

LUTTO E PENSIERO ANORESSICO: UN APPROCCIO INTEGRATO TRA EMDR E TERAPIA COGNITIVA

Anna Sicolo¹ e Sonia Collaro²

¹ Associazione EMDR Italia-Europa; Studio Napoletano Psicologia Cognitiva

² Associazione EMDR Italia-Europa; Centro di Psicoterapia Cognitivo e Comportamentale e Terapia EMDR – Una Base Sicura, Napoli

Corrispondenza

Anna Sicolo

E-mail: annasicolo@hotmail.it

Riassunto

In questo articolo, viene proposto il trattamento integrato dei due modelli terapeutici EMDR e TCC, nel trattamento del Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione - Anoressia Nervosa, grado lieve (DSMV) - in una giovane donna, che presenta come fattore di scompensazione un lutto traumatico.

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è un approccio terapeutico standardizzato, volto alla desensibilizzazione e rielaborazione dei ricordi di esperienze traumatiche, basato sul modello dell'Adaptive Information Processing (Shapiro, 1989,1995). Attraverso la stimolazione bilaterale alternata, viene facilitata la connessione tra le reti neurali disadattive e quelle adattive, aiutando il processo di elaborazione delle tracce traumatiche e agevolando il superamento di psicopatologie connesse a vissuti traumatici. Ad oggi, è considerato un trattamento evidence based per il Disturbo Post Traumatico da Stress, ed un approccio elettivo e particolarmente efficace nei casi di Lutti Complicati (Solomon, 2018; Onofri & D'Antonio, 2009). Altresi, la Terapia Cognitivo Comportamentale è ormai da circa trent'anni, considerata la terapia evidence based con maggiore efficacia nel trattamento dei disturbi alimentari, e le sue successive formulazioni hanno permesso una lettura complessa e transdiagnostica di tali disturbi.

Parole chiave: EMDR, lutto, CBT, disturbo alimentare

GRIEF AND ANOREXIC IDEATION: AN INTEGRATED APPROACH BETWEEN EMDR AND COGNITIVE THERAPY

In this article, is proposed the integrated treatment of the two therapeutic models, EMDR and CBT, in the treatment of Nutrition and Eating Disorder - Anorexia Nervosa, mild degree (DSMV) - in a young woman, who presents a traumatic grief as a decompensation factor.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is a standardized therapeutic approach aimed at desensitization and reprocessing of memories of traumatic experiences, based on the Adaptive Information Processing model (Shapiro, 1989, 1995). Through alternating bilateral stimulation, the connection between maladaptive and adaptive neural networks is facilitated, helping the process traumatic traces and facilitating the overcoming of psychopathologies connected to traumatic experiences. To date,

DOI: 10.36131/COGNCL20240104

RICEVUTO IL 25 FEBBRAIO 2024, ACCETTATO IL 29 LUGLIO 2024

it is considered an evidence-based treatment for Post-Traumatic Stress Disorder, and an elective and particularly effective approach in cases of Complicated Grief (Onofri & D'Antonio, 2009). Likewise, cognitive behavioral therapy has been considered the most effective evidence-based therapy in the treatment of eating disorders for about thirty years, and its subsequent formulations have allowed a complex and transdiagnostic reading of these disorders.

Key words: EMDR, bereavement, CBT, eating disorder

Introduzione

Il lutto traumatico

Il dolore per la perdita di una persona cara è indubbiamente una delle dimensioni più complicate e al contempo profondamente naturale per l'essere umano. La morte dell'altro affettivamente significativo può comportare una destrutturazione degli assunti su di sé e sul mondo e la reazione a tali eventi è assimilabile ad una condizione di stress acuto, ancora maggiore quanto più è alto il grado di vicinanza affettiva con il defunto. Il lutto costituisce in ogni caso un evento critico nella vita dell'individuo, il quale dovrà attraversare la sofferenza per poter elaborare la perdita e fronteggiare il desiderio di vicinanza, frustrato dal lutto stesso. Le reazioni a questo dolore possono apparentemente differire ma seguono lo stesso processo, fronteggiando una sofferenza acuta, che spesso segna un prima ed un dopo nel percorso di vita dell'individuo. Molti studi suggeriscono che il vissuto sperimentato e le reazioni ad esso connesso dipendano dal legame di attaccamento che ha caratterizzato lo stile relazionale nelle prime fasi di vita. Una condizione di attaccamento insicuro (fattore di rischio) potrebbe provocare una elaborazione traumatica e complicata, mentre un legame di attaccamento sicuro (fattore protettivo), potrebbe agevolare l'elaborazione del lutto (Bowlby, 1979). Tuttavia, l'individuo è attrezzato fisiologicamente e culturalmente a superare tale condizione critica, per adattarsi a questo cambiamento dovrà riorganizzare le rappresentazioni interne al fine di raggiungere un buon adattamento. Esistono altri fattori che però influenzano l'esito del lutto, costituendo una vulnerabilità allo sviluppo di disturbi psichici: le caratteristiche della persona che ha subito il lutto, il contesto interpersonale e la situazione in cui la perdita è avvenuta. Vivere la morte dei propri cari o di parte della propria comunità, avvenuta in maniera improvvisa, imprevedibile o violenta può minare il senso di sicurezza e la percezione di prevedibilità circa il mondo. Nella Teoria dell'Attaccamento, perdere improvvisamente una persona affettivamente significativa mina il senso di sicurezza personale e l'individuo può strutturare strategie di ipercontrollo e ipervigilanza, funzionali a ricercare un seppur precario senso di sicurezza. Rando (1993) definisce come particolarmente traumatico per il sopravvissuto, la morte percepita come "evitabile", ossia le circostanze in cui il sopravvissuto ha la percezione che la morte del proprio caro poteva essere evitata: in questo caso, il lutto verrà complicato da sentimenti di rabbia da ingiustizia, collera e ruminazioni ideative (Onofri & La Rosa, 2015).

