); Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age Children Present and Lifetime version (Kaufman et al. 1997) oppure l'Intervista Clinica Strutturata per le diagnosi con DSM-IV per i ragazzi di 18 anni (Spitzer et al. 1992).

SIMILARITÀ TRA LUTTO TRAUMATICO	
E	
DEPRESSIONE MAGGIORE	DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS
Tristezza, perdita di interesse, perdita di auto-stima, senso di colpa.	Attivazione da evento traumatico, senso di shock, impotenza, immagini intrusive, comportamento evitante
DIFFERENZE TRA	
DEPRESSIONE MAGGIORE	LUTTO TRAUMATICO
Umore triste pervasivo	Tristezza collegata alla nostalgia della persona deceduta
Perdita di interesse o piacere	Mantenimento dell'interesse verso i ricordi che riguardano la persona deceduta, fantasticherie piacevoli
Pervasivo senso di colpa	Senso di colpa focalizzato sulle interazioni con la persona deceduta
Ruminazione sugli errori del passato o sulle debolezze	Immagini intrusive della persona deceduta
	Evitamento delle situazioni e delle persone collegate a ricordi della perdita
DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS	LUTTO TRAUMATICO
Attivazione (trigger) da minaccia fisica	Attivazione (trigger) dalla perdita
L'emozione primaria è la paura	L'emozione primaria è la tristezza
Gli incubi sono molto comuni	Gli incubi sono rari
Ricordi dolorosi collegati all'evento traumatico, solitamente specifici dell'evento	Ricordi dolorosi sono molto pervasivi ed inaspettati
	Forte desiderio e nostalgia della persona che è morta
	Piacevoli <i>reverie</i> , fantasticherie ad occhi aperti

Figura 1. Similarità e differenze tra lutto complicato e disturbi classificati nel DSM-IV, da JAMA, June 1, 2005, Vol.293, n. 21

Numerosi altri test volti a misurare la condizione problematica dei ragazzi sono stati utilizzati in questo studio.

I risultati dimostrano che elevati punteggi del CG : Complicated Grief (concetto analogo al CTG di Cohen et al.) correlano significativamente con una alterazione funzionale, sia stimata clinicamente attraverso il test CGAS (Children's global assessment scale) e attraverso l'auto-valutazione (ICG-R, impairment item) È presente un'elevata correlazione con la sintomatologia depressiva, con l'ansia, con la mancanza di fiducia (hopelessness) con il PTSD e con l'ideazione suicidaria.

Contrariamente alle aspettative, i punteggi del CG non erano elevati nei bambini e negli adolescenti che hanno perso un genitore perché si è suicidato rispetto a quelli che hanno perso un genitore a causa di un incidente o di una improvvisa morte naturale.

Gli autori sostengono di aver identificato alcune differenze con il Complicated Grief negli adulti, per questo, hanno eliminato dalle analisi fattoriali alcuni sintomi come: il cercare la persona deceduta, l'imitazione dei comportamenti o dei sintomi della persona deceduta, i sintomi di evitamento. Tuttavia, nelle loro conclusioni sostengono di aver fornito un'iniziale evidenza dell'esistenza e del significato clinico del CG nei bambini e negli adolescenti, anche se ritengono necessari ulteriori studi per esaminare il corso e la prognosi del CG e per identificare il substrato dei bambini in lutto, che potrebbero avere la necessità di un trattamento specifico.

Una nuova diagnosi per il trauma infantile: dtd “developmental trauma disorder”.

Secondo un recente articolo di Tory De Angelis tratto da APA ONLINE (Monitor on Psychology, Marzo 2007), l'indicatore preso in considerazione per valutare quanti bambini soffrano a causa di severi traumi nel corso della loro infanzia (abuso, stati di tra scurezza o abbandono, persistente violenza sociale, genitori danneggiati da malattie, alcool o depressione...ecc.) è il numero impressionante di bambini che annualmente è riportato dai servizi dedicati alla protezione infantile, per problematiche legate ad abuso ed abbandono: 3 milioni.

Di questi, circa un milione di casi sono stati documentati, in accordo ad una relazione del 2003 dell'Amministrazione per i Bambini, i Giovani e le Famiglie.

Un gruppo di lavoro composto da psichiatri e psicologi dell'età evolutiva (un gruppo che fa parte del NCTSN e comprende un consorzio di 70 centri dedicati alla salute mentale infantile) si sta occupando di inserire nel prossimo DSM V, che uscirà nel 2011, una nuova diagnosi che comprenderà la situazione critica che riguarda questi bambini e questi giovani e che, attualmente, non è adeguatamente compresa dalle attuali categorie diagnostiche.

Questo gruppo di specialisti sta studiando una nuova diagnosi chiamata: *DTD Developmental Trauma Disorder*; tale diagnosi sarebbe maggiormente appropriata nei casi di esposizioni a diversi traumi cronici, generalmente di natura interpersonale; quando si manifesta un set unico di sintomi che si differenzia dalla sintomatologia del Disturbo Post-traumatico da Stress e nelle situazioni in cui tali traumi condizionino i bambini, in modo diverso, a seconda del loro stadio di sviluppo.

La diagnosi proposta non è stata ancora definita completamente ma, secondo van der Kolk (2005) queste potrebbero essere le caratteristiche da considerare per effettuare questo tipo di diagnosi:

1. *Esposizione*: Esposizione ad uno o più forme di traumi interpersonali avversi allo sviluppo, come: abbandono, tradimento, abuso fisico o sessuale ed abuso emotivo. In relazione a questo tipo di

trauma, si potrebbero manifestare alcune reazioni (emotive) soggettive come: la collera, la sfiducia legata al sentirsi tradito, la paura, la rassegnazione, il pessimismo, la vergogna.

2. *Disregolazione*: Lo sviluppo di sregolato in risposta a traumi, include disturbi nella sfera emotiva, di salute, comportamentali (es. auto-aggressività), cognitivi (ad esempio: confusione e dissociazione), relazionali e di auto-attribuzioni.
3. *Attribuzioni ed aspettative negative*: Credenze negative in linea con l'esperienza del trauma interpersonale. Potrebbero, ad esempio, riguardare il mettere fine all'aspettativa di essere protetto dagli altri e nel credere che la futura vittimizzazione sia inevitabile.
4. *Danni funzionali*: Danneggiamento in qualcuna o in tutte le aree di vita del bambino, compresa la scuola, le amicizie, le relazioni familiari e il rapporto con l'autorità/la legge.

Lo psichiatra B. van der Kolk (Boston University Medical Center) dichiara: “Mentre il PTSD è una buona definizione per il trauma acuto negli adulti, non è adeguato nei bambini, che spesso sono traumatizzati in un contesto relazionale e, poiché lo sviluppo cerebrale non è completato, il trauma ha un'influenza molto più pervasiva e di lunga portata sul loro concetto di sé, sul loro senso del mondo, sulla loro abilità di auto-regolazione.

Robert Pynoos, ritiene che il DTD abbia una forte base scientifica e che, introducendo una diagnosi rigorosa si possa fare molto per migliaia di bambini.

Per contribuire ad una solida validità scientifica, il gruppo di studiosi sta analizzando un grande database di tutti quei bambini che potrebbero essere candidati per la diagnosi potenziale.

I membri del network per i traumi infantili, che si occupa di circa 50.000 bambini all'anno, sta costruendo un set di dati riguardanti non solo che tipo di traumi sono stati vissuti dai bambini, ma anche quando sono capitati e per quanto tempo.

Il gruppo sta tracciando uno studio longitudinale di 20 anni di 4000 bambini australiani sopravvissuti a disastri naturali, includendo domande sulla storia di vita.

In questo modo, verranno effettuati confronti tra i bambini che hanno sofferto a causa di traumi interpersonali e bambini che non ne hanno subiti.

J. Ford, psicologa dell'Università del Connecticut, sostiene che il quadro teorico di riferimento è dato dalla letteratura sull'attaccamento, sullo sviluppo e sul trauma interpersonale ed, in particolare, sono analizzate due correnti di ricerca. La prima riguarda le ricerche sui bambini, che hanno subito traumi interpersonali, che manifestano un'abilità alterata nella regolazione delle emozioni, del comportamento e dell'attenzione.

Esperimenti con alcuni animali hanno dimostrato che quando il caregiving è interrotto o ritirato, diventano ansiosi, hanno un'elevata reattività ai fattori di stress e quando diventano più grandi, sono molto meno propensi ad esplorare i loro ambienti.

L'altro filone di ricerca dimostra che l'abilità successiva dei bambini di ragionare chiaramente e di risoluzione dei problemi con una modalità calma, non impulsiva proviene dalle loro esperienze relative ai primi 5 / 7 anni di vita.

Uno studio retrospettivo in corso su 17.337 adulti (utenti dei servizi fondati da "kaiser Permanente" e del Centro di controllo e prevenzione dei disturbi) ha considerato una relazione altamente significativa tra le esperienze traumatiche infantili (come abusi sessuali e fisici) e episodi successivi di depressione, tentati suicidi, alcolismo, abuso di sostanze stupefacenti, promiscuità sessuale e violenza domestica.

Hanno anche dimostrato che più sono avverse le esperienze infantili riportate e più facilmente il soggetto potrebbe sviluppare malattie quali attacchi cardiaci, cancro e ictus.

Il gruppo sta anche prendendo in considerazione le ultime scoperte sulle conseguenze neurobiologiche dello stress traumatico interpersonale. Ad esempio, in donne abusate da bambine che ricordano memorie dell'abuso o che si trovano ad affrontare stimoli cognitivi stressanti si manifestano forti reazioni in aree del cervello che segnalano la minaccia, tranne una ridotta mobilitazione delle aree cerebrali coinvolte nella focalizzazione dell'attenzione e nella categorizzazione delle informazioni.

Per quanto riguarda il trattamento del trauma infantile è abbastanza evidente la necessità di raccogliere le informazioni sui nuovi interventi specifici per lavorare con questi giovani.

Una tipologia di trattamento si basa sull'insegnamento di abilità di auto-regolazione con la finalità di raggiungere la consapevolezza sul loro livello di adattamento al trauma.

Il trattamento potrebbe aiutarli a modificare il loro stile di adattamento spostandosi da un modo iniziale legato alla sopravvivenza ad uno maggiormente appropriato allo stadio di sviluppo, recuperando competenze specifiche della crescita.

La Lieberman è critica rispetto al coinvolgimento dei genitori dal momento che coloro che maltrattano i propri figli spesso hanno anch'essi dei problemi di disregolazione (trasmissione intergenerazionale del trauma).

Nel tipo di psicoterapia Genitore-Bambino si interviene aiutando il padre o la madre ad abituarsi alla loro stessa disregolazione ed a divenire più responsivi a quella del bambino.

Molti esperti sostengono che le basi del nuovo gruppo di studiosi è ben radicato nelle recenti scoperte della ricerca sull'attaccamento genitore-bambino, sullo sviluppo neurobiologico, sui processi di elaborazione delle informazioni e nei risultati del trattamento.

Il presidente della divisione 56 dell'APA che si occupa di trauma, J. Alpert sostiene che il gruppo sta lavorando per identificare correttamente alcuni sintomi certi dei bambini ed il trauma interpersonale.

Ovviamente, questi autori ritengono di vitale importanza che la ricerca sia efficace nell'identificare correttamente i bambini e che una tale diagnosi non venga utilizzata in modo scorretto o abusata.

Modified Cognitive-Behavioral Therapy: Trauma Focused Cognitive Therapy And Specific Grief-Focused Components

Cohen, Mannarino e Staron (2006) hanno presentato una ricerca in cui la precedente versione, composta di 16 sessioni, della CBT-CTG da loro ideata è stata ridotta alle 12 sessioni, sopra riportate.

Nello specifico, questo trattamento include 8 sessioni focalizzate al trauma seguite da 8 sessioni focalizzate al lutto; la modalità prevalente consiste in visite individuali al bambino ed al genitore ma sono state inserite, in entrambe le sessioni, delle sedute bambino-genitore insieme.

Modified 12 session cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief protocol da J. Cohen, A. P. Mannarino, V. R. Staron. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 45:12, Dec. 2006	
Sessione 1	Introduzione al modello, psicoeducazione, identificazione delle emozioni, skills della modulazione affettiva
Sessione 2	Skills del rilassamento e calma (focalizzato su respiro, rilassamento muscolare, interruzione del pensiero, identificazione e metodi personalizzati di riduzione dello stress (es. danza, yoga, artigianato, lettura, ecc.), sessione con il genitore, skills della gestione del ruolo di genitore
Sessione 3	Introduzione alla triade cognitiva (esplorare e fare pratica con l'applicazione della relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti, a come si relazionano agli eventi quotidiani, al fine di migliorare il coping cognitivo per gli eventi negativi quotidiani)
Sessione 4	Recensione delle coping skills, introduzione al razionale per creare la <u>narrativa</u> del trauma
Sessione 5 - 7	Creazione della narrativa del trauma del bambino legata alla morte, elaborazione cognitiva, sessioni con il genitore, lettura al genitore del racconto del bambino
Sessione 7 - 8	Sessioni riunite genitore – bambino, il bambino condivide la narrazione del trauma con il genitore, identificazione e preparazione ai futuri ricordi del trauma
Sessione 9	Psicoeducazione sul lutto, nominare chi è stato perso, affrontare le emozioni ambivalenti sulla persona deceduta
Sessione 10	Creazione e conservazione di memorie positive della persona deceduta, modificazione della relazione passando dall'interazione alla memoria
Sessione 11	Riaffidarsi a relazioni attuali, creare un significato della perdita traumatica, sessione riunita genitore – bambino
Sessione 12	Tematiche finali (condivisione dei ricordi positivi, il ciclo della vita, prevedere, preparare e dare il permesso a futuri ricordi del lutto), sessione riunita genitore – bambino, conclusione

Figura 2. Protocollo modificato della terapia di 12 sessioni per il CTG.

Ogni sessione del trattamento ha la durata di 60 minuti, ugualmente suddivisi tra le sessioni del genitore e del bambino. Ogni seduta è stata audio-registrata e valutata per stimare l'aderenza al modello terapeutico.

Il trattamento terapeutico è stato condotto da due terapeuti che singolarmente vedevano il genitore e il bambino.

I risultati di questo studio dimostrano che la versione ridotta a 12 sessioni del protocollo CBT-CTG può essere in modo significativo efficace per la popolazione dei bambini in lutto, permettendo un buon miglioramento dei sintomi legata allo stress traumatico, quelli legati al lutto traumatico, all'ansia, alla

depressione ed ai problemi comportamentali, oltre che migliorare la sintomatologia del PTSD dei genitori o delle figure che partecipano al trattamento, insieme al bambino.

