

Elena: l'importanza di non essere grassa e triste

Elena: the importance of not being fat and sad

Valeria Rossi^{1,2}, Giuseppe Romano^{3,4}, Marco Saettoni^{1,2,4}, Andrea Gragnani^{2,3}

¹Associazione Culturale Studi Cognitivi Pandora, Lucca, Italia

²Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto, Italia

³Scuole di Psicoterapia Cognitiva APC-SPC, Roma, Italia

⁴Università G. Marconi, Roma, Italia

Riassunto

Il presente lavoro descrive il trattamento cognitivo comportamentale ambulatoriale di una giovane donna di 22 anni con anoressia nervosa tipo con restrizioni. Elena, per considerarsi una persona di valore, necessita di essere riconosciuta e considerata “perfetta” e, soprattutto, “non grassa” da parte dell'altro. Chiede l'intervento della psicoterapeuta per uscire da una condizione definita di “fragilità”, in cui si trova a causa delle condizioni fisiche raggiunte: ciò le fa esperire un'intensa ansia in quanto non le permette di mantenere i suoi standard prestazionali e sentirsi importante e d'aiuto per la famiglia. L'investimento su questi scopi è tale da indurre Elena a trascurare i rapporti interpersonali, questo facilita una condizione di isolamento sociale che mina il senso di efficacia personale e genera sentimenti di tristezza e fragilità che, nel loro essere temuti e giudicati negativamente, creano un circolo vizioso di auto mantenimento. Il disturbo alimentare della paziente è stato trattato utilizzando la CBT *enhanced* (CBT-E), basata sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione, integrandola con un trattamento cognitivo-comportamentale specifico per i fattori motivazionali sottostanti la sintomatologia, le credenze e le emozioni connesse. Peculiarità del lavoro risulta essere dunque l'applicazione della CBT-E nell'ambito di una formulazione e trattamento del caso secondo il modello del funzionamento umano guidato da scopi e credenze.

Parole chiave: Disturbi Alimentari, Cbt-e, Scopi/Credenze, Alleanza terapeutica, Anoressia Nervosa, Depressione.

Summary

This work describes the outpatient cognitive-behavior treatment of a 22-year old young woman with restrictive anorexia nervosa. To the aim of feeling as a valuable person, Elena needs to be considered as perfect and “not fat”. She asks for psychological help to face a perceived condition of “fragility”: she is afraid that her impoverished physical health will undermine her performance standards and her capability of being important and helpful for her family. Investment on these goals is so intense that other crucial goals, such as social relationships, are neglected, leading to decrements in self-efficacy and mood that promote further investment in perfectionism and eating control, thus maintaining and reinforcing psychopathology. The patient's eating disorder has been treated with the CBTenhanced approach, based on the transdiagnostic theory of eating disorders, integrated with specific interventions that targeted motivational, cognitive and emotional factors as elucidated by case formulation. Therefore, the peculiarity of the case described consists in a combination of CBT-E and cognitive-behavior treatment based on ultimate goals and related beliefs of anorexia nervosa.

Key words: Eating disorders, Cbt-e, Goals/beliefs, Therapeutic alliance, Anorexia Nervosa, Depressione.

Introduzione

Nel trattamento di un disturbo dell'alimentazione, il terapeuta si trova a dover affrontare diverse sfide, alcune delle quali, per essere superate, necessitano di aver stabilito una buona alleanza terapeutica. Una delle prime riguarda l'egosintonia con cui si presenta il disturbo. Seppure, infatti, diverse pazienti con anoressia nervosa richiedano aiuto in modo spontaneo, il più delle volte, come nel caso di Elena, la richiesta di aiuto viene fatta poiché le condizioni fisiche ed emotive raggiunte a causa del disturbo non consentono di continuare a perseguire i propri scopi. Elena chiede aiuto per uscire da una condizione di "fragilità", così come la definisce, in cui si trova a causa delle condizioni fisiche raggiunte e ciò le causa un'intensa ansia in quanto non le permette di mantenere i suoi standard prestazionali e sentirsi importante e d'aiuto per la famiglia. Ma è, soprattutto, la capacità della terapeuta di individuare credenze e scopi in gioco, e definirne l'importanza strategica nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo, che ha permesso di ottenere una comprensione del caso e raggiungere i risultati: per considerarsi una persona di valore Elena necessita di essere riconosciuta e considerata "perfetta" e, soprattutto, "non grassa" da parte dell'altro. Al tempo stesso sembra prevalere nel suo bilancio scopistico l'antigoal del non diventare depressa: la condizione depressiva, anche a causa della storia familiare, è infatti percepita e valutata come elemento di disvalore.