I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione

I DNA sono descritti e classificati nella quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-5, 2013) come persistenti disturbi del comportamento alimentare con comportamenti finalizzati al controllo del peso ed alterato consumo di cibo, condizioni

che danneggiano la salute fisica ed il funzionamento psicosociale, non secondari a nessuna condizione medica, coadiuvati dalla presenza di pensieri di autovalutazione centrati sulla forma del corpo e sul peso e sulla propria capacità di controllarli. Ad oggi, sappiamo che i DNA sono un fenomeno psicopatologico in crescita, con incidenza diversa circa i sessi, con una tendenza a migrare da una dimensione all'altra e con un alto livello di cronicità. I dati epidemiologici evidenziano che negli adolescenti e nei giovani adulti dei paesi occidentali, sono uno dei problemi di salute più comune, con uno dei più alti tassi di mortalità fra le malattie psichiatriche (Resmark et al., 2019; Smink et al., 2012). Nelle Linee Guida NICE 2017 si sottolinea l'importanza di interventi precoci, che propongano un approccio multidisciplinare che possa comprendere anche le co-morbilità spesso associate a disturbi d'ansia, depressione, disturbo ossessivo compulsivo e disturbo da dipendenze. Tutti gli approcci scientifici concordano nell'identificare come nucleo psicopatologico la tendenza a giudicare il proprio valore a partire dall'immagine corporea, la difficoltà di regolazione emotiva, la tendenza al perfezionismo, e sottolineano come fattori di rischio esperienze sfavorevoli infantili (ACEs) e traumi dell'attaccamento. Pertanto, risulta utile indagare le dinamiche dell'Attaccamento, sia in termini di vulnerabilità (attaccamento insicuro) che in termini di fattori protettivi (attaccamento sicuro) (Zaccagnino et al., 2017).

- Anoressia nervosa DSM-5

- A. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.
 - **Tipo con restrizioni:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
 - **Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione:** Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Livello di gravità

- Lieve: Indice di massa corporea $> 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderato: Indice di massa corporea $16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: Indice di massa corporea $15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Estremo: Indice di massa corporea $< 15 \text{ kg/m}^2$ ²⁰

Modelli di trattamento

Il Caso Clinico proposto in questo articolo, presenta un tentativo di integrazione tra due approcci terapeutici *evidence-based*: la Terapia Cognitiva per i disturbi alimentari e l'EMDR per il trattamento del Lutto Traumatico.

Terapia cognitiva e disturbi alimentari

La terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi alimentari nasce sulla base della CBT (Cognitive Behavior Therapy) per la depressione e per l'ansia (Beck, 1985; Beck et al., 1979); successivamente viene sviluppato un modello esplicativo applicato ai disturbi alimentari da Christopher G. Fairburn, che propone inizialmente solo un focus sulla bulimia nervosa (Fairburn, 1985; Fairburn & Cooper, 1989), per poi estendere l'applicazione del modello a tutti i disturbi alimentari. Il successivo sviluppo della CBT-E (Enhanced Cognitive Behaviour Therapy) rappresenta un modello transdiagnostico dei Disturbi Alimentari, considerati un'unica categoria diagnostica, caratterizzata da eccessiva preoccupazione e valutazione del peso e della forma del corpo; il controllo di questi elementi si declina attraverso comportamenti disfunzionali, stile di pensiero rigido e perfezionismo patologico. Il disturbo alimentare risulta sostenuto da meccanismi di mantenimento e, per il cambiamento psicologico, il paziente verrà aiutato a modificare il proprio comportamento per poi indagare effetti e conseguenze, attraverso procedure cognitive e comportamentali integrate con interventi psicoeducativi. La Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-E: Enhanced cognitive behaviour therapy) ha solide basi scientifiche ed è stata inserita nelle linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE) per la cura di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e *Binge Eating*.

La CBT, quindi, vede negli ultimi trent'anni diversi apporti e la stesura di sofisticati modelli applicativi, declinati sulla gravità del disturbo, sull'età del paziente, sul contesto di applicazione (ambulatoriale, ospedaliero in regime di ricovero, *setting* privato individuale, *setting* familiare) e sul tipo di disturbo specifico (Modello CBT di Fairburn, CBT-E di Fairburn e Dalle Grave, Modello CBT di Garner).

EMDR ed elaborazione del lutto complicato

L'EMDR è ad oggi un approccio terapeutico complesso e standardizzato, che vede un largo consenso nel panorama scientifico internazionale, poiché ben consolidato da dati di comprovata efficacia nel trattamento di numerosi disturbi. È una terapia *bottom-up* perfettamente integrabile con gli altri modelli di psicoterapia (Balbo, 2006; Fernandez et al., 2011), offre strumenti fondamentali alla elaborazione di momenti di vita traumatici o altamente negativi, che possono provocare l'insorgenza di un'ampia gamma di disturbi psicopatologici. Gli studi in tal ambito suggeriscono quanto la rievocazione delle tracce traumatiche, attraverso la stimolazione bilaterale, provochi una esposizione graduale alle stesse, attraverso l'effetto di *dual focus attention* (Shapiro, 1995) e riduca il livello di *arousal* associato a queste memorie (MacCulloch & Feldman, 1996). Ancora altri studi, dimostrano quanto l'EMDR conduca ad una maggiore risincronizzazione dei due emisferi (Farina et al., 2015; Pagani et al., 2012; Winson, 1993) e ad una normalizzazione dei livelli di cortisolo nel sangue, più alti nel Disturbo da Stress Post Traumatico – PTSD (Heber et al., 2002; Levin et al., 1999). Secondo il modello teorico alla base (AIP), la mente è naturalmente attrezzata a seguire un processo, volto all'elaborazione e all'adattamento (Solomon, 2022; Solomon & Shapiro, 2008); processo che talvolta, nei casi di lutto complicato, può essere compromesso dall'alto livello di sofferenza o dall'insorgere di stati emotivi e convinzioni disturbanti l'elaborazione. Questo approccio, permette al paziente di accedere al dolore in un contesto sicuro, aiutato da strumenti di auto-rassicurazione (Posto Sicuro) e sostenuto nella rielaborazione dell'esperienza (Shapiro & Forrest, 1998). Il lutto non subirà una denaturalizzazione del vissuto emotivo connesso alla perdita, ma potrà essere