Gli autori delineano anche le future possibilità di ricerca in relazione al CTG, secondo loro, sarebbe utile valutare, attraverso assegnazioni casuali, gruppi con diversi numeri di sessioni di trattamento focalizzato al lutto e l'impatto conseguente del somministrare diverse "dosi" di trattamento, a seguito della "somministrazione" dei componenti focalizzati al trauma.

Altri autori, Brown, Pearlman e Goodman (2004) hanno presentato un esempio clinico di CBT per il CTG di un bambino di 5 anni, orfano di padre, che era uno dei pompieri rimasti uccisi nell'attentato terroristico alle torri gemelle dell'11/09/2001. In particolare, hanno sottolineato la necessità di effettuare una buona valutazione iniziale e di considerare nel trattamento i fattori di sviluppo e quelli familiari.

A proposito degli attentati terroristici in USA, Chetomb, Conroy, Hochauser, Laraque et al. (2007), ritenendo che la perdita di un genitore sia uno degli eventi maggiormente stressanti che possa accadere nella vita di un bambino, stanno costruendo un registro (il primo e l'unico al momento) per identificare e caratterizzare la popolazione costituita da tutti i bambini che hanno subito la perdita di un genitore o di un familiare l'11 Settembre 2001. Fino ad ora, sono state identificate 1363 vittime - genitori di bambini piccoli e 2752 bambini al di sotto dei 18 anni, che hanno subito un lutto nell'attentato. Attraverso questo registro, si cercherà di avviare un assessment multidisciplinare di base della salute fisica e mentale della fascia pediatrica coinvolta, in vista delle vulnerabilità dei bambini nei periodi più critici del loro sviluppo.

Il commento dello psichiatra I. Mushtaq (12 Maggio 2007 su www.bmj.it) sul recente studio di de Groot, de Keijser, Neeleman, et al. (BMJ 2007: 334: 994) sembra rimarcare la scarsa efficacia della CBT sul lutto complicato; osservando criticamente che il rischio di definire una reazione ad un lutto come "anormale" o semplicemente traumatica dipenda solo dal fatto che la sintomatologia sia presente almeno per sei mesi. Gli autori della ricerca, che hanno impiegato la CBT per prevenire il lutto complicato tra parenti e mogli di persone che si sono suicidate, propongono delle linee guida "evidence-based" per la diagnosi ed il trattamento del lutto complicato.

Al momento attuale, questa ricerca appare essere unica nel sostenere la poca efficacia della psicoterapia cognitiva rispetto al lutto traumatico.

Sviluppi e ipotesi di ricerca

Shear e Frank indicano la necessità di sviluppare un trattamento specifico per il lutto traumatico; in particolare, suggeriscono come cornice teorica di riferimento la psicoterapia interpersonale per la depressione collegata al lutto. Tuttavia, al fine di migliorare il trattamento terapeutico in modo da considerare anche la presenza della sintomatologia del PTSD, le tecniche inter-personali sono state modificate con l'inclusione di tecniche specifiche per il trauma, basate sulla terapia cognitivo-comportamentale.

Le tecniche cognitivo-comportamentali includono la ripetizione della storia della morte ed il lavoro sui comportamenti di evitamento; le tecniche cognitive riguardano delle conversazioni immaginarie con il morto ed un lavoro sui ricordi.

Le tecniche della psicoterapia interpersonale accrescono la costruzione di nuovi legami affettivi, la ristrutturazione del funzionamento interpersonale e la fine del trattamento.

I loro risultati hanno mostrato una buona efficacia del nuovo modello terapeutico rispetto alla psicoterapia interpersonale; il 51% del campione ha risposto positivamente al trattamento per il CTG.

Cohen, Mannarino, Staron (2006) suggeriscono che ancora molto vada fatto in termini di ricerca sul CTG, sia per definire meglio il costrutto e sia rispetto agli strumenti di valutazione.

Secondo loro, sarebbe utile focalizzare l'attenzione sul numero di sessioni relative al loro protocollo di trattamento per vedere l'efficacia in relazione alla durata della psicoterapia.

Un'altra linea di ricerca potrebbe dedicarsi al confronto tra diverse tipologie di trattamento, ad esempio, la Trauma-focused therapy confrontata con la CBT-CTG, per avere ulteriori dati necessari a comprendere se la risoluzione della sintomatologia legata al trauma ed al PTSD possa essere sufficiente a determinare la riduzione del CTG.

Suggeriscono di condurre ricerche per confrontare la CBT-CTG ai trattamenti consueti che i bambini effettuano nei normali setting istituzionali, a seguito di morti traumatiche.

Melhem, Moritz, Walzer, Shear (2007) suggeriscono, invece, la necessità di esaminare il corso e la prognosi del CTG nei bambini e negli adolescenti; in effetti, sono ancora pochi li studi che hanno osservato una correlazione tra il CTG e la manifestazione di disturbi psicopatologici in età adulta.

Sicuramente, alcune difficoltà sono legate alla difficoltà di organizzare dei complessi studi longitudinali nel tempo.

Si potrebbero portare avanti degli studi che identifichino il "substrato clinico" dei bambini in lutto che potrebbero avere bisogno di uno specifico trattamento psicoterapeutico focalizzato al CTG per migliorare il loro funzionamento (comportamentale, emotivo, cognitivo).

Gli autori che hanno fatto le ricerche sulla Internet-based cognitive-behavioral psychotherapy indicano che i risultati di efficacia vadano replicati in futuro e che tale approccio vada sviluppato in relazione alla facile disponibilità ed accesso a basso costo per le persone che potrebbero aver bisogno di un trattamento per il lutto complicato.

Conclusioni

Questa tesi si è concentrata su un costrutto psicologico emergente: il Childhood traumatic grief ovvero il lutto traumatico infantile, una condizione che può manifestarsi in seguito alla morte di una persona amata da parte del bambino e che può essere vissuta oggettivamente e/o soggettivamente in modo

altamente traumatico, provocando una specifica sintomatologia analoga al PTSD, ai sintomi depressivi ma con delle specifiche caratteristiche, ormai evidenziate grazie a recenti contributi scientifici.

Appare piuttosto evidente la lacuna che la ricerca e gli studi psicologici hanno prodotto nel tempo rispetto ad un argomento importante quale il trauma infantile, in particolare quello legato al lutto di una significativa figura d'attaccamento; a parte il lavoro di J. Bowlby dedicato all'attaccamento, alla separazione ed alla perdita della madre.

Eppure, possiamo facilmente immaginare che un tale evento traumatico nel corso della crescita di un bambino potrebbe determinare, non solo, una manifestazione clinica di lutto traumatico ma, anche, potrebbe portare successivamente allo sviluppo di ulteriori problematiche psicologiche, in età adulta, se non risolto adeguatamente.

Si potrebbe ipotizzare che un evento traumatico tale potrebbe portare a diversi problemi rispetto al sistema dell'attaccamento in termini di disregolazione/disorganizzazione affettiva ma anche ipotizzare un danneggiamento nella funzione di mentalizzazione, come descritta da Bateman e Fonagy (2006).

Ad esempio, alcuni studi rispetto alle influenze psicosociali, in particolare a quelle genitoriali, nello sviluppo del Disturbo borderline di personalità dimostrano una percentuale dell'80% nelle storie di persone con DBP di eventi di perdita delle cure genitoriali a causa di divorzio, malattia o decesso di un genitore (Walsh, 1977). M. Zanarini et al. (1989) ritengono che separazioni precoci dalle figure genitoriali (da 1 a 3 mesi) siano un elemento caratterizzante del gruppo dei pazienti con disturbo borderline di personalità.

Tuttavia, gli studi sulle eventuali correlazioni tra il CTG e i disturbi psicopatologici in età adulta sono ancora scarsi.

Inoltre, sono molto recenti gli studi che valutano l'efficacia di nuovi protocolli di trattamento cognitivo-comportamentale specifici per il CTG e che necessitano di ulteriori prove e conferme.

Appare anche evidente che mentre gli Stati Uniti o molti paesi europei, quali l'Austria, il Belgio, l'Olanda, l'Inghilterra, la Francia, la Germania, la Svizzera, il Giappone, l'Argentina e il Messico sono associati ad importanti organizzazioni internazionali, come i gruppi di E. Kubler-Ross e tante altre associazioni ed enti no profit (www.dougy.org, www.wistonwish.org.uk, www.elisabethkublerross.com, www.inmournigband.org, www.missfoundation.org, www.barnardos.org.uk) l'Italia sembra poco interessata a questo argomento e sono ancora pochi i contributi, i centri e gli specialisti psichiatri e psicologi che si occupano specificamente del trattamento del lutto traumatico in età evolutiva.

Dalle ricerche anche in rete sembra che solo a Bologna sia presente un Servizio di aiuto psicologico alle persone in situazione di crisi, separazione e lutto presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna.

Bibliografia

- Arnd, J., Routledge, C., Goldenberg, J.L., Predicting proximal health responses to reminders of death: the influence of coping style and health optimism. *Psychology and Health*. 2006, October, volume 21, number 5, pp.593-614.
- Barsky, A., Wool, C., Barnett, M.C., Cleary, P.D., Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry*, 1994, 151 (3): 397-401.
- Boelen, P.A., van den Bout, J., de Keijser, J. Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry*. 2003, Jul; 160 (7):1339-41.
- Bowlby, J., (1969), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby, J., (1973), *Attaccamento e perdita*, vol. 2: La separazione dalla madre. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1975.
- Bowlby, J., *Attaccamento e perdita*, vol. 3: La perdita della madre, Tr. It. Boringhieri, Torino, 1983.
- Bowlby, J., (1979), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1982.
- Brown, E.J., Goodman, R.F., Childhood traumatic grief: an exploration of the construct in children bereaved on September 11. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005 June; 34 (2): 248-59.
- Brown, E.J., Pearlman, M.Y., Goodman, R.F. Facing fears and sadness: cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief. *Harv Rev Psychiatry*. 2004 Jul-Aug; 12 (4): 187-98.
- C. M. Chemtob, D. L. Conroy, C. J. Hochauser, D. Laraque et al. Children who lost a parent as a result of the Terrorist attacks of September 11, 2001 : Registry Construction and Population Description. *Death Studies*, Vol. 31 (1), Jan 2007, pp. 87-100.
- Caffo, E., Forresi, B. Lievers, L.S. Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2005, Jul; 18: 422-8
- Cohen, J. A., Mannarino, A.P., Greenberg, T., Padlo, S., Shipley, C., Childhood traumatic grief: concepts and controversies. *Trauma Violence Abuse*, 2002, 3: 307-327.
- Cohen, J.A., Goodman, R.F., Brown, E.J. et al. Treatment of childhood traumatic grief: contributing to a newly emerging condition in the wake of community trauma. *Harv Rev Psychiatry*. 2004, Jul-Aug, 12:213-6.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. Treatment of childhood traumatic grief . *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004, Dec; 33: 819-831. (Non è posseduto da biblioteche italiane).
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Knudsen, K., Treating childhood traumatic grief: a pilot study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43 (10): 1225-33.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Staron, V.R., A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT- CTG), *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45 (12): 1465-73.
- Cohen, J. A.; Mannarino, A. P., Deblinger, E., *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press (2006).
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Steer, R. A., A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45 (12): 1474-1484.

- Deblinger, E.; Thakkar-Kolar, Reena; Ryan, Erika. Trauma in Childhood. In: *Cognitive-behavioral therapies for Trauma*. Follette, V. M.; Ruzek, J. I. (2006). (2nd edition). pp. 405-432.
- Forstmeier, S., Maercker, A., Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *J Affect Disord*, 2007, 99 (1-3): 2003-2011.
- Geis, H.K., Whittlesey, S.W., McDonald, N.B., Smith, K.L., Pfefferbaum, B. Bereavement and loss in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998 Jan; 7 (1): 73-85.
- Goenjian, A., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., Steinberg, A.M., Manoukian, G., Tavosian, Anahid, Fairbanks, L. A., Posttraumatic Stress Disorder in Elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*, 1994, 151 (6): 895-901.
- Hansson, R. O., Stroebe, M. S. "The nature of grief" and "Coping with bereavement" and "The dual process model of coping with bereavement and development of an integrative risk factor framework" in: Hansson, R. O., Stroebe, M. S. 2007. *Bereavement in late life: coping, adaptation and developmental influences*. Washington, DC, US: APA.
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Krueh, L., Ceitlin, L. H. F., Parental bonding and emotional response to trauma: a study of rape victims. *Psychotherapy research*, 2007, 17 (1): 83-90.
- Hergueta, R.S., Flament, M., et al. Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry. *Encephale*, 2004, 30: 122-134.
- Ingram, Rick E., Price, J. M., *Vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan*. (2001). New York: The Guilford Press.
- James, W., Friedman, R., *The Grief Recovery Handbook: the action program for moving beyond death, divorce and other losses*.
- Kaplow, J.B., Saxe, G.N., Putnam, F.W., Pynoos, R.S., Lieberman, A.F. The long term consequences of early childhood trauma: a case study and discussion. *Psychiatry*, 2006 Winter; 69 (4): 362-75.
- Kubany, E.S., Hill. E.E., Owens, J. A., et al., Cognitive Trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW), *J of Consulting and clinical psychology*, 2004, 72 (1): 3-18.
- Kubler-Ross, E., D. Kessler. *On grief and grieving. Finding the meaning of grief through the Five Stages of Loss*. Scribner. 2007
- Kubler-Ross, E., *On death and dying*. Scribner. 1997.
- Kubler-Ross, E., *Questions and answers on death and dying*.
- Kubler- Ross, E., *Working it through*.
- Langner, R., Maercker, A. Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a german sample. *J. Psychosom Res*, 2005, 58 (3): 235-242.
- Layne, C.M., Pynoos, R.S., Saltzman, W.R., et al., Trauma/grief focused group psychotherapy: school based post war intervention with traumatized bosnian adolescents. *Group dynamics*, 2001, 5: 277-290.
- A. F. Lieberman, N.C. Compton, P. Van Horn, C. Ghosh Ippen. *Il lutto infantile*. Il Mulino. 2007.
- March, J.S., Amaya-Jackson, L., Murray, M.C., Schulte A. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single- incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 June; 37 (6): 585-93.
- Mathews, L.L.; Servaty-Seib, H.L. Hardiness and grief in a sample bereaved college students. *Death Stud*. 2007 Mar; 31 (3): 183-204.