Presentazione del caso

Elena, 22 anni, laureanda in lingue, vive con i genitori e un fratello di 18 anni, studente, in un piccolo paese di provincia. Il padre della paziente ha 48 anni e lavora come autista, la madre ha 47 anni e lavora saltuariamente come collaboratrice domestica. Definisce buoni i rapporti con i familiari ed è legata soprattutto al padre. Elena è fidanzata da 4 anni con Giacomo, 25 anni, calciatore professionista al quale è molto legata.

Invio e contesto della terapia

A Luglio 2018 la paziente si rivolge a una dietista che, ipotizzando un disturbo dell'alimentazione, le propone una consulenza psicologica. Elena, dopo un periodo di iniziale riluttanza, accetta e contatta la terapeuta nell'Agosto 2018.

Esame psichico: come appare la paziente in prima seduta

Elena si presenta in anticipo e resta in piedi in sala d'aspetto, è magra, curata e ordinata, è orientata nel tempo e nello spazio, appare lucida e collaborativa. Risponde con perspicacia alle domande che le vengono poste, arrivando a descrivere in dettaglio l'insorgenza e lo sviluppo del proprio problema. Offre anche un quadro preciso del suo stato attuale e delle conseguenze che il suo problema sta avendo soprattutto sulle relazioni interpersonali e sul rendimento nello studio; lo stile narrativo è intellettualizzante. La paziente racconta subito che la decisione di rivolgersi alla terapeuta nasce dall'esigenza di uscire il prima possibile da uno stato definito da lei stessa di "fragilità", che le provoca ansia acuta.

Descrizione dei problemi della paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi

Elena riferisce di essere costantemente preoccupata per ogni minima variazione del suo peso poiché impaurita di ingrassare nonostante si trovi in una condizione di sottopeso (kg. 47; h. 1,68 m; BMI 16,6). Spinta da queste preoccupazioni sale sulla bilancia più volte durante il giorno (*check* del peso). È presente preoccupazione per le forme del corpo (soprattutto per le cosce) che la porta a scrutinare spesso le proprie gambe allo specchio e a misurarsi le cosce ogni volta che si siede (*check* del corpo). Elena sta seguendo una dieta ferrea e ipocalorica caratterizzata dall'assunzione di porzioni ridotte e dall'esclusione di molti cibi. Tale comportamento alimentare le ha fatto perdere 8kg in circa tre mesi dall'Aprile 2018. Oltre alla dieta, per tenere controllato il peso e la forma del corpo si reca in palestra sei giorni a settimana superando le 2 ore di allenamento e scegliendo solo attività aerobiche, nelle attività giornaliere si sforza di camminare il più possibile e di rimanere in piedi al posto di stare seduta (anche durante lo studio) e infine la sera prima di dormire allena i muscoli addominali. L'esercizio fisico messo in atto da Elena può essere definito eccessivo in base alla sua durata, frequenza e intensità, e compulsivo, in quanto associato al senso soggettivo di essere obbligata a esercitarsi; è prioritario rispetto ad altre attività, come per esempio uscire con le amiche, ed è associato ad ansia quando è rimandato.

Elena riferisce che nell'ultimo mese sono comparsi numerosi sintomi come stanchezza, giramenti di testa, bruciori di stomaco. Riferisce preoccupazioni relative a crisi di pianto definite come improvvise, si definisce più irritabile del

solito e fatica a prendere sonno. Nel corso degli ultimi mesi Elena si è a poco a poco isolata dagli amici e l'unica persona che frequenta al di fuori della famiglia è il suo ragazzo, con il quale però discute spesso.