esplorato al fine di riprendere la sua fisiologica elaborazione, e di recuperare una connessione congrua con la condizione di perdita dell'altro affettivamente significativo.

Il caso clinico: Alis e la psicoterapia

Diagnosi della paziente all'inizio del trattamento: Disturbo dell'Alimentazione e della Nutrizione – Anoressia Nervosa di grado lieve, con restrizioni - DSM-5.

La paziente è dotata di spiccate risorse metacognitive e ha una storia di attaccamento sicuro, evinto dalla narrazione spontanea e dall'intervista EMDR.

Alis arriva in terapia a novembre 2021. Ha 19 anni e 10 mesi ed è una studentessa fuorisede, iscritta al 2° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia, in regola con gli esami, superati con voti eccellenti. È fidanzata da 2 anni con un ragazzo presente e amorevole, suona il pianoforte e fa regolarmente sport dopo anni di esperienza nella danza classica, abbandonata all'ultimo anno di liceo. La famiglia vive in una cittadina del nord, ha una condizione socioeconomica stabile, prima di questo momento di difficoltà aveva anche un'ottima rete sociale ed amicale. Ha un fratello di due anni più grande che vive fuori per studi e la madre. Questa famiglia viene sconvolta ad Agosto 2020, quando il papà muore a 55 anni, improvvisamente, in una situazione drammatica: da sempre sportivo, sub di esperienza, non riemerge dopo un'immersione. La famiglia saprà della sua scomparsa dopo molte ore, avvisata dalla Guardia Costiera che gradualmente dà la notizia dapprima della macchina parcheggiata da troppe ore, poi della difficoltà a rintracciare il sub in immersione, infine del ritrovamento del corpo del padre.

Alis riferisce che quando il papà è morto, è stata lei ad occuparsi del riconoscimento del cadavere rilevato in mare, poiché sia la madre che il fratello erano in uno stato di *shock*. Alis ha dovuto occuparsi di ogni comunicazione sia con la stampa, sia con la medicina legale, e dell'organizzazione del funerale. Ha comunicato con i media, poiché il papà era persona nota e stimata, coinvolto in molte attività sul territorio. Sostiene di aver retto egregiamente questa fase, di cui non sente il costo emotivo e, dopo 20 giorni dalla tragedia, Alis supera i test di medicina ed entra all'Università.

Sostiene di aver attraversato questi mesi, immediatamente successivi al lutto, con “forza e rigore”, non cedendo alla tristezza o al pianto poiché “non avrebbe potuto in alcun modo cambiare gli eventi accaduti”. In questa fase, la paziente sembra sviluppare quella dimensione dissociativa ben descritta da Liotti e Farina, che interviene nelle prime fasi del lutto. Al fine di ridurre il costo emotivo, le funzioni superiori della coscienza non permettono, transitoriamente, di integrare i ricordi traumatici nella memoria: Alis non riesce ad accedere ed elaborare alcuni stati mentali, quali il dolore, la paura, la confusione ed il senso di precarietà e fragilità; sviluppa una Parte Apparentemente Normale (ANP), ossia una parte dissociata che persegue scopi e azioni comuni, ed una Parte Emozionale non integrata (EP, con l'attivazione del sistema di attacco\fuga volto al controllo e all'iper-vigilanza, Van der Hart et al., 2006) assimilata in vissuti di paura, senso di perdita e angoscia. Le convinzioni che sottendono gli aspetti performativi\vincenti fanno da ostacolo a questa integrazione, poiché non coerentemente attrezzati per fronteggiare lo stato di fragilità percepito, l'ANP in questo caso è la risposta funzionale per i domini di efficacia personale ma non per i domini di fragilità e dolore. Di norma, questa dissociazione “funzionale” ha una risoluzione spontanea e graduale, permettendo poi all'individuo di accedere alle memorie traumatiche producendo, una integrazione nell'elaborazione fisiologica del lutto. Nel caso di Alis, questo processo viene bloccato da due fattori: 1) la situazione in cui si è verificata la morte del padre, che ha caratteristiche di imprevedibilità e di “evitabilità”, spesso Alis sottolinea quanto

potesse essere evitata la morte del padre, questo pensiero acutizza la sofferenza; 2) l'evento "rompe" una visione di sé e del mondo, già declinata e costruita sull'esigenza di controllo e caratterizzata da aspetti performativi\vincenti poco flessibili e non adattati a fronteggiare la caoticità delle emozioni traumatiche, questo aspetto indurrà il terapeuta a costruire la successione dei target EMDR sulla linea cronologica, a partire dall'esperienza in cui la rigidità di questi schemi mina il senso di amabilità ed efficacia personale, durante l'epoca adolescenziale.