- Mayer, L., Kiss, E., Baji, I., Skulteti, D., Vetro, A. Quality analysis of life events and their relationship to depressive symptoms in a school age population. *Psychiatr Hung.* 2006; 21 (5): 360-70. (Article in Hungarian).
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, K., Brent, D., Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 48 (4): 493
- Melhem, N.M., Day, N., Shear, M.K., Day, R., Reynolds, C.F. 3rd, Brent, D. Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Am J Psychiatry*. 2004, Aug; 161 (8): 1411-6.
- Moules, N. J.; Simonson, K; Fleischer, A. R. ; Prins, M. ; Glasgow, B. The soul of sorrow work : grief and therapeutic interventions with families. *Journal of family nursing*. Vol 13 (1), Feb 2007, pp. 117-141.
- Overholser, J.C. Cognitive-behavioral treatment of depression, part IX: Confronting Predisposing factors. *J. Of Contemporary Psychotherapy*. 1998, Vol. 28 (3): 289-305.
- P. Van Horn. Review of: Edited by David E. Balk "The river of grief: helping children cross to the other side". Brief interventions with bereaved children. Edited by B. Monroe and F. Kraus. Oxford. England: Oxford University Press, 2005. Published in: *Death Studies*. Vol. 30 (10), Dec 2006, pp. 971-975.
- Piper, W. E., Ogrondniczuk, J.S., Joyce, A. S., Weideman, R., Rosie, J. S. Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol 75 (1), Feb 2007, pp. 116-125.
- Prigerson, H.G., Jacobs, S.C., Caring for bereaved patients, all the doctors just suddenly go. *JAMA*, 2001, 286: 1369-1376.
- Prigerson; H.G., Shear, M.K., Jacobs, S. Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *British journal of psychiatry*, 1999, 174: 67-73.
- Pynoos, R. Grief and trauma in children and adolescents. *Bereavement Care*, 1992, 11 (1), 2-10.
- Robinson, M.S., Alloy, L.B. Negative Cognitive Styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: a prospective study. *Cognitive Therapy and research*. 2003, June, volume 27, number 3: 275-291.
- Rotheram-Borus, M. J., Stein, J. A., Lin, Y., Impact of parent death and an intervention on the adjustment of adolescents whose parents have HIV/AIDS. *J of Consulting and clinical Psychology*, 2001, 69 (5): 763-773.
- Schafer, I., Barkmann, C., Riedesser, P., Schulte-Markwort, M. Posttraumatic syndrome in children and adolescents after road traffic accidents: a prospective cohort study. *Psychopathology*. 2006; 39 (4): 159-64.
- Schultz, L. E. The influence of maternal loss on young women's experience of identity development in emerging adulthood. *Death Stud*. 2007 Jan-Feb; 31 (1): 17-43.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M. Understanding minds: different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy research*. Vol 17 (1), Jan 2007, pp. 106-119.
- Shear, K., Frank, E., Houck P.R., Reynolds, C.F. 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2005, June 1; Vol 293 (21): 2601-2608.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Reynolds, C.F. 3rd, Vander Bilt, J., Masters, S. Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry*. 2001 Sep; 158 (9): 1506-8.

- Stallard, P. Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*. Special issue: Anxiety of childhood and adolescence: challenges and opportunities. Vol 26 (7), Nov. 2006, pp. 895-911
- Stubenbort, K., Donnelly, G.R., Cohen, J.A., Cognitive behavioral group therapy for bereaved adults and children following an air disaster. *Group dynamics*, 2001, 5:261-276.
- Terr, L.C., Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991, Jan; 148: 10-20.
- Tori DeAngelis. A new diagnosis for childhood trauma? *Monitor on Psychology*. 2007, Mar, Volume 38, number 3. www.apa.org/monitor/mar07/diagnosis.html
- Tori DeAngelis. What the new diagnosis would include. *Monitor on Psychology*. 2007, Mar, Volume 38, number 3. www.apa.org/monitor/mar07/include.html
- Vanderwerker, L.C., Jacobs, S.C., Parkers, C.M. et al. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis*. 2006, Feb, 194: 121-3.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. Internet- based Cognitive Behavioral Therapy for Complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud*. 2006, June, Volume 30, number 5, pp. 429-453.
- Walker, P., Shaffer, M.. Reducing depression among adolescents dealing with grief and loss: a program evaluation report. *Health and social work*, 2007 February, volume 32, number 1, pp.67-68.
- Wayment, H.A., Vierthaler, J. Attachment style and bereavement reactions. *J of Loss and Trauma*. 2002, 1 April, Volume 7 (2): 129-149.
- Worden, J. W., *Children and grief: when a parent dies*. New York: The Guilford Ford.
- Worden, J.W., *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer Publishing Company. 3rd edition.
- Zambelli, G.C., De Rosa, A.P., Bereavement support groups for school age childre: theory, intervention and case example. *Am J Orthopsychiatry*, 1992, 62: 484-493.
- Zebracki, K., Stancin, T. Cultural considerations in facilitating coping to a father's illness and bereavement in a Latino child. *Clinical case studies*. Feb 2007, Vol 6 (1), pp. 3 – 16.
- Childhood Traumatic grief educational materials from the National Child Traumatic Stress Network Childhood Traumatic Grief Task Force Educational Materials Subcommittee. www.NCTSNet.org.

Dott.ssa Elena Lo Presti

Dirig. Psicologo ASL/VT DSM CSM Distretto 1.

Specializzata SPC Grosseto, Training Gagnani, Lorenzini, Mancini

e-mail: lopresti.elena@gmail.com

Caso clinico di Timoteo: disturbo da ansia sociale

Dr. Luca D'Errico¹

¹Psiconcologia dell'Ospedale San Giuseppe Moscati di Taranto
Unità operativa di Psicologia Clinica Ospedaliera del DSM dell'ASL Ta\1

Riassunto

Il presente lavoro è un estratto dettagliato e sistematico di una intera psicoterapia cognitivo comportamentale, della durata di otto mesi, di un paziente con diagnosi principale di disturbo d'ansia sociale.

Lo scritto descrive il razionale che ha indotto il terapeuta a scegliere il tipo di intervento più appropriato al disagio presentato e alla fase terapeutica. Inoltre sono inclusi numerosi estratti dal colloquio clinico con le espressioni del paziente mentre descrive il suo disagio e gli strumenti utilizzati per raggiungere una maggiore compenso psicologico. La terapia ha portato ad una riduzione dell'ansietà di stato ed al superamento di numerosi evitamenti che compromettevano fortemente la qualità della vita del paziente.

Summary

This work is a detailed and systematic extract of a whole Cognitive Behavioral Psychotherapy (CBT), lasting eight months, of a patient with primary diagnosis of social anxiety disorder. The script describes the rationale that led the therapist to choose the most appropriate intervention in relation to the disease presented and the therapeutic phase. Moreover, in the work are included numerous excerpts from the clinical interview with the patient expressions describing his discomfort and the tools used to achieve a better psychological compensation. The therapy has led to a reduction of state anxiety and to the overcome of many avoidances that have undermined the quality of life of the patient.

Presentazione del paziente²

Timoteo ha 28aa. Nel 2000 ha conseguito il diploma e sebbene i suoi voti abbiano sempre rasentato la sufficienza, non riferisce problemi di profitto né disciplinari, ma unicamente di aver fatto molte assenze da scuola in particolar modo durante l'ultimo anno. Svolge da cinque anni, senza difficoltà, l'attività di operaio. Timoteo è celibe e figlio unico, vive con la famiglia d'origine, ossia con il padre (55 aa, in pensione) e con la madre (53 aa, casalinga). Da cinque anni è fidanzato con Carla, coetanea, seguita in terapia alcuni anni fa da un collega per disturbo depressivo, con la quale afferma di vivere una relazione

¹²Sono state omesse o alterate tutte le informazioni che avrebbero potuto rendere identificabile il paziente

serena. Pratica sport a livello amatoriale, sebbene lo abbia a lungo praticato con la finalità agonistica, a livello locale. L'anamnesi medica del paziente indica buona salute, fatta eccezione per la colite. Non assume alcuna terapia farmacologica e non ha mai fatto psicoterapia.

Definizione del problema secondo il paziente: sintomatologia dichiarata

Trascrizione delle parole del paziente:

“Il problema è che quando devo fare delle cose nuove mi viene l'ansia.. Se devo partire, se devo fare qualcosa di nuovo, se mi sento osservato, se sono al centro di tutte le attenzioni, mi sento giudicato. Pensa, prima non andavo a mangiare dai suoceri! Appena mi mettevano il piatto davanti iniziavo a stare male. Credevo che dovevo mangiare per forza. Perché mi osservavano se mangiavo o meno, mi dicevano “mangia!”, “perché non mangi?” e mi vergognavo. Se devo andare a casa di estranei a mangiare dico sempre di no e cerco di evitare. Mi succede anche con i miei parenti, se devo andare da quelli che non frequento molto, mi succede la stessa cosa. Anche se devo partire, mezz'ora prima sto male. Domenica dovevo andare a fare lo scrutatore e sono stato male al mattino. Alla fine mi sento costretto ad abbandonare se non c'è qualcuno che mi spinge o che mi porta, se no devo abbandonare”. “Poi c'è un altro grande problema, quando devo viaggiare ho molta ansia perché potrei aver bisogno di andare in bagno, anche perché sento lo stimolo, e potrebbe non esserci il bagno se sto in autobus. Oppure penso la stessa cosa se devo andare in un qualsiasi locale per mangiare, mi assicuro che ci sia il bagno e che posso raggiungerlo facilmente. Questa faccenda del bagno è seria. Non vado più in giro ed è iniziato tutto dalle superiori”.

Negli ultimi tempi Timoteo ha ridotto e poi abbandonato il calcio agonistico e amatoriale a causa dei problemi d'ansia (non tirava più in porta per paura di sbagliare e di essere criticato). Anche andare in pizzeria è diventato un problema perché teme di dover correre in bagno e nel far ciò, dare nell'occhio ed essere preso in giro dagli altri.

Anamnesi familiare e individuale e storia della sofferenza

Timoteo nasce e cresce in un piccolo centro rurale, in cui conosce ed è conosciuto da tutti. Questo dato è rilevante per comprendere l'importanza data alla reputazione da parte dei suoi familiari e da lui stesso. I suoi genitori narrano che sin da piccolo è introverso e silenzioso e questa sua modalità era rinforzata dagli apprezzamenti dei suoi cari. Vive un'infanzia serena e si lega molto ai suoi genitori. Sin da piccolo la mamma gli ha concesso la possibilità di scegliere il pasto che più gradiva, permettendogli di scartare i cibi che non apprezzava. La mamma è una donna forte che qualche volta per strada in presenza di estranei e conoscenti, ha commentato i problemi scolastici di Timoteo, facendolo vergognare. Il padre è un uomo con opinioni dominanti. Quando lui afferma qualcosa, il paziente la esegue anche se è di parere differente. Agli affollatissimi pranzi familiari, il padre esordiva sempre lamentandosi a voce alta dello scarso profitto

scolastico del figlio. Timoteo diventava rosso in volto, imparando ad associare il rossore all'essere difettuale o colpevole.

Cinque anni fa è stata diagnosticata al padre una malattia ematologica attualmente non in progressione clinica. L'evento è stato affrontato da Timoteo con segreto patimento. Non ha manifestato ai familiari sofferenza per due ragioni: non ha compreso a fondo la malattia paterna e poi non è mai riuscito ad esprimere i suoi sentimenti al padre perché il genitore è un uomo piuttosto fattivo, concreto e pratico che non ha concesso molto all'espressione dei sentimenti.

La prima separazione dalla mamma avviene con la scuola materna. Il primo giorno di scuola è vissuto in modo drammatico con pronto rientro a casa. Crescendo prende l'abitudine di chiamare casa a mezzogiorno per farsi venire a prendere e mangiare a casa con i suoi, visto che altrimenti avrebbe dovuto pranzare a scuola. Quando si sentiva a disagio a scuola, la madre lo andava subito a prendere. Dopo un po' la mamma ha deciso di non prenderlo più perché giudicava esagerato e strategico il comportamento del figlio. Così il padre ha iniziato ad occuparsi di prelevare il figlio dalla classe, invece di concordare con la moglie sul metodo più corretto per affrontare il problema.

In classe Timoteo era silenzioso e non faceva domande ai maestri o professori, perché pensava che potessero rispondergli che quanto detto da lui fosse una sciocchezza. I problemi con l'ansietà si protraggono, sebbene non in modo grave, anche all'ultimo anno delle superiori, momento in cui Timoteo manifesta difficoltà a mantenere la frequenza scolastica a seguito di un episodio accaduto in classe:

“All'ultimo anno delle scuole superiori mi è successo parecchie volte di provare ansia anche quando andavo a scuola però non era un'ansia grave come quella di oggi. Magari non andavo a scuola perché dovevo andare in bagno e non mi mandavano in bagno e poi se avevo queste cose qui mi veniva di andare in bagno. Alle scuole superiori, all'ultimo anno, (17 anni) avevo un compagno di banco sempre agitato che chiedeva di andare sempre in bagno per motivi suoi e ad un certo punto i docenti hanno deciso per punizione, ingiustamente, di non mandare più entrambi. Non andavo più a scuola perché se avevo bisogno del bagno non potevo andare, non mi mandavano e allora non ci andavo più a scuola. Se stavo male, anche poco, chiamavo a casa e mi facevo venire a prendere”. E loro venivano.

Attualmente il disagio di Timoteo è caratterizzato da riduzione delle attività sociali, ridotta iniziativa per timore di provare ansia e evitamento di numerose situazioni ansiogene. Ha rimandato a causa dell'ansietà, per 15 anni l'intervento per varicocele ed è ora che lo esegua. Uno dei motivi della consultazione è certamente quello di essere spaventato da questo intervento che oramai è indispensabile. Tra i disagi che il paziente riferisce c'è quello di vergognarsi di chiedere il prezzo degli oggetti nei negozi per paura del giudizio ed inoltre la difficoltà a dire di no alle commesse, quando gli presentano un capo che a lui non piace, tanto da acquistarlo pur non desiderandolo. Afferma inoltre di avere difficoltà a comunicare quanto sente e condividere i suoi pensieri: “non riesco a dire quello che penso”.