Diagnosi

È possibile, secondo i criteri del DSM 5, formulare diagnosi di Anoressia Nervosa tipo con restrizioni poiché risultano soddisfatti tutti i criteri diagnostici. Lo sfondo affettivo di tipo depressivo risulta ascrivibile agli effetti della restrizione calorica alimentare e alle attuali condizioni psicofisiche. La paziente assume la pillola anticoncezionale.

L'esame fisico, effettuato dal medico di famiglia della paziente, rivela l'assenza di complicanze mediche apparenti, gli esami ematochimici e strumentali prescritti risultano nella norma.

Test somministrati

Nella fase di valutazione psicodiagnostica è stato somministrato il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI -2) per la valutazione delle caratteristiche personologiche, di seguito vengono riportati i punteggi ottenuti nelle varie scale.

- scale di validità: L 63; F42; K61; Fb 44; Vrin 50; Trin 26
- scale cliniche di base : Hs 63; D60; Hy61; Pd 55; Mf 45; Pa 57; Pt 54; Sc 52; Ma 41; Si 54;
- scale di contenuto: Anx 61; Frs 48; Obs 45; Dep 49; Hea 47; Biz 0; Ang 37; Cyn 30; Asp 35; Tpa 43; Lse 40; Sod 47; Fam 47; Wrk 41; Trt 45;

Elena ha completato L'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q 6.0) (Fairburn & Beglin, 1994). L' EDE-Q è la versione autosomministrata dell'*Eating Disorder Examination* (EDE) (Fairburn & Cooper, 1993), indaga il periodo delle 4 settimane precedenti alla valutazione ed è suddiviso in 4 sotto-scale che riflettono la gravità degli aspetti della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione. Le sottoscale sono Restrizione, Preoccupazione per l'Alimentazione, Preoccupazione per la Forma del Corpo e Preoccupazione per il Peso.

Gli item permettono di avere sia una valutazione quantitativa riguardo la frequenza delle principali caratteristiche comportamentali dei disturbi dell'alimentazione, che una valutazione qualitativa riguardo la gravità di tali comportamenti.

Per completare l'assessment clinico del disturbo alimentare è stato utilizzato Il *Clinical Impairment Assessment Questionnaire* (CIA 3.0) (Bohn & Fairburn, 2008), uno strumento autosomministrato di 16 item che misura il danno

funzionale secondario ai sintomi del disturbo dell'alimentazione. Si focalizza sugli ultimi 28 giorni e gli item prendono in esame il danno nelle aree di vita che risultano tipicamente influenzate dalla psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione: tono dell'umore e auto percezione, funzionamento cognitivo, funzionamento interpersonale e prestazione professionale.

In tabella 4, a fine dell'articolo, sono riportati dati riguardanti l'entità del cambiamento raggiunto dal basale ai 5 mesi di trattamento sia per il punteggio globale dell'EDE-Q sia per ciascuna delle sottoscale che per il CIA.

Storia della sofferenza

La storia della sofferenza della paziente ruota intorno a una grave crisi economica che, a partire dal 2014, colpisce l'attività commerciale dei genitori e culmina con la dichiarazione fallimentare da parte del Tribunale; tale attività chiude nel Gennaio 2017.

Nel 2011 il padre della paziente, operaio metalmeccanico, si trova in cassa integrazione mentre la madre lavora in qualità di dipendente presso un panificio. Nel 2012 i genitori decidono di aprire un panificio in proprio nel loro piccolo paese; nella nuova attività a poco a poco vengono investiti tutti i risparmi di una vita. Tale attività, a detta della paziente, sarebbe dovuta essere l'occasione per i propri genitori di riscattarsi e passare da una condizione di dipendenti a una di lavoratori autonomi, considerata come più elevata rispetto allo status sociale attuale. Dopo una partenza entusiasmante gli affari cominciano ad andare male e a inizio 2016 i genitori della paziente hanno contratto una serie di debiti ingenti. La madre, che ha già sofferto in passato di depressione, ha un nuovo episodio depressivo e viene presa in carico dal CSM; tale stato perdura per tutto il 2016. Elena, automaticamente, si sostituisce a lei nella gestione della casa e affianca il padre nel lavoro al panificio. Durante il 2014 Elena lavora molto, tutte le sere dalle 21 alle 3 e in contemporanea sostiene tutti gli esami universitari previsti in quella annualità mantenendo una media molto elevata; si sente orgogliosa di sé *“quando portavo a casa i 30 e lode riuscivo a vedere sorridere mia madre e a darle un po' di sollievo”*.