Alis chiede aiuto un anno e 3 mesi dopo questa perdita, poiché sente di non riuscire più a gestire una classe di pensieri che definisce intrusivi, pensieri riferiti alla propria forma corporea, al peso e al controllo costante delle calorie introdotte. Ha varie *App* sul telefono che la aiutano a contare le calorie e a regolare l'attività fisica, molto presente nella sua quotidianità: frequenta una palestra dove svolge attività con attrezzi, 3\4 giorni a settimana per circa 2 ore, e la frequenza aumenta tutte le volte che sente di aver introdotto più calorie di quelle calcolate. Riferisce che questa iper-preoccupazione per il cibo e la forma corporea, è cominciata gradualmente a Ottobre 2020 dopo il suo trasferimento nella città dove frequenta i corsi universitari: inizialmente questa tensione al controllo non le sembra preoccupante o problematica, poiché da sempre sportiva e rigorosa negli studi. A marzo 2021, incontra un personal trainer che la induce a fare di più e a superare i suoi limiti, proponendole un controllo costante anche del cibo attraverso *App* e misurazioni corporee. Inizialmente aderisce a queste proposte, ricavando sollievo in alcuni momenti dove avvertiva preoccupazione e tensione per la famiglia o per gli studi. Dopo circa tre mesi (estate 2021), Alis comincia a restringere l'alimentazione, dstando preoccupazione nei familiari più stretti. Quando ci incontriamo (Novembre 2021) è lievemente sottopeso (BMI = 17), fa continui *check* corporei per trovare rassicurazione, prima e dopo i pasti, e prima e dopo l'esecuzione di attività fisica; il suo programma alimentare era, al momento, così organizzato:

Colazione= mela verde, un bicchiere di latte scremato

Spuntino = barretta Proteica

Pranzo= legumi riso ed insalata

Spuntino= mela verde o yogurt

Cena = 150gr pomodori all'insalata\ verdure e fettina (150/200gr) di carne bianca o rossa

Si concede nel fine settimana pasti alternativi da consumare fuori casa.

Questa classe di pensieri e questa dimensione di controllo diventa, per lei, invadente e sabotante i suoi programmi di studio, poiché comincia ad avere difficoltà di concentrazione e sbalzi di umore consistenti. Riduce la vita sociale, incrina i rapporti con il suo fidanzato e sente di essere "a posto" esclusivamente quando ha la percezione di controllo sui segnali corporei di fame.

Alis chiede aiuto in questa fase, poiché legge chiaramente la disfunzionalità di questo eccessivo controllo alimentare che diventa impedimento dei suoi scopi di vita prioritari: università e relazioni sociali, a cui Alis tiene molto; questa lettura metacognitiva sul suo stato psichico, costituirà un importante fattore protettivo. Racconta che, inizialmente, questo tipo di regime l'ha aiutata a tenere fede ai suoi programmi di studio e di disciplina, intesa come organizzazione di una vita "giusta", in un momento dove tutto sembrava improvvisamente "saltato e folle": la morte inaspettata del papà ha modificato profondamente le sue aspettative di vita e ha stravolto le relazioni familiari con il ramo paterno; lo zio e la nonna in particolare cominciano in tempi poco maturi ad organizzare la suddivisione dell'eredità, dimostrandosi freddi e distaccati con la

madre e gli stessi nipoti.

La relazione con la madre diventa caratterizzata da stati di tristezza, in cui è Alis (apparentemente più forte) a consolare per la perdita e gradualmente diventa sempre più preoccupata che la madre possa cadere in depressione. Su questo Alis, verbalizza in maniera netta e severa “l’inutilità della sofferenza”, la tristezza come debolezza e la pericolosità di lasciarsi inondare dalle emozioni. Il suo stile di pensiero concreto e pragmatico, sostiene le credenze “*devo essere forte, pena lo smarrimento ed il fallimento degli scopi di vita*” e “*solo il rigore può restituirmi un percorso di vita di successo*”; pertanto ogni stato emotivo di angoscia o di tristezza viene represso attraverso strategie di regolazione emotiva disfunzionali e completamente sbilanciate, sul piano alimentare e sul piano di ipercontrollo della forma corporea e dell’immagine sociale. Su questo ultimo tema, Alis riferisce che un momento difficile che ha dovuto affrontare è stato il funerale del papà dove sentiva di essere osservata dalla comunità, tanto da impegnarsi particolarmente affinché tutto fosse “perfetto”. A questo proposito, riferisce che da tempo aveva la percezione di essere invidiata da alcune amiche di liceo per i suoi successi scolastici e per la buona condizione sociale, e che di conseguenza la tragedia vissuta, ha costituito uno “smacco in una vita bellissima”: Alis aveva la sensazione di dover dimostrare che, nonostante la tragedia, avrebbe continuato i suoi programmi senza alcun cedimento. Questo proposito, corredato da rabbia rivendicativa, sembra essere l’antidoto ad un forte senso di umiliazione, che più avanti in terapia nella fase EMDR, verrà ricondotto a qualche anno prima, periodo in un cui Alis ebbe una forte conflittualità con la sua maestra di danza che la definiva “ciccotta”, chiedendole di aumentare le ore di danza durante la settimana, poiché dotata di un ottimo potenziale. In quel periodo, la paziente sceglie di lasciare il suo percorso artistico poiché caratterizzato da eccessiva pressione e di dedicarsi agli studi, riscontrando appoggio da parte della madre e del padre. La sua famiglia da sempre porta avanti temi quali perfezionismo, forza, successo negli studi, crescita delle competenze personali: entrambi i figli studiano, fin da quando hanno 5 anni, pianoforte, inglese e praticano sport a livello agonistico. La madre, dirigente di un ente pubblico, è descritta come molto affettuosa e disponibile, emotiva e più flessibile del papà, il quale viene descritto come molto impegnato socialmente e fortemente sportivo, molto ironico e tendenzialmente di buon umore, attento alla forma corporea e alla disciplina. Più chiuso emotivamente, di poche parole in famiglia: Alis ricorda i suoi apprezzamenti espliciti, se relativi ai successi o alle prestazioni. Nonostante questo assetto apparentemente rigido, Alis ha da sempre la percezione autentica di essere fortemente amata e sostenuta dai suoi genitori, di essere stata accolta nelle difficoltà ma orientata a superarle senza “perdere tempo” in stati di tristezza o delusione, ma di andare sempre avanti ed in ogni caso. Lo stato depressivo della madre, successivo al lutto, spaventa molto Alis, apparentemente innervosita dalla reazione, riconfermando lo schema per cui è necessario essere forti per non soccombere alle proprie emozioni, per cui è necessario per non essere giudicati “deboli e perdenti”.