Diagnosi DSM IV TR:

ASSE I	- Ansia sociale - Episodio di attacco di panico con agorafobia
ASSE II	Tratti dipendenti di personalità
ASSE III	Colite
ASSE IV	-----
ASSE V	VGF= 61 (INIZIO TRATTAMENTO) VGF= 80 (FINE TRATTAMENTO)

Definizione del problema secondo il terapeuta

Il paziente presenta un disturbo psicologico definito “Ansia sociale”, per il quale è convinto che le proprie azioni e prestazioni in pubblico lo esporranno a giudizi, valutazioni poco lusinghiere e critiche da parte degli altri. Nella maggior parte degli episodi narrati il paziente teme di essere preso in giro o biasimato. La credenza è quella di poter essere giudicato negativamente dagli altri con conseguente allontanamento o rifiuto, cosa che in effetti può accadere in virtù dei comportamenti protettivi adottati, che paradossalmente lo espongono più facilmente all’attenzione e al commento sarcastico degli altri. Le situazioni sociali sono generalmente evitate o vissute con particolare timore. In particolar modo teme di mostrarsi in difficoltà o emozionato (rossore, tremore, sudorazione...). Al fine di spiegare i disagi del paziente utilizzo il modello dell’ansia sociale avanzato da Wells e Clark (1997) che integra le convinzioni con i circoli di feedback di mantenimento. Secondo questo modello lo *scopo centrale* (lo scopo terminale è quello dell’adozione da parte degli altri) del paziente è quello di fare una buona impressione, ma tale desiderio è accompagnato da una profonda insicurezza sulla riuscita. Davanti ad una situazione sociale si attivano le convinzioni catastrofiche sull’esito e cioè la valutazione negativa da parte degli altri e decremento della stima di sé a fronte del fallimento temuto. Tali credenze modificano la fisiologia del corpo, attivandolo con i segnali classici dell’ansietà. I sintomi somatici, specialmente il rossore del volto e la sudorazione, sono interpretati come un ulteriore pericolo per la propria immagine sociale. I metodi non funzionali che il paziente utilizza per risolvere questi problemi, vengono definiti meccanismi di mantenimento e sono, nel nostro caso, l’attenzione selettiva su di sé e sui segnali fisiologici del corpo, i comportamenti protettivi e gli evitamenti. Questi comportamenti mantengono in vita il disturbo del paziente sebbene egli sia convinto del contrario. Inoltre è di particolare importanza il dato per cui il paziente tende a considerarsi costantemente e suo malgrado al centro dell’attenzione “critica”, riconducendo a sé le reazioni degli altri. I comportamenti messi in atto dal paziente, in sintesi, riducono la probabilità di acquisire dati aggiuntivi che disconfermino le idee disfunzionali che possiede.

Il paziente ha come scopo primario quello della buona immagine. Sente come particolarmente motivante l'approvazione dei suoi cari e quella degli estranei e pretende di ottenere la stima da parte di tutti. Crede che la stima si ottenga facendo le cose in modo impeccabile ma siccome non crede di essere capace di concludere le cose nel migliore dei modi, a causa di un basso valore personale, preferisce non intraprenderne alcuna o di sopportarne solo qualcuna se strettamente indispensabile (questo fa sì che il disturbo non appaia come gravissimo). Negli ABC osservati emerge la preoccupazione di essere d'impaccio o disturbo, o giudicato negativamente.

Sul processo primario si installa un secondario di autocritica e colpevolizzazione per l'ansia provata. Quando Timoteo è ansioso c'è molta attenzione attorno a lui. Ciò appare come un rinforzo positivo. In sostanza chiamando a sé le attenzioni dei familiari a causa della sua ansietà, ottiene l'attenzione che desidera e che giudica amorevole. Durante l'assessment si ricercano i momenti di *esordio* e *scompenso* del disagio. Timoteo inizia a evidenziare problemi d'ansia al contatto con la scuola. Di carattere chiuso, taciturno, al primo giorno di scuola e per i mesi successivi ha sempre mostrato un'articolata sintomatologia (vomito, tremori, mal di pancia e diarrea) che invariabilmente conduceva all'essere premurosamente prelevato da scuola e portato a casa. Crescendo le crisi sono certamente diminuite ma a 17 anni sono avvenuti alcuni episodi che hanno caratterizzato una nuova fase critica, tra questi eventi c'è il seguente:

“Avevo 17 anni, una volta dovevo fare una trasferta di 400 km con la squadra, ho mangiato e sono andato verso (nome città), giocavo con (nome città), sono arrivato là e me ne sono tornato indietro. (cosa ti passava per la mente?) la solita cosa: se devo andare in bagno sul pullman? Si devono fermare per me sulla strada. Anche a scuola in gita mi capitava però, anche se sono andato in gita, poi magari nel pullman si parlava e non c'ho pensato più però prima di partire c'avevo sempre il chiodo fisso: come devo fare se devo andare in bagno?”

Lo *scompenso* avviene cinque anni fa: Timoteo inizia a produrre numerosi evitamenti, appare depresso, si sente bloccato nelle sue autonomie e inizia a rinunciare a diverse esperienze. In quel periodo al padre viene diagnosticata una forma di leucemia. Inoltre Timoteo inizia a lavorare presso il siderurgico. Timoteo aveva difficoltà a viaggiare e manifestava problemi nel mangiare a casa della fidanzata:

“Cinque anni fa andavo a casa di Carla a mangiare dai suoi. Mi sedevo in un posto dove potevo alzarmi presto se dovevo andare in bagno. Se mi mettevo vicino al muro era difficile alzarsi e dovevo far alzare gli altri e poi mi veniva un blocco e non riuscivo nemmeno a mangiare, come vedevo il cibo davanti mi disgustavo, fino ad allora avevo fame poi mi sedevo...”

L'ideazione ansiosa è connessa ad un'accresciuta percezione dello stimolo di dover urinare, tensione muscolare, agitazione e abbozzati conati di vomito. A questi fenomeni il paziente mette riparo in genere attraverso l'attenzione selettiva e l'evitamento. Questi comportamenti mantengono in piedi il disturbo.

A	B	C
Seduto a tavola dai suoceri	Se non mi piace che cosa le dico, che succede? Rimangono male e devo mangiarlo per forza Cosa possono pensare gli altri di me? (scenario peggiore?) Possono pensare di me: "Com'è viziato. Se non mi piace non so come dirlo, che non lo voglio, se non mi piace non riesco a mangiarlo, se mi guardano non riesco.	Ansia 8

La terapia: scopi e contratto terapeutico

La terapia è iniziata nell'aprile del 2008 ed è terminata nel novembre dello stesso anno, con otto sedute di 60 minuti per una volta a settimana (con una breve pausa estiva) e quattro incontri di follow up. Ascolto gli obiettivi del paziente e concordo con lui anche quelli che io ritengo particolarmente utili per raggiungere un migliore compenso psicologico. Di seguito sono elencati gli obiettivi del trattamento in relazione a quanto emerso durante l'assessment.

Il primo era quello di condividere con il paziente il modello cognitivo della fobia sociale e del panico, introducendo i concetti di ansia normale e patologica e quelli di attivazione fisiologica e sintomi somatici. Di vitale importanza quindi è stata anche la condivisione del concetto di processi di mantenimento attraverso la scoperta guidata che è uno strumento molto potente della relazione terapeutica. In questo scopo rientra la psicoeducazione sui comportamenti protettivi. In questo ambito spiego al paziente anche cosa accadrà in seduta e cosa siano gli homeworks e quale importanza abbiano. Il paziente ha avuto un solo attacco di panico nella sua vita però diventa importante introdurre nella fase di psicoeducazione tutto ciò che riguarda questo disturbo. Il lavoro terapeutico più intenso è stato fatto sul disturbo d'ansia sociale perché gli ABC hanno indicato valutazioni negative su di sé in relazione al giudizio altrui in un ampio ventaglio di situazioni e contesti.

Secondo passo è quello di sostenere il paziente nella scoperta delle sue autovalutazioni. In questa fase è molto utile usare gli ABC e una lista di evitamenti a suo parere funzionali al non provare ansia. Puntare sulle invalidità causate dal disturbo ha anche la finalità di incrementare la motivazione al raggiungimento degli obiettivi terapeutici

Assieme al paziente ho ricostruito gli eventi in ordine temporale per dare senso alle sue sofferenze per iniziare a porsi in modo problematico nei confronti delle reazioni psicologiche agli eventi della vita. In questo ambito uno scopo per me importante è stato quello di parlare della malattia del padre concomitante con l'esacerbarsi della sintomatologia.

In generale chi soffre di disturbi d'ansia ha un modo disfunzionale di pensare a sé nelle situazioni temute. Attraverso gli ABC raccolgo una galleria di episodi che aiutino me e lui a focalizzare la nostra attenzione sulle valutazioni che il paziente compie davanti alle situazioni. Comprendo che le emozioni che più caratterizzano il suo disturbo sono l'ansia, la vergogna e la colpa per l'ansia provata. Comprendo anche le convinzioni che caratterizzano il suo disagio sono relative all'essere preso in giro, criticato o l'essere d'impaccio. La ristrutturazione cognitiva è cruciale nel lavoro sulle convinzioni del paziente. Il paziente è convinto di essere vulnerabile rispetto alla critica degli altri, ma ancora più centrale nella sua psicologia, è l'idea irrazionale di dover piacere a tutti. Su questa tematica la riattribuzione è stata particolarmente efficace.

Primariamente il lavoro di terapia si è concentrato sul problema secondario, cioè vergognarsi per la sua ansia. Al fine di raggiungere questo scopo ho pensato di normalizzare le sue convinzioni circa l'ansia e la vergogna attraverso la riattribuzione verbale e la psicoeducazione sulla fisiologia dell'ansia. In questo modo il paziente ha smesso di definirsi come un caso clinico disperato, incurabile e di colpevolizzarsi per i suoi sintomi.

Il modo per mettere in discussione le idee disfunzionali è quello di "attaccarle" con una indagine efficace circa le prove e le alternative al pensiero stesso. Questo lavoro è stato particolarmente mirato sul problema cruciale del paziente, ossia l'idea di essere vulnerabile alle valutazioni negative che permea tutti gli eventi significativi narrati dal paziente.

Rientra in questa fase l'introduzione della lista delle distorsioni cognitive, che utilizzo per aiutare il paziente a familiarizzare con i propri errori di ragionamento e riconoscerli quando li mette in atto. Ulteriore scopo terapeutico è quello di decatastrofizzare le convinzioni in relazione alla conseguenze delle sue azioni e delle sue prestazioni, aiutandolo a decentrarsi. In realtà Timoteo si sente nulla, scadente, fallito e non amabile se viene criticato.

Altro scopo del trattamento è sostenere il paziente nel percorso di avvicinamento all'intervento chirurgico che tanto teme. Per raggiungere questo scopo terapeutico ho scelto la desensibilizzazione immaginativa e quella graduale in vivo, per tutti gli altri evitamenti. Questo scopo è stato raggiunto con molta cautela e solo dopo una buona illustrazione e preparazione. La finalità dell'esposizione agli eventi ansiogeni è quella di fornire nuovi dati cognitivi e comportamentali al paziente attraverso l'abituazione all'ansia in concomitanza del rilassamento muscolare e migliori strategie di fronteggiamento degli eventi.

Al paziente sono stati insegnati il training autogeno e la respirazione addominale. Questi due strumenti saranno pronti nel portafoglio del paziente per affrontare tutti gli esperimenti in programma e poi saranno estesi per generalizzazione alle altre situazioni del quotidiano.

Ultimo scopo è quello di lavorare assieme sulle abilità sociali. Il paziente manifesta poca scioltezza nel parlare e spesso accetta quanto detto dagli altri perché non si sente in grado di replicare in modo vincente.

Spesso ha dovuto evitare alcune situazioni perché immaginava di non essere in grado di fronteggiarle al meglio.

A	B	C
Immagino di fare l'intervento	-E se non sto bene prima dell'intervento? -Posso dare fastidio al dottore perché mi lagno. (ammettiamo che Timoteo, dia fastidio al medico che succede?) -Mi metto a tremare (conseguenza peggiore?) -Il medico penserà: Che è venuto a fare questo? È venuto a dare fastidio? Abbiamo parlato, l'ho preparato e sta così ?! (conseguenza peggiore?) -Se deve fare 5 interventi e io sto agitato, il dottore non riesce a fare gli altri interventi.	Agitazione 9\10

Primo modulo terapeutico: Introduzione del modello cognitivo e assessment

Intervento con scoperta guidata sulle percezioni di essere al centro dell'attenzione e di poter essere esposto al giudizio negativo. Dopo aver accuratamente raccolto i dati sul disagio del paziente è emerso che lui non ha prove specifiche sul fatto di poter essere giudicato negativamente, ma "lo sente", cioè è convinto che questa cosa accada anche se lui non la osserva e che è inevitabile. Le sue convinzioni si basano anche su precoci esperienze nelle quali ha provato forte vergogna quando i genitori dicevano davanti ad estranei e parenti che il figlio non studiava. Oppure quando il padre, al principio dei pranzi con la famiglia allargata, esordiva dicendo che il paziente non aveva voglia di studiare. In quelle circostanze lui si vergognava, sentiva le vampate di calore al volto ed arrossiva. Le persone talvolta notavano il rossore e lo sottolineavano pubblicamente. In quei momenti il rossore, la vergogna, venivano da lui interpretati univocamente come prova della colpevolezza o della deficitarietà ("se arrossisco significa che sono in difetto"). Per evitare di manifestare questi segnali e per evitare il disagio ha scelto di ridurre le occasioni di contatto sociale con i parenti (e se non può evitarle le vive comunque con grande disagio). Inoltre in pubblico parla poco.

Secondo il modello cognitivo, i sintomi ansiosi sono alimentati dalle valutazioni negative che si basano sui sintomi stessi. I sintomi che il paziente teme particolarmente sono il rossore, in tono minore la sudorazione. In generale ritiene che manifestare questi sintomi sia imbarazzante ma in particolar modo teme che sentirsi in difficoltà possa essere causa di scherno o critica.

Comportamenti protettivi: (tabella 1) il paziente, preoccupato dalla possibilità di essere mal giudicato a causa della sua ansia e/o dei suoi malesseri e/o della sua condotta, adotta numerosi comportamenti protettivi che gli forniscono la sensazione di essere al sicuro rispetto all'evento temuto, proteggendo lo scopo primario della buona immagine. I comportamenti protettivi scelti riguardano in genere l'essere

accompagnato per fare qualsiasi cosa perché secondo il paziente ciò riduce le probabilità di stare male e aumenta quella di essere aiutato a venir fuori da situazioni imbarazzanti.