Piano Terapeutico Integrato

Prima Fase CBT e Terapia Cognitivo-Evoluzionista

- Costruzione Alleanza Terapeutica
- Invio ad una valutazione medico-nutrizionale
- Cbt psico-educazione
- Attaccamento e storia familiare
- Analisi delle credenze: costi e benefici

- Condivisione profilo del disturbo
- Analisi dei fattori che hanno determinato la vulnerabilità allo sviluppo del disturbo. Il trattamento di questi aspetti ha facilitato il cambiamento, costituendo un importante fattore protettivo per il futuro
- Aumento capacità metacognitive
- Riduzione dei sintomi

Seconda fase - EMDR e lutto

- Rilievo storia con cartella EMDR
- Individuazione dei *Target* e dei Domini
- Installazione Posto Sicuro
- Installazione risorse
- Elaborazione *Target* 1 (danza)
- Elaborazione *Target* 2 (lutto)
- Elaborazione *Target* 3 (lutto)
- Elaborazione *Target* 4 (lutto)
- Elaborazione *Target* 5 (lutto)
- Modello futuro

Terza fase

- Chiusura e programmazione *follow-up* fino a 12 mesi

La frequenza dei sintomi, la durata di essi, l'ideazione e le componenti cognitive e comportamentali, lo stato di salute fisica, il peso e il BMI della paziente possono determinare la diagnosi di *Disturbo dell'alimentazione e della Nutrizione Anoressia Nervosa di grado lieve, con restrizioni DSM-5*.

L'ipotesi è che Alis, a partire dal momento traumatico in cui il padre muore in circostanze drammatiche, utilizzi strategie ipervigilanti per fronteggiare l'alta intensità emotiva evocata dal trauma. Visti i temi narrativi familiari e personali, la sua organizzazione psichica trova sollievo e rassicurazione nella percezione illusoria e totalizzante di controllo circa dimensioni quali la disciplina, il rigore, l'immagine corporea ed il peso. Il lutto, quindi, si configura come evento di scoppio, in una organizzazione psichica con una spiccata attitudine performativa, orientata al perfezionismo e al rigore; tuttavia le risorse di Alis mantengono tale organizzazione in un assetto clinico di grado lieve e fanno da monitoraggio circa lo scivolamento in stati patologici di più alta gravità. L'esperienza positiva di amabilità e sicurezza, costruita nei suoi legami attaccamentali, permettono di ridurre questa impalcatura sintomatologica ad un livello di "strategia": infatti i temi semantici e nucleari non sembrano portare a vissuti di insicurezza o inamabilità, prima dell'evento di scoppio. Per questo motivo, la terapia, dopo una fase iniziale volta all'alleanza terapeutica e alla costruzione narrativa della storia di vita, ha potuto centrare il primo focus sulla psico-educazione e la riduzione dei sintomi. La risignificazione di essi in chiave di funzionalità alla riduzione dei momenti di tensione emotiva e/o angoscia ha permesso ad Alis un aumento delle capacità metacognitive ed una maggiore capacità di orientarsi circa i *trigger* interni ed esterni. Successivamente, la lettura del lutto come evento disorganizzante la rappresentazione del mondo e del senso di sicurezza interna, ha portato alla necessità di elaborare ciò che era accaduto a partire dai primi momenti della comunicazione della morte improvvisa del padre, momenti in cui Alis si muoveva apparentemente organizzata ed efficace nella gestione della situazione esterna.

Questa fase, ben rappresenta la dissociazione strutturale descritta in precedenza (ANP, Liotti & Farina, 2011; Van der Hart et al., 2006), e nel suo divenire non fluisce in una integrazione congrua, bensì nella strutturazione di strategie di controllo disfunzionali. Nella terapia è stato importante far riconoscere alla paziente questa parte dissociata dedicata al controllo, che è stata legittimata e validata, ma è stata riletta come importante fattore di mantenimento della AN.

L'applicazione della CBT in questo caso clinico vede tre fasi principali, estrapolate dai modelli teorici: nella prima fase vengono date alla paziente informazioni sul disturbo e sui meccanismi di mantenimento (fase psico-educativa), un focus sulla diminuzione degli episodi di digiuno e sulla composizione dei pasti, un focus sull'individuazione dei *bodycheck* e sull' incremento delle capacità metacognitive. Nella seconda fase, l'obiettivo è quello di migliorare la qualità e la quantità dell'alimentazione, di operazionalizzare il pensiero della restrizione e del controllo (utilizzo dello strumento di monitoraggio CEPA), di riconoscere le situazioni a rischio e di applicare esercizi di *problem solving*. Nella terza fase, vengono risignificati i sintomi e le fasi di scempenso alla luce della storia di vita, dei temi familiari e delle credenze strutturali. La lettura dei sintomi è volta a cogliere l'aspetto regolatore di essi, ossia i sintomi come strumenti disfunzionali di regolazione emotiva, durante stati mentali problematici percepiti come terribilmente angosciosi o allarmanti. In seguito, vengono consolidati i risultati ottenuti e viene affrontato il tema della prevenzione delle ricadute.

Successivamente, la terapia si focalizza sull'elaborazione del lutto traumatico, che è stato trattato con il protocollo EMDR. L'*assessment* è stato completato utilizzando l'intervista EMDR, sono stati individuati i *trigger* attuali, è stata approfondita l'anamnesi familiare e la storia personale, sono emersi gli schemi negativi del sé e la storia di attaccamento, che si conferma come di tipo sicuro. Alis è stata informata dei principi base dell'EMDR e della sua applicazione, ha costruito la mappa degli eventi più significativi della sua vita (ricordi negativi\ricordi positivi) e la mappa delle risorse. Sono stati installati il Posto Sicuro (*la sensazione di essere rilassata, nella sua stanza, dopo i corsi universitari – parola chiave: pace*) e le Risorse riconosciute dalla paziente come proprie caratteristiche peculiari e positive (*coraggio - capacità di aiuto all'altro*). Dopo aver individuato i *Target* ed i corrispettivi domini, è seguita la fase 3 del protocollo EMDR prima della desensibilizzazione. A tutti i *Target* viene applicata la desensibilizzazione binoculare ed il *tapping* se in presenza di abreazione significativa; successivamente alla riduzione del SUD (Unità Soggettiva di Disturbo) a 0, sono state verificate le validità delle cognizioni positive. È seguita, poi, l'installazione della CP (Cognizione Positiva) e la scansione corporea. Dopo la chiusura e la rivalutazione nella seduta successiva alla chiusura, si è poi passati al *Target* successivo.

In questo caso, nonostante le indicazioni del protocollo EMDR di cominciare dai target riferiti ad eventi traumatici "T" grande (accadimenti ad alto contenuto stressogeno che si riferiscono a tutti quegli eventi che portano alla morte o che minacciano l'integrità fisica propria o delle persone care), si è scelto di partire da un target riferito ad un "t" piccolo (esperienza soggettivamente disturbante, caratterizzata dalla percezione implicita di minaccia\umiliazione e vissuti relazionali problematici con persone altamente significative), questa scelta è stata basata sull'esigenza clinica circa le convinzioni disfunzionali ostacolanti una più fluente elaborazione del T grande (lutto) e sulla volontà di "muoverci" cronologicamente lungo il percorso di vita.

- *Target 1* (liceo\danza) = il ricordo si riferisce al periodo del liceo: la maestra di danza, davanti alle compagne di corso, le riferisce che nonostante tutte le "carte in regola", lei non sarebbe stata all'altezza di avanzare nella danza, per mancanza di rigore. L'immagine peggiore è il volto della maestra e delle compagne, caratterizzato da un'espressione di delusione e

distacco. (dominio responsabilità sotto area autodifettosità: CN (Cognizione Negativa) *sono deludente*; CP *vado bene così come sono*). SUD 9, VOC (Scala di Validità Cognitiva) 2. Emergono vissuti emotivi legati al senso di umiliazione, esclusione e rabbia; il disturbo viene focalizzato sul viso e sul collo.

- *Target 2* (lutto1) = il ricordo si riferisce alla prima telefonata che Alis riceve dallo zio, il quale le chiede di tornare a casa poiché la guardia costiera ha contattato alcuni familiari per avere informazioni: hanno trovato la macchina del papà vicino alla costa, parcheggiata da troppo tempo e hanno avviato le ricerche in mare. L'immagine peggiore è lei seduta in macchina col fidanzato, che riceve la telefonata e guarda il cruscotto (dominio controllo: CN *io non ce la faccio* CP *io ce la faccio*) SUD 10, VOC 1. Localizza il disturbo nel ventre e nella gola, la stimolazione viene alternata tra la modalità binoculare e tattile per le significative abreazioni della paziente.
- *Target 3* (lutto2) = Il ricordo si riferisce al momento della telefonata della Guardia Costiera, che comunica del ritrovamento di alcuni attrezzi da sub e di un corpo. L'immagine peggiore è sua madre in piedi, in cucina con gli occhi bassi e la voce rotta che le dice "è successo qualcosa a papà, non lo trovavano, poi hanno visto un corpo" (dominio sicurezza: CN *sono morta*; CP *sono viva*). Localizza la sensazione di disturbo nella pancia, solo dopo più stimolazioni riconoscerà la paura come emozione predominante di questo ricordo. Emergerà da questo *Target*, una forte sensazione di tristezza e angoscia connessa alla perdita, riorganizzata in quell'evento su un assetto iper-vigilante, tanto che da quel momento Alis diventa la persona di riferimento, accompagnata da uno zio, per tutte le pratiche relative all'organizzazione del riconoscimento del cadavere e del funerale. A questo proposito, riferirà più volte, durante la stimolazione, che "*era inutile fermarsi e contorcersi perdendo tempo, dovevo essere forte... preferivo fare piuttosto che mettermi a piangere, che piangevo a fare?*".
- *Target 4* (lutto3) = Riconoscimento cadavere all'obitorio; l'immagine peggiore è la bara aperta e le mani bianche del padre (dominio controllo: CN *non posso contare su nessuno*; CP *posso contare su qualcuno*) SUD 10, VOC 2. Durante la stimolazione, ricorre il tema dell'evitabilità di questa morte e la rabbia da ingiustizia, con un forte senso di impotenza, la sensazione di disturbo è localizzata nella pancia.
- *Target 5* (lutto4) = il ricordo si riferisce al momento del funerale, in una chiesa gremita, Alis accoglie i conoscenti. L'immagine peggiore è il volto delle persone che la guardano in maniera spaventata e sconvolta (dominio sicurezza: CN *io sono vulnerabile/non protetta*; CP *io posso comunque sentirmi al sicuro*). Durante la SBL (Stimolazione Bilaterale), emergono emozioni di paura e tristezza, riferite come disperazione e perdita dei riferimenti: "*Mi sentivo in una bolla, come se tutto si fosse stravolto e fosse cambiato*". Durante queste stimolazioni, emerge una traccia mnemonica in cui Alis tornata a casa, si specchia e si dice "almeno sono magra", sperimentando un senso di sollievo in un momento in cui sentiva tutto crollare. Ricorda poi, che nei giorni successivi ha cominciato a preparare un piano alimentare che le potesse consentire di avere un'immagine corporea perfetta.