Inoltre, altri comportamenti protettivi riguardano i pranzi sociali ed i locali come le pizzerie. Il paziente siede sempre a capotavola o all'angolo del tavolo, mai con le spalle al muro e mai al centro della fila. Ciò perché dovendo andare in bagno, sarebbe costretto a chiedere il permesso ad altre persone che potrebbero fare battute su di lui o potrebbero essere disturbate dalla sua richiesta. Il paziente afferma che non vuole dare fastidio agli altri a causa delle sue fissazioni. Nei negozi usa come protezione la presenza di una persona che chieda al posto suo le informazioni sui prezzi degli oggetti. Quando in una vetrina osserva un oggetto che desidererebbe possedere, chiaramente ne vuole conoscere il prezzo. Il paziente chiede alla sua fidanzata di entrare nel negozio per avere questa informazione perché si vergogna a farlo personalmente. Teme di poter ricevere in risposta uno sguardo compassionevole o di scherno che alluda alla sua incapacità di poter pagare, qualunque cifra sia:

A	B	C
Vado a fare shopping e vedo un oggetto che mi piace in vetrina ma non ha il prezzo esposto	-Cosa pensa di me se vado a chiedere il prezzo? Se uno vuole un oggetto se lo compra e basta, così la penso io. -Potrebbe dirmi: sai quanto costano le cose in questo negozio, non c'è bisogno che me lo chiedi.	Ansia 8
	-Penserà di me: "Che, non c'hai i soldi per pagarlo?"	Vergogna

I comportamenti protettivi del paziente vanno spiegati e letti assieme a lui come responsabili dell'aggravamento dei suoi problemi personali. Il lavoro fatto sui c.p. sarà utile nella fase degli esperimenti in vivo.

Evitamenti: (tabella 1) Il paziente mette in atto alcuni evitamenti che gli forniscono la sensazione di salvarsi dalle conseguenze temute.

In questa fase di assessment chiedo al paziente di parlarmi della malattia del padre, argomento che Timoteo non ha mai citato e che ho dovuto individuare con fatica. Appena inizia a parlare del genitore, inizia a piangere:

"Soffro a sapere che potrebbe essere mio padre che mi crea questo. (piangere per il papà è una cosa sconveniente?) No ma mi fa soffrire, mi viene da piangere quando ci penso, anche adesso... Mi dispiace di mio padre..(si commuove) e solo che mi vergogno quando piango, se devo piangere devo stare solo, se ci sono persone mi sento male. Il rapporto col papà è ottimo, solo che parliamo poco. Mi dispiace perché mi fa fare tutto, mi ha permesso tutto e mi dispiace che ogni tanto lo devo deludere. Magari non gli ho detto che vengo qui perché per lui potrebbe essere una delusione, anche se lo sa che mi vengono le ansie e tutto quanto".

Affrontiamo anche in questo passaggio i sensi di colpa del paziente. I suoi problemi emotivi sono vissuti come una colpa perché provocano dolore nel genitore malato.

COMPORAMENTI PROTETTIVI	EVITAMENTI
Sente il bisogno di essere accompagnato quando deve portare a termine qualcosa che lo agita	Evita di andare a mangiare dalla suocera e dai parenti che vede raramente perché pensa che lo osserveranno tutto il tempo e lo criticheranno perché non mangia o mangia poco o perché ha delle preferenze alimentari che possono farlo giudicare “viziato”
Nei negozi, spia il prezzo degli oggetti sui cartellini quando le commesse sono voltate per non essere criticato.	
Parla poco in pubblico e non prende mai l’iniziativa di parlare per primo	
Nei locali si siede a capotavola o all’angolo del tavolo	Evita di chiedere informazioni o aiuto se ha un problema per strada
Si informa sui locali che hanno i bagni nelle migliori condizioni perché potrebbe avere necessità di defecare	Evita di andare ai concerti
Se deve fare acquisti si fa accompagnare da una persona che chieda il prezzo per lui a causa della sua vergogna	Evita possibilmente di viaggiare
Acquista il vestito nel negozio, anche se non gli piace, per non dare fastidio alla commessa e per non essere giudicato negativamente da lei	
Se deve chiamare il medico, fa parlare il padre.	
Va sugli autobus che hanno il bagno funzionante	

Tabella 1. comportamenti protettivi e evitamenti

Domando al paziente se esista un legame tra il suo disagio e la malattia del padre e lui mi risponde di no anche se in effetti potrebbe esserci un legame circa il viaggiare e il prendere le decisioni perché Timoteo non prende mai nessuna decisione senza consultare il padre e anche quando ha problemi in viaggio telefona al padre per sapere come comportarsi davanti ad alcuni problemi. La malattia del genitore certamente compromette alcuni scopi del paziente come quello della protezione, della supervisione e della guida nelle difficoltà.

Secondo modulo terapeutico: Ristrutturazione cognitiva

Utilizzo la riattribuzione verbale perché ho lo scopo di modificare le credenze dei pensieri automatici negativi. Il paziente ha delle prove più o meno solide per giustificare le sue convinzioni e quindi approcio queste idee con l’indagine dettagliata circa le prove che il paziente fornisce per i NAT. Nel frattempo il mio scopo è anche quello di valutare se il paziente ha effettivamente dei deficit sociali che quindi

andrebbero colmati in modo specifico. In questa fase della terapia è per me fondamentale invitare il paziente ad osservare con maggiore attenzione le prove reali circa le sue previsioni e specialmente invitarlo a concentrarsi assieme a me sul concetto di piacere agli altri e piacere a tutti. Infine, fondamentale, il mio scopo è quello di farlo stazionare sulle conseguenze temute e su quanto siano realmente terribili.

Errori di pensiero: Il paziente riconosce assieme a me di commettere alcuni errori di pensiero. Tra questi, nell’elenco fornito, individua la lettura del pensiero, la visione tutto o nulla, la personalizzazione e la catastrofizzazione.

Intervento sui processi di anticipazione delle conseguenze e ricerca di prove alternative

Assieme al paziente lavoro sulle anticipazione delle conseguenze negative, rinvenendo nelle valutazioni gli errori di ragionamento e incrementando l’attività di produzione di pensieri funzionali che lo sostengano nelle situazioni ansiogene.

“Questa settimana ho avuto un po’ di ansia, ero raffreddato, ho avuto ansia per quello che devo andare a fare a Pisa, però mi è passato presto, con un po’ di respirazione, un po’ di ABC e mi è passata subito, non credevo che mi passasse così presto. L’intervento avverrà il 4 giugno 2008 a Pisa”.

A	B	C	Pensiero Alternativo
Ero a casa e guardavo la TV	Chissà se mi verrà l’ansia ora che parto per l’intervento.	Ansia 4\10	<ul style="list-style-type: none"> -E normale avere un po’ di ansia. Tutti hanno l’ansia -Ho chiesto a mio padre e anche lui mi ha detto che ha avuto ansia quando è stato operato. -Ho chiesto a tante persone e tutte mi hanno detto che hanno ansia -Dopo un po’ l’ansia si abbasserà -Basta respirare e fare dei pensieri positivi e tutto passa

Grafici a torta per ancorare il paziente alla realtà. Utilizzo i grafici a torta nei passaggi, assieme agli ABC in cui il paziente tende a generalizzare il comportamento degli altri e quando estremizza anche il suo. In sostanza Timoteo dà per scontato che tutte le persone lo criticerebbero per l’ansia che prova e specialmente tende a giudicare come “malata” la sua reazione ansiosa prima di un intervento chirurgico. Gli chiedo di fare un grafico a torta su quante persone prima di un intervento si sentono ansiose e se conosce delle persone che si sono operate e hanno riferito ansietà. Mi risponde che sua zia si è operata ed era ansiosa ed il medico le ha detto che tutti quanti si sentono così prima di un intervento.

Di seguito (tabella 2) sono elencati gli esiti del lavoro di ristrutturazione cognitiva e di formulazione di valutazioni alternative funzionali svolto in seduta. Il paziente ha lavorato sul dialogo interiore divenendo viepiù capace di parlare a se stesso senza condannarsi e colpevolizzarsi.

Evento	Pensiero disfunzionale	Emozione	Comportamento disfunzionale	Pensiero funzionale prodotto da Timoteo
Intervento per Varicocele a Pisa	Se vado in ansia posso dare fastidio al dottore Il dottore penserà male di me	Ansia Vergogna	Non faccio l'intervento	Ci vado e accetto che il dottore pensi male di me Il dottore è abituato a vedere persone ansiose In fondo è anche normale essere ansiosi prima di un intervento
Devo chiedere il prezzo di un oggetto o vestito	Possono pensare male di me Posso dare fastidio alla commessa che penserà male di me	Ansia Vergogna	Non chiedo il prezzo Faccio chiedere il prezzo ad un altro Compro sempre qualcosa	Accetto la possibilità di essere in ansia. Se però evito di chiedere il prezzo non supero il mio problema. Sarò gentile con la commessa. Che male c'è a chiedere il prezzo?
In pizzeria potrei aver bisogno di andare in bagno	Posso dare fastidio agli altri Penseranno di me che sto sempre in un bagno	Ansia	Non vado in pizzeria Mi siedo sempre vicino al bagno o a capotavola Vado in locali in cui c'è certamente il bagno	Che male c'è se faccio spostare qualcuno per andare in bagno? Tante persone lo chiedono a me e io non mi arrabbio mica
Devo prendere l'autobus	Se devo andare in bagno devo far fermare l'autobus e darò fastidio e mi vergogno Penseranno male di me Sicuramente dovrò andare in bagno e non riuscirò a trattenermi	Ansia	Non viaggio Utilizzo solo autobus con bagno Passo tutto il tempo a concentrarmi sulla vescica Prima di partire vado 100 volte in bagno per sicurezza	Pur pensandolo, non mi è mai capitato di dover necessariamente andare in bagno. Sono riuscito a fare anche un viaggio di 12 ore senza andare in bagno Certamente ci sarà una sosta e allora andrò in bagno Quando vado a lavorare riesco a stare anche 8 ore senza urinare.
Devo giocare a pallone	Se tiro in porta e sbaglio penseranno male di me. In paese mi prenderanno in giro	Ansia	Non gioca a pallone Non tira mai in porta	Gioco e tiro, se va bene sono contento, se va male riprovo Anche Totti sbaglia i tiri facili Nessun giocatore viene apprezzato da tutti. Nemmeno Gesù era amato da tutti

Tabella 2. Progressi di Timoteo

Terzo modulo terapeutico: esperimenti e tecniche comportamentali

Gli esperimenti comportamentali coniugati con le strategie di ristrutturazione cognitiva hanno avuto impiego massiccio in questa terapia. Ciò che il paziente ha affermato di aver modificato nel suo modo di ragionare ha avuto necessità di essere confermato nella realtà sociale. Sono state programmate diverse esposizioni.

Esposizione nei negozi: Il paziente doveva entrare in un negozio e chiedere il prezzo di un articolo. Dopo averlo saputo doveva ringraziare gentilmente per l'informazione e doveva uscire senza acquistare nulla. Di seguito Timoteo racconta l'esito:

“Sono entrato in parecchi negozi perché dovevo fare il regalo a Carla per il compleanno. In uno in particolare sono entrato, ho chiesto il prezzo, ho ringraziato e sono andato via. Quando sono uscito stavo bene perché avevo superato il test. Poi il giorno dopo sono andato in altri negozi. Sono entrato in un negozio, devo comprare per forza qualcosa. Ma anche là sono andato via perché la borsa non mi convinceva. Già mi sentivo più forte per il test del giorno prima. Il giorno dopo l'esperimento sono entrato nel negozio con meno ansia. Dopo un lungo giro sono nuovamente rientrato nel negozio e ho parlato con una nuova commessa chiedendole di vedere altre cose. Lei ha tirato fuori mille cose. Prima non sarei riuscito ad andare da solo e alla fine mi è piaciuta una cinta e l'ho comprata anche se ho sbagliato la misura. Il giorno dopo sono tornato nel negozio con Carla per cambiarla ma lei ha notato che ho comunque voluto parlare io con la commessa, solitamente mandavo avanti lei. In effetti stava parlando lei e l'ho interrotta. (cosa hai provato?) Mi sono sentito più forte onestamente. Prima mi vergognavo anche se gli altri entravano e non compravano per esempio. Prima anche se dovevo provare e non comprare mi vergognavo. Prima non sarei andato. Prima spiavo sui cartellini il prezzo quando si giravano le commesse, perché mi sentivo male a chiedere. Anche gli altri se ne sono accorti che sto cambiando. Notano che ho fatto dei cambiamenti, parlo nei negozi. Ormai non ci penso più alle cose, le faccio con naturalezza. Addirittura sono andato in un negozio con un mio amico perché lui doveva comprare un regalo e nel negozio sono stato io a chiedere al posto suo. Ho fatto tirare fuori tanta roba e non ho provato ansietà. L'altro giorno ho lasciato l'ombrello in un negozio e sono tornato per prenderlo cosa che non avrei mai fatto in passato”.

Esposizione in pizzeria: Il paziente prepara assieme a me in quinta seduta l'esposizione. Il suo compito è quello di andare in una pizzeria a caso con degli amici, sedersi dalla parte del muro e alzarsi per andare in bagno chiedendo il permesso ad un amico. Questa esposizione è stata curata in relazione all'evento che Timoteo ritiene più sgradevole, cioè che qualcuno affermi: "sempre in bagno vai?". Di seguito sono riportate le parole del paziente dopo il test:

“Ho fatto l'esperimento della pizzeria, tutto a posto. Siamo andati in pizzeria, ho invitato gli amici in pizzeria per il compleanno. Mi sono messo dalla parte del muro, dai lati era libero. Al centro della fila. Adesso non ci penso più ma prima mi capitava di pensare negativamente. Adesso è normale, se arriva il cibo e lo voglio mangio e se non lo voglio non lo prendo.

Commento: Il paziente ha scelto la pizzeria invece che affidarsi al caso e durante la serata non è andato al bagno. Gli chiedo di rifare il test dopo aver chiarito con lui che è vero che è un successo ciò che è accaduto ma che il test si considererà superato quando lui accetterà di dare disturbo a qualche amico per

andare in bagno, facendolo alzare. Il paziente comprende ciò che già però era stato chiarito. Al secondo tentativo il paziente supera il test in tutte le sue componenti.