L'elaborazione e le verbalizzazioni spontanee emerse durante la stimolazione, confermano il profilo interno del disturbo della paziente, dando significato al perché Alis utilizza una strategia di ipercontrollo declinata sul sistema motivazionale agonistico (Liotti & Farina, 2011), per fronteggiare le emozioni disorganizzanti derivanti dal lutto improvviso ed inaspettato del padre.

Alla chiusura dei *Target* e alla successiva rivalutazione, la paziente riferisce una maggiore capacità di ricordare gli eventi trattati, definisce tali ricordi come dolorosi ma narrabili. Emergono infatti ricordi positivi sul padre e sulla vicinanza delle persone che sinceramente erano dispiaciute

per l'accaduto. Riesce, in questa fase della terapia, a scrivere un trafiletto su un giornale *online* dedicato al papà, in cui parla della sua personalità simbolizzando il tipo di morte come un esito duro ma non lontano dai sogni e dallo stile di vita di uno "sportivo, libero e sognatore". Infine, è stato proposto il lavoro sul Modello Futuro: Alis struttura scenari in cui riesce ad attraversare stati mentali di sofferenza senza "perdersi" e spaventarsi e per quelli che sono, senza ricorrere a strategie disfunzionali.

Dopo la fase EMDR sull'elaborazione del lutto, seguirà un periodo di rivalutazione e rinforzo circa la remissione dei sintomi associati al comportamento alimentare.

Risultati post-trattamento in sintesi

La psicoterapia si conclude a Settembre 2023, dopo 22 mesi; i risultati indicano la remissione dei sintomi da disturbo alimentare, un incremento del peso corporeo e, di conseguenza, non vengono più soddisfatti i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Emerge un incremento delle capacità autoriflessive circa i propri stati mentali ed un cambiamento delle strategie di regolazione emotiva, più congrue e adattive. Alis riconosce pienamente la sofferenza attraversata e sperimenta un maggior senso di sicurezza personale ("sicuro guadagnato" Saunders et al., 2011). Attualmente, è in corso la fase *follow-up* ed il post- trattamento si concluderà a 12 mesi dalla fine della terapia settimanale, a Novembre 2024. Ad oggi, Alis ha ristabilito il suo equilibrio alimentare e non sono presenti pensieri e comportamenti riferiti al peso e alla forma corporea (assenza di *bodycheck* e regolazione attività sportiva). Continua i suoi studi brillantemente ma con meno rigidità, ha una folta rete sociale e ha riorganizzato la relazione con la madre, ricollocandosi in una posizione più congrua al suo ruolo con una tensione all'adulità, che le permette di accogliere con tenerezza i momenti di mancanza circa il papà, che ad oggi può condividere con la famiglia. Nell'ultima seduta, è stata molto significativa una sua affermazione: "*Sto bene, mi sento più sicura e fiduciosa; guardare in che modo cercavo di scansarmi la tristezza, mi fa tenerezza...alla fine avevo perso papà a 19 anni...come potevo non essere distrutta! Mi porterò tutto questo quando sarò medico*".

Conclusioni

Quale terapia per quale paziente? Nella pratica clinica, questa riflessione emerge spesso nella mente del terapeuta che, con il suo bagaglio di formazione ed esperienza, tende a focalizzare l'approccio più adatto a quel tipo di personalità, a quella storia ed a quella sofferenza. Il terreno dove tutto accade è indubbiamente la relazione tra paziente e terapeuta, relazione unica ed irripetibile declinata sulle peculiari caratteristiche dei due attori del *setting* terapeutico (Cotugno, 2007).

In questo lavoro, la lente cognitivista ha permesso la formulazione del profilo interno della paziente, significando le convinzioni connesse all'attitudine performativa-perfezionistica, come ostacolo al transito in uno stato di percezione di vulnerabilità personale e di disorientamento circa la prevedibilità degli eventi, dimensioni provocate dalla condizione di "lutto improvviso", laddove il comportamento alimentare restrittivo costituiva una strategia per la riduzione dell'inefficacia percepita. Inoltre, la costruzione di un'alleanza declinata sulla cooperazione ha permesso di condividere l'architettura delle convinzioni disfunzionali e la focalizzazione sui comportamenti derivanti da esse, con particolare attenzione ai fattori di mantenimento del disturbo. Il modello cognitivista della cura del disturbo alimentare (CBT-E), ha permesso, inoltre, ai due attori del

setting di procedere a partire dalla stesura di obiettivi espliciti e condivisi, costruiti a partire da protocolli solidi che tengono conto dell'esigenza "sartoriale" che ogni terapeuta sperimenta.

La scelta di integrare diversi modelli nasce a partire dalle percezioni che ogni clinico accoglie, ascoltando il suo paziente: spesso la cura accoglie e risignifica la sofferenza, dà indicazioni e sollievo, esplora stanze lontane e con l'altro procede in dimensioni fuori dalle *comfort zone* e da impalcature sintomatiche. Talvolta, il terapeuta individua punti di cecità che nonostante il procedere del lavoro ed il miglioramento della condizione clinica, rimangono tali, come fili interrotti dove la mente "comprende", ma non avanza in quella sensazione fluida di connessione e coerenza, tra processi cognitivi e stati emotivi e corporei. Il "vissuto traumatico" è conseguenza dell'evento traumatico, la psicoterapia mette al vaglio tale vissuto, ma lo stato psichico e corporeo accaduto nell'evento può, in alcuni casi, rimanere come "intrappolato" nelle memorie e può esserne ostacolata la sua naturale elaborazione.

In questo caso clinico, l'applicazione dell'EMDR ci ha permesso di cogliere proprio questo aspetto e di accedere al "blocco" dell'elaborazione delle informazioni traumatiche, attraversando il qui ed ora dell'evento, desensibilizzando le tracce memoniche traumatiche e riavviando l'elaborazione dei vissuti emotivi e corporei, irretiti in "frames" caratterizzati da uno stato di stress acuto.

La scelta di utilizzare l'EMDR, può permettere al terapeuta di agire "chirurgicamente" lì dove il dolore acuto è accaduto e di stare "con l'altro" nello scenario mentale e corporeo di quel preciso evento traumatico, recuperando e riavviando il processo elaborativo bloccato in quel tempo. Per sua costituzione, l'EMDR si lega alla psicofisiologia, costruendo e rafforzando quel ponte tra psicoterapia e neuroscienze, tra cura e cambiamento cerebrale, utile alla visione armonica dell'individuo, superando finalmente la dualità mente corpo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balbo, M. (2006). *EMDR: Uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*. McGraw-Hill.
- Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications. (Tr. it. 1982: *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore).
- Cotugno, A. (2007). Tra nuvole e orologi. Riflessioni sul processo terapeutico in una prospettiva cognitivo-evoluzionista. *Psicobiettivo*, 2, 17-36.
- Dalle Grave, R. (2012). *Multistep cognitive behavioral therapy for eating disorders: Theory, practice, and clinical cases. Abridged Edition*.
- Fairburn, C. G. (1985). The management of bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 465-472. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(85\)90055-X](https://doi.org/10.1016/0022-3956(85)90055-X)
- Fairburn, C. G. (2018). *La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Erickson.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1989). Eating disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 277-314). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780192627254.003.0009>
- Farina, B., Imperatori, C., Quintiliani, M. I., Castelli Gattinara, P., Onofri, A., Lepore, M., Brunetti R., Losurdo A., Testani E. & Della Marca G. (2015). Neurophysiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing sessions: Preliminary evidence for traumatic memories integration. *Clinical Physiology and Functional Imaging*, 35(6), 460-468. <https://doi.org/10.1111/cpf.12184>

- Fernandez, I., Maslovacic, G., & Galvagni, M. V. (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Liguori.
- Heber, R., Kellner, M., & Yehuda, R. (2002). Salivary cortisol levels and the cortisol response to dexamethasone before and after EMDR: A case report. *Journal of Clinical Psychology, 58*(12), 1521–1530. <https://doi.org/10.1002/jclp.10102>
- Levin, P., Lazrove, S., & van der Kolk, B. (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of Post Traumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(1-2), 159–172. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(98\)00045-0](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00045-0)
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
- MacCulloch, M. J., & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitisation treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry, 169*(5), 571–579. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.5.571>
- Onofri, A., & D'Antonio, T. (2009). La terapia del lutto complicato: Interventi preventivi, psicoeducazione, prospettiva cognitivo-evoluzionista, approccio EMDR. *Psicobiattivo, 3*.
- Onofri, A., & La Rosa, C. (2015). *Il lutto: Psicoterapia cognitivo-evoluzionista e EMDR*. Giovanni Fioriti Editore.
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo R., Niolu C., Ammaniti M., Fernandez I. & Siracusano A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring: An EEG study. *PLOS One, 7*(9), e45753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045753>
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Research Press.
- Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., & Zeeck, A. (2019). Treatment of anorexia nervosa: New evidence-based guidelines. *Journal of Clinical Medicine, 8*(2), 153. <https://doi.org/10.3390/jcm8020153>
- Saunders, R., Jacobvitz, D., Zaccagnino, M., Beverung, L. M., & Hazen, N. (2011). Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. *Attachment & Human Development, 13*(4), 403–420. <https://doi.org/10.1080/14616734.2011.584405>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 199–223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Shapiro, F., & Forrest, M. (1998). *EMDR: Una terapia innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*. Astrolabio.
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence, and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*, 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Solomon, R. M. (2018). EMDR treatment of grief and mourning. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 15*(3), 173–186.
- Solomon, R. (2022). *Lutto e EMDR: Dalla diagnosi all'intervento clinico*. Raffaello Cortina Editore.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research, 39*(2), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton.
- Winston, J. (1993). The biology and function of rapid eye movement sleep. *Current Opinion in Neurobiology, 3*(2), 243–248. [https://doi.org/10.1016/0959-4388\(93\)90217-M](https://doi.org/10.1016/0959-4388(93)90217-M)
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Callerame, M., & Civolotti, C. (2017). Disturbi dell'alimentazione e EMDR: Un caso clinico. *Rivista di Psicoterapia EMDR, 11*(33).