Desensibilizzazione Sistematica in vista dell'intervento chirurgico

La DS (Wolpe), si basa sul principio del controcondizionamento, consiste nella ripetuta associazione fra uno stimolo ansiogeno - immaginato - ed una reazione antagonista - abitualmente il rilassamento muscolare profondo o il training autogeno - al fine di produrre una progressiva "inibizione reciproca" fra stimolo e risposta così associati. Come conseguenza l'individuo sviluppa gradualmente una reazione più controllata nei confronti di determinati stimoli o contesti, rappresentando ciò un obiettivo ma contemporaneamente anche un mezzo per la produzione di apprendimenti maggiormente adattivi, efficaci e creativi

Il paziente Timoteo crea in seduta una lista graduata di stimoli ansiogeni (dal più ansiogeno al meno ansiogeno) che riguardano il suo intervento chirurgico del 4 giugno a Pisa. Si procederà con la desensibilizzazione sistematica attraverso il rilassamento muscolare per raggiungere il controcondizionamento. Di seguito c'è la lista graduata per ansiogenicità (tabella III)

Situazione immaginata	Ansia 0\10
1. Mi chiamano in sala operatoria per l'intervento	10
2. Vado in sala d'attesa in Ospedale	8
3. Arrivo a Pisa in albergo	6
4. Viaggio in aereo	3
5. Salgo in aereo	2

Tabella 3. Desensibilizzazione sistematica

Al paziente sono stati insegnati il rilassamento muscolare e la respirazione addominale. L'esercizio è stato ripetuto per due sedute, la sesta e la settima prima dell'intervento del 4 giugno.

SMS di Timoteo da Pisa, il 4 giugno 2008: "Ciao Luca, Sono Timoteo, ti scrivo x dirti che la mia operazione è andata bene. Ansia quasi 0. Ti ringrazio per tutto".

Quarto modulo terapeutico: addestramento all'assertività

Lo scopo terapeutico è quello di ampliare i comportamenti e le *social skills* abbandonando i comportamenti protettivi e gli evitamenti che mantengono in piedi il disagio. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso il Training assertivo. Le abilità assertive sono state inserite già dalla seconda seduta. Utilizzando il metodo socratico ho fatto venire a galla i pensieri e specialmente le aspettative del paziente. Attraverso il problem solving abbiamo focalizzato alcuni modi per migliorare la comunicazione con gli altri. Alcune piccole strategie sono state da me suggerite in seduta con un pizzico di creatività. Unico

problema del training è che non è stato completato perché il paziente si è definito soddisfatto delle abilità acquisite o riscoperte.

Osservazioni specifiche sulla relazione terapeutica

La terapia è stata di breve durata sebbene le otto sedute e i quattro follow up siano stati molto intensi. Il paziente ha manifestato sin dal principio una grossa fiducia nelle sedute. Questa fiducia non era certamente acritica ma, ho elementi per affermarlo, in qualche modo è stata quella fiducia che si ripone più in un medico specialista che in uno psicoterapeuta, cioè ci si aspetta che curi il problema rapidamente. Affermo questo perché il paziente ha raggiunto eccellenti risultati in poco tempo, meravigliando anche me e facendomi sinceramente pensare di avere fretta. Mi sono domandato quale scopo fosse in gioco per giustificare questa premura. Due sono state le mie ipotesi. La prima relativa al disturbo stesso, cioè, ho pensato che Timoteo non volesse deludermi e che volesse fare bella figura anche con me. La seconda relativa allo scopo dell'intervento chirurgico di giugno. Non poteva più rimandarlo anche in vista delle possibili nozze con la fidanzata. Non mi sento di escludere una delle due ipotesi.

Visto l'assessment ed il tipo di disturbo ho immaginato che anche in seduta si potessero creare i medesimi problemi che Timoteo vive fuori. In sostanza io, pur calmo, sereno e non giudicante, sono pur sempre una persona estranea che può giudicarlo. A volte ho avuto la sensazione che mi osservasse come una persona a lui superiore. Il mio timore è stato quello che lui migliorasse così rapidamente per non fare brutta figura con me o che, caso più grave, mi mentisse in seduta per non deludermi. A smentire i miei "Belief disfunzionali" è intervenuta la fidanzata di Timoteo che di persona, spontaneamente, mi ha ringraziato per il cambiamento radicale osservato in pochi mesi nel fidanzato. Questo significa che Timoteo è realmente migliorato. Questa informazione per me ha anche un valore aggiunto perché avevo dubitato della sua sincerità. Ciò ha significato molto per me ma mi ha fatto ragionare sul fatto che nella relazione dovevo prestare molta attenzione agli aspetti del giudizio (in fondo avevo dubitato di lui) esplicitando a Timoteo in una seduta il mio pensiero aprendogli la mia mente. Gli ho spiegato che temevo che potesse accadere che in alcune circostanze lui si sentisse giudicato, criticato o preso in giro o che si sentisse spinto a fare gli homeworks per non farmi pensare male di lui e che quindi in quelle circostanze sarebbe stato utile che lui esplicitasse questi suoi pensieri in seduta. In questo modo io gli ho aperto la mia mente (*self disclosure*) e gli ho fatto comprendere cosa mi preoccupava. Lui ha reagito molto bene, rassicurandomi che sarebbe stato stupido da parte sua non essere sincero in seduta. Timoteo ha apprezzato il training assertivo (lasciato però incompleto). Adorava il fatto di imparare nuovi modi per rispondere alle persone e reagire nelle situazioni sociali. Questo addestramento associato alla psicoeducazione sull'ansia ha sortito ottimi effetti.

Esiti della terapia

Timoteo è giunto in terapia con una scarsa mentalità psicologica ed una ridotta capacità introspettiva e alla fine del percorso questi due valori sono risultati differenti. Il paziente in poco tempo ha mostrato capacità di tener presenti le trappole cognitive e spirito auto terapeutico attraverso numerosi test che lui stesso ha confezionato.

A distanza di otto mesi dall'inizio della terapia il paziente è sereno perché si sente libero dalla schiavitù degli evitamenti. Agisce con libertà e prova piacere nell'intraprendere nuove attività sapendo che sperimenterà una leggera ansietà anticipatoria ma che questa presto andrà via perché lui sa come rasserenarsi. Timoteo ha momenti in cui prova ansietà ma riesce a operare una normalizzazione dei suoi stati d'animo che ha grande efficacia su di lui. Sa parlarsi. Timoteo entra nei negozi da solo, chiede i prezzi degli articoli e riesce ad uscire senza aver acquistato nulla. Critica con beneficio la convinzione di non essere in grado di controllare la minzione e la defecazione. Frequenta i locali e sceglie i posti a sedere più angusti e centrali, dai quali a metà cena si alza per andare in bagno consapevole di poter dare un fastidio minimo ai commensali e accettando di poter essere preso in giro. Continua a giocare a calcio e accetta di poter sbagliare il tiro in porta e di essere criticato, "in fondo sbaglia anche Totti", sebbene per altri motivi non faccia più attività agonistica. Guida l'automobile fino a Bari al concerto di Vasco, affollatissimo e sebbene con una leggera ansietà, si diverte e resta molto soddisfatto di se stesso. Di particolare interesse clinico è che Timoteo padroneggia il lessico della terapia cognitivo comportamentale ed i concetti non sono parole vuote ma strumenti che con grande dedizione ha applicato nelle sessioni di terapia ed homeworks. L'indicatore clinico utilizzato per valutare l'ansia è stato l' HAM-A. Utilizzato ad inizio terapia dava come punteggio pt=19 (compatibile con disturbo d'ansia). Al quarto follow up il punteggio HAM-A è risultato di pt=5 (assenza di disturbo d'ansia). A fine terapia il paziente non soddisfa più i criteri diagnostici del DSM IV TR per il disturbo d'ansia sociale.

L'ultima domanda che gli ho posto al termine del quarto follow up è stata quella di raccontarmi cosa lo aiuta a star bene. Lui mi ha risposto che ora sa cosa fare:

Epilogo

"Diciamo che ho scoperto che non mi sento sempre male in mezzo alla gente, che non mi viene da andare in bagno e se devo andare, mi alzo come tutti gli altri e vado. Se mi sento male mi aiuterà qualcuno ma di certo non è che non parto per questo motivo. Mi sono convinto di non aver bisogno veramente di qualcosa, so respirare bene, so fare pensieri utili e mi so dare speranza".

Dott. Luca D'Errico

**Psiconcologia Osp. S. Giuseppe Moscati di Taranto, Ser. Psicol. Clinica Ospedaliera ASL Ta\1
Specializzato APC Lecce, Training: A. Semerari, G.L Dell'Erba, G. Dimaggio**

e-mail: lucaderricomail@yahoo.it

Un caso di disturbo ossessivo-compulsivo con episodi depressivi ricorrenti

Antonella Cuna ¹

¹Psicologo, Psicoterapeuta, Lecce

Riassunto

Il lavoro intende presentare un protocollo di trattamento – secondo il modello cognitivo comportamentale – di un caso singolo di Disturbo Ossessivo Compulsivo, in una pz di 30 aa con ricorrenti episodi depressivi.

Particolare attenzione è stata attribuita all'identificazione delle caratteristiche fisiologiche, cognitive e motorie del comportamento ossessivo – attraverso un'accurata raccolta di dati soggettivi in fase di assessment – unitamente all'implementazione di una strategia terapeutica che ha preceduto l'applicazione delle tecniche finalizzate a produrre cambiamento (Esposizione con Prevenzione della Risposta), in seguito all'elaborazione di una ipotesi di funzionamento psicologico ed alla formulazione di previsioni sugli esiti dell'intervento. La puntuale definizione di un contratto terapeutico ha favorito l'adesione della pz al trattamento ed il superamento delle "fasi critiche", parallelamente alla costruzione di un'alleanza terapeutica che ha permesso il perseguimento degli obiettivi.

Relativamente alla valutazione degli esiti, sono state utilizzate le scale per la valutazione dell'andamento sintomatologico Yale-Brown Obsessive Compulsive scale (Y-BOCS) e la VGF, derivata dalla componente sociale della Global Functioning Scale del DSM IV TR, per la valutazione del funzionamento globale.

Summary

This paper is going to deal with a treatment protocol of an obsessive compulsive disorder in a woman aged 30 affected by recurrent depressive state in accordance with the cognitive behavioral model.

Particular attention was paid to the identification of those physiological, cognitive and motory characteristics in this specific obsessive behavior. The treatment arranged: a scrupulous collection of subjective data during the assessment phase; an implementation of a therapeutic strategy which preceded the application of those techniques aimed at making changes (Exposure Response Prevention); a final hypothesis about psychological organization of patient and at last, the predictions concerning the treatment results. The exact definition of a therapeutic contract helped the patient to accept this treatment and get through the critical phases. At the same time, building up a therapeutic alliance permitted to reach the therapeutic aims established.

As regards to the evolution of the symptomatological course, treatment used the Yale-Brown Obsessive Compulsive (Y-BOCS) and VGF scale, which derives from the social component of the DSM IV TR and Global Functioning Scale, regarding the evolution of global functioning system.

Presentazione del paziente²

Anna, 30 aa, nubile, studentessa. E' secondogenita di due figlie: la madre, 62 aa, è in pensione; il padre, 63 aa, è un professionista ancora in attività.

La pz da circa 15 anni è affetta da Disturbo Ossessivo-Compulsivo con ricorrenti episodi depressivi.

²Sono state omesse o alterate tutte le informazioni che avrebbero potuto rendere identificabile il paziente

All'età di 13 aa, compaiono i primi pensieri intrusivi (3/4 episodi durante la giornata, di breve durata), accompagnati ad una marcata ansietà e caratterizzati da un profondo senso di colpa. I pensieri riguardano la paura di contaminarsi con l'aria e la polvere - oppure toccando oggetti sporchi - ed il timore di poter contaminare le persone, soltanto sfiorandole o toccandole dopo essersi "sporcata".

Riferisce di avere pensieri ed immagini "inopportune" che riguardano le sue condotte sessuali; racconta di fare pensieri blasfemi e teme di poter pronunciare frasi contro Dio. Ha, per questo, paura di essere punita, trattandosi - a suo dire - di azioni moralmente inaccettabili.

La pz ci tiene a precisare che la nonna materna (donna molto religiosa), inizialmente riuscì a sviarla da tali pensieri, dicendole che erano solo pensieri e che sarebbero andati via così come erano comparsi. Oltre ad essere una donna molto religiosa, la nonna era una persona che - a differenza della madre (la quale assumeva solitamente un atteggiamento rigido nei confronti di A.) - la sapeva prendere «...con lei si poteva parlare tranquillamente e non mi sentivo criticata. Anzi, mi sentivo compresa».

Dai 14 ai 18 aa, in seguito a problemi di salute, le viene prescritto un busto ortopedico. Sono gli anni in cui frequenta il liceo classico: si descrive una studentessa modello. Studia molto, raggiunge ottimi risultati, anche se deve sopportare le critiche della madre per il fatto di dedicare tutto il suo tempo allo studio, trascurando il resto. Benché sia la madre stessa (paradossalmente!) ad invitarla a studiare ed a lodarla per le sue prestazioni scolastiche (in realtà, la loda soltanto se A. porta a casa un bel voto). A causa del busto ortopedico, A. è preoccupata di emanare cattivi odori ed inizia a lavarsi più volte durante il giorno. Anche per questo subisce le critiche della madre che - invece di provare a capire il disagio della figlia - la rimprovera duramente. Lamenta una scarsa vita sociale: vorrebbe coltivare delle amicizie e farne delle nuove, ma preferisce dedicare il suo tempo allo studio. Evita il confronto con le sue compagne di classe; vorrebbe essere spigliata, meno timida e più intraprendente per essere corteggiata dai ragazzi, ma non lo fa: si sente insicura.

A 17 aa, A. s'innamora di un ragazzo più grande (vecchia conoscenza), attratta dall'aspetto fisico. Lei comincia a provare qualcosa, ma si percepisce inadeguata: timida e impacciata, anche se la consola il fatto di conoscerlo già. Sviluppa il convincimento che il sentimento possa venire corrisposto e si costruisce aspettative positive circa l'esito della storia: anche perché il ragazzo sembra rivolgerle attenzioni e gradire la sua vicinanza. Salvo poi restare profondamente delusa quando il ragazzo le comunica apertamente che le sue intenzioni non sono quelle di avere una relazione sentimentale con lei.

A. si sente sconfitta e fallita. Comincia a sperimentare un senso di solitudine: si sente triste per la maggior parte del tempo e non ha il coraggio (forse non è capace!) di comunicare il suo malessere. Nei momenti di maggiore sconforto ed in correlazione ad un forte vissuto di ansia, ricorre ai rituali di lavaggio, aumentandone la frequenza.

A 18 aa, i pensieri ossessivi di contaminazione, sessuali e religiosi diventano molto invasivi e intensi. La pz non ha vita sociale. E' consapevole di non riuscire a studiare come prima e questo la turba molto («Era l'unica cosa in cui mi sentivo sicura»).

Si manifesta il primo episodio depressivo. Decide di iniziare una psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico, che dura un anno. A. racconta dell'insoddisfazione e dei dubbi nei confronti del terapeuta. Intanto, assume i farmaci prescritti dal medico di famiglia per le ossessioni e per la depressione: i familiari preferiscono non ricorrere ad uno psichiatra, lasciando intendere di voler tenere nascosto il disturbo della figlia.

Nessun riferimento alla sorella: A. si limita ad escludere problematiche relazionali, ma non racconta mai di essersi – per esempio – confidata con lei o di averle raccontato il suo problema, benché la sorella ne fosse a conoscenza.

La figura paterna, dal punto di vista affettivo, sembra non esistere: è un padre assente che lavora e sostiene la famiglia solo materialmente.

A 19 aa, A. inizia una storia sentimentale che dura circa 8 aa: la pz ritiene che non sia stata una storia serena, soprattutto a causa del suo problema, e del sentirsi in colpa e sporca con riferimento ai rapporti sessuali. Del resto, avere rapporti sessuali significava per lei compiere azioni immorali: per questo sentirsi sporca ed in colpa. E dover espiare la colpa mediante rituali di lavaggio.

A 20 aa, A. tenta il suicidio, ingerendo farmaci. Viene ricoverata in ospedale per la disintossicazione e - a seguire - in una clinica privata per il trattamento del disturbo depressivo mediante tecniche di musicoterapia. La permanenza in clinica dura tre mesi.

A 22 aa, dopo aver consultato diversi psichiatri, parte per Pisa e inizia la prima terapia farmacologica: clomipramina, fluoxetina, lamotrigina.

A 25 aa, intraprende un'altra psicoterapia: supera lo stato depressivo e le ossessioni, ma ottiene scarsi risultati relativamente alla componente compulsiva del disturbo.

L'anno successivo, A. parte in Olanda per un progetto universitario e ci trascorre sei mesi. Conosce un ragazzo: si frequentano, la colpisce il fatto che entrambi hanno in comune lo stesso disturbo e che il ragazzo dopo un lungo lavoro psicologico ne sia “guarito”. La pz s'innamora, pensa di poter vivere un relazione sentimentale (anche in questa circostanza si costruisce aspettative positive circa l'esito della storia), fino a quando il ragazzo non fa chiarezza: comunicandole che le sue intenzioni sono solo di amicizia. Per la seconda volta A. prova una profonda delusione.

Rientrata dal viaggio in Olanda, decide di intraprendere un'altra psicoterapia per trattare il disturbo compulsivo.

La pz giunge in terapia in seguito ad un peggioramento della sintomatologia. Mi dice che ciò che la fa soffrire sono i rituali di lavaggio: li considera esagerati e dannosi in quanto minacciano e compromettono

gravemente la qualità della sua vita. Chiede esplicitamente di volerli affrontare: si sente intrappolata dai rituali e dai comportamenti di evitamento.

<p>RITUALI DI LAVAGGIO</p> <p><u>Frequenza:</u> - 5/6 volte nell'arco della giornata.</p> <p><u>Tempo impiegato:</u> - 1 ora per lavare le mani; - 2 ore per la doccia, compresi i cerimoniali di riordino del bagno.</p> <p><u>Criterio di stop:</u> - Mani: fino a quando non avverte la sensazione di pulito; - Doccia: fino a quando non finisce l'acqua calda.</p> <p><u>Grado di malessere soggettivo:</u> - Alto.</p> <p><u>Grado di compromissione sociale e lavorativa:</u> - Alto.</p>

Tabella 1. Rituali di lavaggio

Mi chiede in prima seduta se ho già trattato casi come il suo, aggiungendo di aver cambiato ed interrotto le psicoterapie precedenti per insoddisfazione nei confronti del terapeuta.

A causa della sintomatologia compulsiva e delle sue condotte di evitamenti, la pz riferisce una marcata compromissione nella qualità della vita e nel suo funzionamento generale: ritardo nello studio e nel lavoro, mancanza di vita sociale, assenza di relazioni affettive, inattività, isolamento. Non c'è nulla allo stato attuale che la interessi: si sente confusa, triste, incapace di programmare il futuro e stanca di emettere i rituali di lavaggio.

Si descrive una persona timida, introversa, sensibile alle critiche (in particolare a quelle della madre), insicura nelle situazioni sociali ed indecisa nel compiere scelte. Avverte un vissuto di fallimento rispetto a se stessa, soprattutto in riferimento al fatto di non aver realizzato niente di buono (laurearsi, trovare un lavoro, avere una relazione sentimentale, una vita sociale), pur avendo 30 aa. Si definisce immatura rispetto alla sua età.

Ipotesi sul funzionamento psicologico

La pz riferisce il timore di contaminarsi venendo a contatto con oggetti sporchi: cibo, aria, polvere, sedie, panchine, cassetti, indumenti, scarpe, contenitori dell'immondizia, sanitari, pareti del bagno, porte e maniglie di esercizi pubblici, denaro.

Il timore di contaminazione è accompagnato da un intenso stato ansioso e seguito da persistenti ruminazioni: «Mi sarò contagiata toccando quella maniglia o quelle scarpe?...Mi sento sporca, devo prendere provvedimenti....Mi lavo, altrimenti sarò poco gradevole agli occhi degli altri...Devo tenere tutto sotto controllo»: oppure «Mi sarò lavata per bene?...Avrò pulito la parte contaminata?...Ho eliminato lo sporco?.....Adesso che mi sono lavata e che sono pulita, sarò accettata dagli altri?».

La pz, cede alla tentazione di lavarsi, a fronte di situazioni connotate come indefinite. Specificamente:

- Nelle situazioni in cui è sola in casa: non sa cosa fare, si sente giù di tono e sperimenta un senso di inutilità (incertezza);
- Nelle situazioni interpersonali: si percepisce inadeguata, impacciata, non sa cosa fare, sperimenta una forte emozione di ansia;
- Nelle situazioni interpersonali in cui prevale la delusione di aspettative in relazione a comportamenti altrui (imprevedibilità);
- Nelle situazioni in cui ha la sensazione di essersi contagiata o sporcata (dubbio).

Il comportamento compulsivo è regolarmente correlato a situazioni caratterizzate da una condizione d'indecifrabilità (nel caso di situazioni private) ed a situazioni dove prevalgono aspetti non previsti (nel caso di situazioni interpersonali). L'insieme di stimoli che attiva nella paziente la condotta compulsiva di lavaggio sembra rappresentato dalla classe di connotazione relativa all'incertezza.

Ciò che fa la paziente - immediatamente dopo l'esposizione alle situazioni sopra identificate - è il tentativo di esercitare un controllo per ridurre il margine di incertezza (ridurre l'imprevedibilità). Appare legittimo chiedersi come mai la paziente sia così sensibile all'incertezza.

A venirci incontro, alcuni episodi della storia personale che probabilmente hanno agito da operazioni stabilizzanti:

- La pz percepisce lontana la figura del padre: viene accudita dalla nonna e dalla mamma. Quando lei chiede alla madre spiegazioni circa il comportamento del padre (assente, distaccato), la madre non la degna di una risposta. A. può soltanto immaginare, non possedendo altre informazioni che le darebbero maggiore sicurezza.
- La pz, subisce spesso i rimproveri della madre che trova sempre qualcosa che non va: lo studio, le amicizie, la sua timidezza. E non perde occasioni per sottolinearlo. Di fatto, A. subisce una situazione in cui la madre non esprime una regola esplicita, ma si aspetta che la figlia vi si conformi comunque. Salvo punirla quando non le riesce bene.
- Agli occhi della madre, la pz appare una ragazzina modello per ciò che riguarda lo studio), tanto da vantarsene con le colleghe (insegnanti). In realtà, A. è una ragazzina frustrata che rinuncia ad esprimere i suoi bisogni.

Appare altrettanto legittimo chiedersi come mai la pz non abbia esercitato un'altra forma di controllo, a fronte di situazioni connotate come incerte. Perché tende ad esercitare un controllo proprio sul corpo?

Probabilmente, perché ha imparato ad orientare l'attenzione sul corpo. Si pensi all'episodio del busto, accadutole quando A. aveva 14 anni: si percepiva diversa dalle sue amiche, si vedeva brutta. Aveva il timore di emanare cattivo odore e di essere sporca.

Un altro aspetto interessante riguarda la dimensione sociale.

La particolare sensibilità al giudizio altrui pone la pz – a fronte di situazioni sociali connotate come minacciose alla propria immagine (trovarsi nella condizione di dover accettare una qualche forma di confronto; esprimere un'opinione suscettibile di critica; esporsi alla valutazione degli altri) – a rapportarsi con sospetto e diffidenza: ha paura di essere criticata, mal giudicata, delusa.

Inoltre, A. sembra trascorrere la sua infanzia in un ambiente in cui si respira sovente un clima di tensione (rapporto dei genitori) ed è sconsigliato rendere esplicito uno stato d'animo negativo, in quanto potenzialmente peggiorativo di una situazione di per sé già difficile. E' come se vigesse una regola tacita secondo la quale "...è meglio salvare le apparenze", fingendo di stare bene, anziché manifestare le proprie emozioni.

In realtà, A. ha difficoltà a sapere se quello che pensa e prova è giusto o sbagliato, non fidandosi del suo giudizio come adeguato. E' probabile che ciò si rifletta sulle scelte della pz, dalle più importanti a quelle apparentemente marginali.

A. si accusa di non sapere cosa fare, come agire; di non essere in grado di progettare il proprio futuro. Verosimilmente, più che una mancanza di abilità, sembrerebbe che la pz non sappia assumersi responsabilità e far valere il proprio punto di vista.

Dovendo estrapolare una regola generale di funzionamento attuale della pz, si potrebbe ipotizzare una sequenza comportamentale in cui l'emissione di una condotta sintomatica è regolata da situazioni in cui prevale la connotazione di incertezza o invalidazione dell'identità.

Contratto terapeutico

Terminata la fase di assessment (in terza seduta), si procede a stipulare il contratto terapeutico. Oltre alla formulazione degli obiettivi di cambiamento, finalizzati al miglioramento del funzionamento personale e sociale della paziente, il terapeuta si preoccupa di stabilire tempi e modalità di attuazione del trattamento.

OBIETTIVI:

- 1) Diminuzione dei rituali di lavaggio;
- 2) Aumento della capacità decisionale;
- 3) Acquisizione di maggiore fiducia in se stessa.

FREQUENZA DELLE SEDUTE:

Una seduta a settimana

DURATA DELLE SEDUTE:

50 - 60 minuti.

Strategia terapeutica

Nella prima fase di trattamento, l'interesse del terapeuta si è orientato alla costruzione di una relazione terapeutica caratterizzata da un atteggiamento di comprensione del disagio e disponibilità ad accogliere la sofferenza della pz. Il tutto all'interno di un clima rassicurante, ma evitando di offrire risposte "certe" o

previsioni assolutamente ottimistiche: nonostante le insistenze della pz, relativamente – per esempio – al buon esito della terapia.

Si dimostra funzionale esplorare gli schemi cognitivi della pz mediante la raccolta di protocolli A/B/C. Ciò rende possibile intervenire sin dall'inizio a ridurre le generalizzazioni che caratterizzano il funzionamento psicologico (vedere uno specifico evento negativo come assoluto piuttosto che come uno tra tanti), le doverizzazioni (l'uso del “Devo” che controlla un comportamento) e le interpretazioni catastrofiche (trattare gli eventi negativi come intollerabili e catastrofi).

Specificamente, il tentativo di ridurre i processi di ipergeneralizzazione che implicano l'immagine di sé, si traduce nell'opportunità di applicare tecniche di contestualizzazione, al fine di aiutare la pz a discriminare tra sé come oggetto (“Io sono inadeguata”) e sé come punto di vista (“Io mi sento di essere inadeguata e/o faccio cose da persona inadeguata”): alterando il legame funzionale tra classi di situazioni e risposte che “controllano” la visione di sé ed operando una distinzione tra la pz che si osserva ed il contenuto delle sue osservazioni; facendole altresì sperimentare che la percezione negativa di sé e del futuro non derivano da una fedele riproduzione della realtà, ma da pensieri che possono essere trattati in altro modo. L'obiettivo finale consiste nella possibilità di costruire nuove realtà in cui l'autovalutazione deriva dalle esperienze, rendendo – per esempio – inefficace il comportamento di evitamento.

Relativamente alla difficoltà della pz di prendere decisioni ed assumersi la responsabilità delle proprie scelte, l'intervento terapeutico si concretizza – mediante l'applicazione di strategie di Problem Solving – ad offrire modalità alternative di risoluzione dei problemi che attivano nella pz vissuti di incertezza.

La necessità di operare un intervento finalizzato al miglioramento del funzionamento sociale, si traduce nella possibilità di ottenere un cambiamento soprattutto per quanto riguarda la capacità della pz di manifestare comportamenti assertivi. Tale obiettivo viene perseguito impostando un programma che prevede esercizi di Role Playing o interazioni simulate, oltre ad un training di assertività.

Successivamente – in una fase in cui la relazione terapeutica si è ormai consolidata e la motivazione di cambiamento della pz è stata sostenuta e verificata adeguatamente – la strategia terapeutica si orienta ad esporre la pz alle situazioni temute.

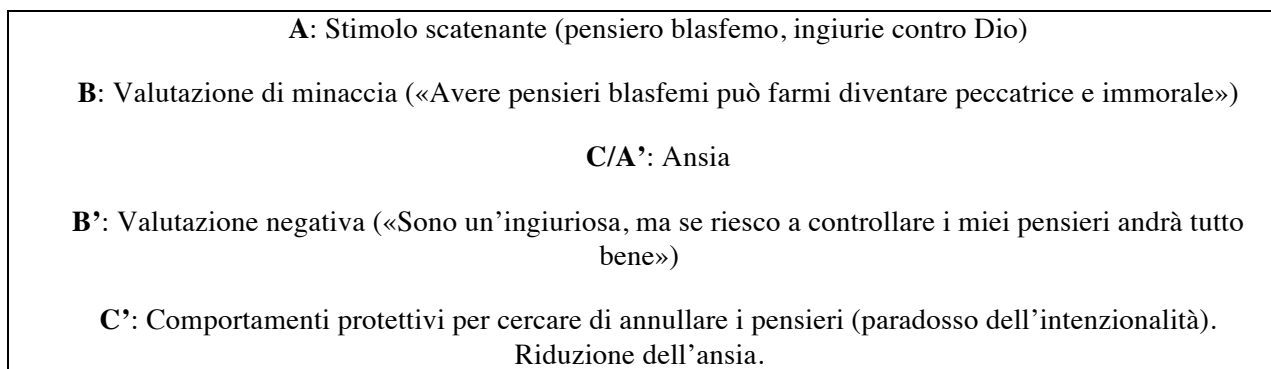


Figura 1. Esempio di modello cognitivo

Relativamente alla riduzione del comportamento ritualistico, si ritiene tecnicamente opportuno procedere alla presentazione ed introduzione della tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP), avendo preventivamente presentato il modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo e ricorrendo – anche questa volta – alla raccolta di protocolli A/B/C: al fine di ricostruire e condividere lo schema di funzionamento.

Esposizione con Prevenzione della Risposta (E/RP)

Prima di introdurre la tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta, ho ritenuto importante offrire informazioni alla pz – mediante un intervento di psicoeducazione – sulla natura e sul funzionamento dell'ansia, al fine di incoraggiarla e motivarla a fronteggiare l'emozione nel corso del trattamento.

Dopo aver condiviso che i rituali, le condotte di evitamento e le richieste di rassicurazione svolgono la funzione di liberare la pz dall'ansia generata dai suoi timori, si è giunti a costruire la previsione per cui prevenire la risposta avrebbe significato liberarla dall'ansia, nonostante un probabile peggioramento iniziale correlato alle caratteristiche della tecnica.

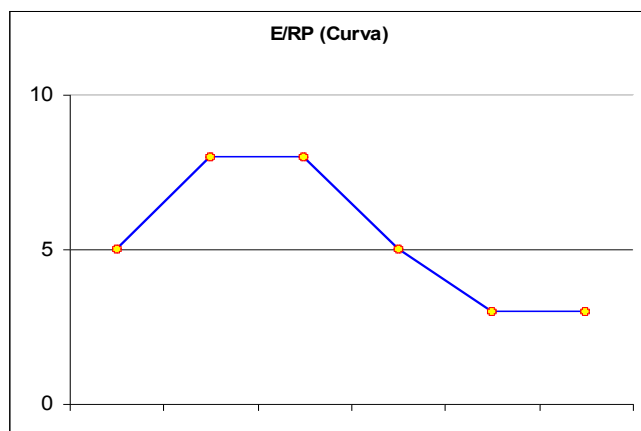


Figura 2. Andamento dell'ansia con E/RP

Oltretutto, se l'ansia funziona come un sistema d'allarme che, in situazioni di pericolo o minaccia, predispone l'organismo a reagire in modo subitaneo, non è da considerare un'emozione negativa. È un'emozione che tutti noi sperimentiamo quotidianamente e che - entro certi limiti - svolge una funzione importante per la sopravvivenza. Inoltre, come tutte le altre emozioni, anche l'ansia assume un certo andamento: nasce, aumenta – talvolta in modo improvviso – raggiungendo il picco più alto e poi spontaneamente decresce.

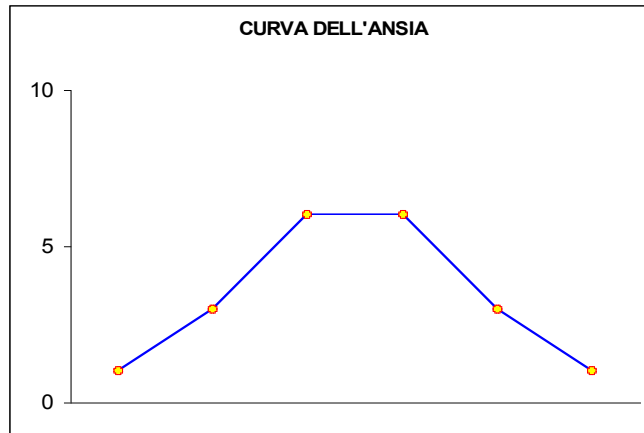


Figura 2. Curva dell'ansia.

Propongo ed introduco alla pz la tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta, presentandole i dati di letteratura relativamente all'efficacia per il trattamento del DOC. La informo sulle caratteristiche tecniche: lo scopo della esposizione è ridurre l'ansia generata dagli stimoli temuti, nel caso specifico il toccare gli oggetti sporchi; la prevenzione della risposta consiste nella sospensione dei comportamenti compulsivi (rituali di lavaggio) messi in atto per fronteggiare l'ansia.

Di fatto, l'obiettivo che ci proponiamo di raggiungere, non è tanto di dimostrare l'inutilità dei rituali e degli evitamenti, quanto di esporre la pz agli stimoli ansiogeni e di imparare ad esercitare un controllo, tollerando l'ansia (anche attraverso l'addestramento ad uno stato fisiologico antagonista). Lo scopo è alterare il legame tra lo stimolo attivante (le situazioni che generano ansia) ed il comportamento disadattivo (rituale di lavaggio), oltre a restituire identità alla paziente attraverso la percezione di una maggiore controllabilità degli eventi.

Prima di procedere all'applicazione della tecnica ed alla stesura della gerarchia riguardante le paure della pz, spiego come si svolgeranno gli esercizi, prendendo come esempio esercitazioni fatte da altri pazienti.

Nonostante la paziente abbia deciso di intraprendere questo tipo di trattamento sulla base delle informazioni da lei stessa raccolte prima della richiesta di trattamento, ho ritenuto - comunque - importante soffermarmi a discutere su quali fossero le sue aspettative e formulare un contratto scritto (formulare un contratto per iscritto - tra le altre cose - avrebbe anche svolto la funzione di supportare la paziente nei momenti di scoraggiamento), dove la paziente si impegnava a seguire gli steps stabiliti dal terapeuta, riguardanti il trattamento, in base alla gerarchia delle sue paure.

Dopo aver chiesto alla pz da quale paura volesse iniziare, compiliamo la gerarchia facendo un elenco delle situazioni stimolo e decidendo di partire dalla situazione meno ansiogena.

Introduco la tecnica in seduta. Fungendo da modello, mostro alla paziente come fare: tocco un oggetto temuto (nel caso specifico, le scarpe) e mi passo le mani tra i capelli, sul viso, sui vestiti. Chiedo di osservarmi mentre svolgo tale compito e la incoraggio a fare lo stesso. Le chiedo di valutare quantitativamente, ad intervalli ripetuti, il livello di ansia sperimentato: da 0 a 10. Stabilisco di considerare lo step superato quando l'ansia diminuisce in modo consistente (al di sotto di 5 SUD).

Dopo la prima seduta di esposizione, stabiliamo che ciò che è stato fatto è la modalità con cui la pz svolgerà gli esercizi a casa.

Valutazione di efficacia

La scala utilizzata per la valutazione dell'andamento sintomatologico è stata la Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). La scala è composta da 16 item di cui, i primi 10, sono quelli fondamentali: è la somma di questi 10 item che è considerata come il punteggio totale. Questi item riguardano: 5 le ossessioni e 5 le compulsioni. Ciascun item è valutato su di una scala a 4 punti:

0 = Assenza del sintomo

1 = Lievemente presente

2 = Moderatamente presente

3 = Molto presente

La somma dei punteggi dei singoli item fornisce un punteggio totale, che può essere considerato come espressione della gravità del disturbo psichico (punteggio 40: Massima gravità).

Nelle figure 3 e 4 sono raggruppati i punteggi, ottenuti dalla pz, attraverso valutazioni sintomatologiche Y-BOCS con intervallo di tre mesi.

Lo strumento utilizzato per la valutazione del funzionamento globale della pz è stata la VGF, derivata dalla componente sociale della Global Functioning Scale del DSM IV TR .

Nell'assegnare il punteggio è stato dato particolare peso alle seguenti aree:

1. Attività socialmente utili, incluso il lavoro;
2. Rapporti personali e sociali, inclusi i rapporti con i familiari;
3. Cura dell'aspetto e dell'igiene;
4. Comportamenti disturbanti e aggressivi.

Il punteggio massimo (100) corrisponde ad un livello eccellente in tutte le aree del funzionamento personale e sociale; il punteggio minimo (1) sta a significare un deficit totale.

Nella figura che segue è rappresentato l'andamento sociale e personale del pz ottenuto attraverso valutazioni con intervallo di tre mesi.

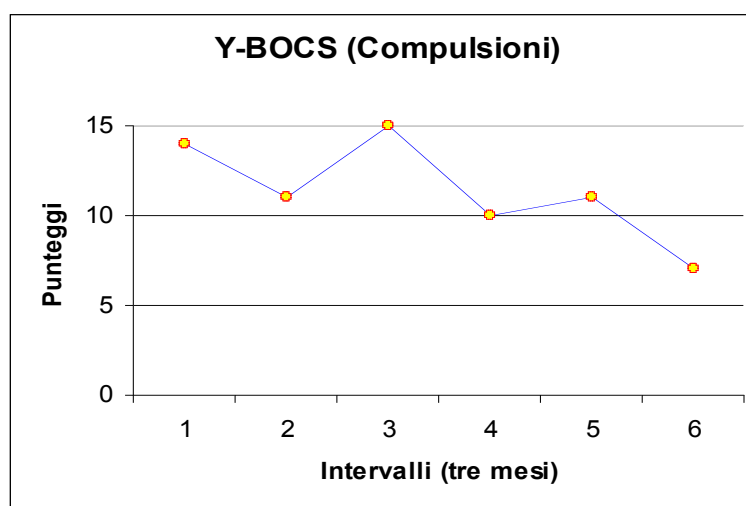
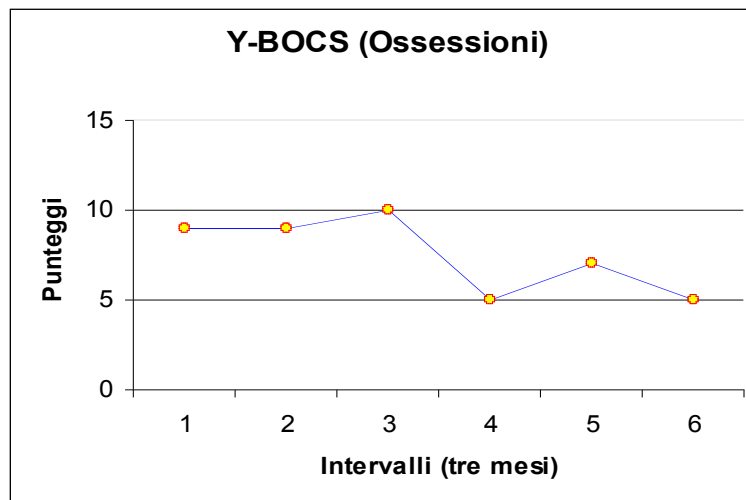


Figure 3 e 4. Punteggi alla Y-BOCS nei mesi di trattamento

Risultati raggiunti

Dopo un primo periodo in cui la paziente ha manifestato una marcata resistenza al cambiamento, il percorso terapeutico ha seguito un andamento caratterizzato da un progressivo miglioramento generale.

A questo proposito, ritengo opportuno segnalare un passaggio che – verosimilmente – ha segnato l’inizio del cambiamento propriamente detto. Durante il periodo estivo, non avendo la pz altre distrazioni (l'unico impegno era lo studio) e trovandosi da sola in casa per periodi lunghi, sperimenta un’intensa sofferenza seguita da un incremento dei rituali di lavaggio e del bisogno di rassicurazioni. Subisce un brusco viraggio del tono dell’umore, tanto da comunicarmi – telefonicamente – di aver pensato nuovamente al suicidio. Mi limito a rassicurarla, ma sono ferma nel motivarla a fare quanto le era stato proposto nelle precedenti sedute, in particolare: esporsi all’ansia e sperimentarla per tutto il suo decorso.

A. accetta di correre il rischio: questo episodio diventa la pietra miliare per il prosieguo positivo della terapia.

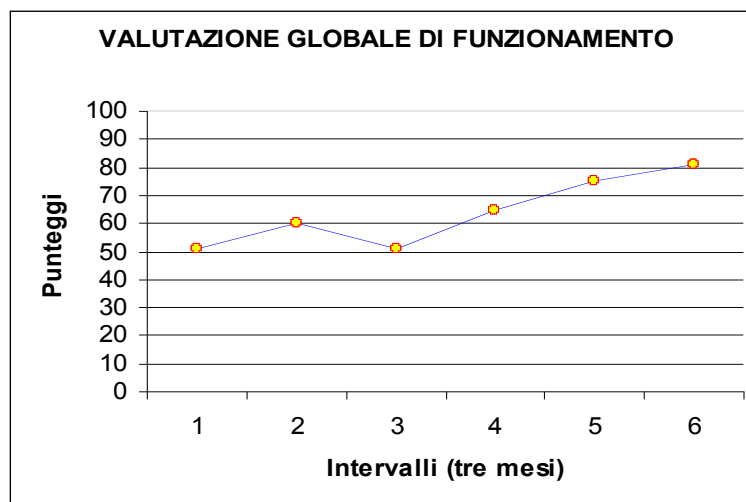


Figura 5. Punteggi al VGF durante il trattamento

Si estinguono molte condotte sintomatiche di evitamento, la giornata della pz è diventata gradualmente e lentamente più varia ed articolata, ed il tempo dedicato ai rituali si riduce a meno di un'ora. Migliora il tono dell'umore.

Nonostante la difficoltà ad accettare le critiche, la pz acquisisce una maggiore disponibilità ad esplorare le dimensioni interpersonali sino ad ora evitate ed una maggiore dimestichezza ad utilizzare abilità comunicative.

Nel corso delle sedute, A. sviluppa capacità ad esprimere le proprie opinioni (indipendentemente dalle conseguenze) ed una maggiore tolleranza alle frustrazioni. Successivamente, riesce a laurearsi, accetta un incarico di lavoro a tempo determinato ed instaura una relazione sentimentale. Permane la preoccupazione circa i tempi (ancora lunghi) dedicati alla "preparazione" mattutina: aspetto vissuto dalla pz come indicatore di diversità dagli altri.

Numero delle sedute: 45.

Dott.ssa Antonella Cuna

Svolge l'attività di psicoterapeuta a Lecce

Specializzato SPC Lecce, Training Di Maggio, Erba, Semerari