Il 2017 è l'anno della chiusura del panificio, vissuto, a detta della paziente, con grande dispiacere e umiliazione da parte dei genitori. Il padre ritrova quasi subito un lavoro dipendente e la madre dopo poco inizia a lavorare come collaboratrice domestica. Un ruolo di supporto emotivo viene svolto dal fidanzato Giacomo; solo con lui in questo periodo Elena riporta di essere veramente a suo agio. La paziente in passato non ha mai fatto psicoterapie o terapie farmacologiche.

Profilo interno del disturbo

Elena si sente fragile e tale condizione risulta amplificata da una restrizione calorica e dal sottopeso. Ciò non è soltanto sgradevole e doloroso in sé, ma comporta ulteriori implicazioni minacciose in funzione di come la paziente valuta l'esperienza in toto e in particolar modo la depressione: essere depressa infatti per Elena vorrebbe dire perdere la propria autonomia e competenza e dover andare a gravare sulla famiglia. La paziente, che si sente fondamentale per il sostegno dei suoi genitori e del fratello, teme che un cedimento da parte sua comporti il crollo del sistema familiare. L'avversione per l'eventualità di essere costretta a gravare sugli altri è inoltre mal tollerata in quanto per Elena è inaccettabile somigliare alla madre depressa, vulnerabile, e che *“fa pena agli altri”* (antigoal).

La paziente risponde automaticamente alle richieste di accudimento avanzate dalla madre e non si sottrae mai, ogni tanto però pensa di essere stata caricata di responsabilità eccessive (per es. l'accudimento del fratello più piccolo); in queste occasioni Elena prova rabbia che non esprime, perché teme che farebbe soffrire ulteriormente i suoi cari.

Elena attualmente percepisce se stessa come inferiore in termini di status socio-economico rispetto alle amiche che frequenta e al fidanzato, ritiene però di possedere capacità intellettive non comuni (*“in quanti sarebbero riusciti a sostenere tutti gli esami senza mai scendere sotto il 28 nelle mie condizioni?”*) e di *problem solving* sulle quali iperinveste, ciò con la finalità di riscattare se stessa e la propria famiglia nel minimo tempo possibile e con il massimo dei risultati; cerca di essere costantemente preparata, di dare il massimo, di essere impeccabile in vari ambiti della sua vita. Per considerarsi una persona di valore la paziente necessita di essere riconosciuta e considerata *“perfetta”* e soprattutto *“non grassa”* da parte dell'altro.

A	B	C
Giacomo è ripartito	Lui mi è sempre stato vicino, è il mio punto di riferimento, ora che non c'è sono sola	Tristezza sensazioni di debolezza, faticabilità e anergia, difficoltà di concentrazione, bisogno di piangere
A"/C	B"	C"
Tristezza sensazioni di debolezza, faticabilità e anergia, bisogno di piangere	Oddio, il bisogno di piangere, la stanchezza e la debolezza potrebbero essere i segni della depressione. Rischierei di diventare come mia madre (bisognosa, vulnerabile e che fa pena agli altri) e perdere l'autonomia. Peserei su mia madre, su mio padre e mio fratello che non ce la farebbero, di conseguenza fallirei nel riscattare la famiglia. Sarei impotente, fallimentare e rifiutabile	Ansia intensa Battito cardiaco accelerato Peso sul petto Derealizzazione T.S. mi devo controllare, devo fare qualcosa Mangio meno per guadagnare controllo e faccio attività fisica, studio ancora di più

Tabella 1. ABC esemplificativo ricostruito con la paziente che illustra il passaggio dalla tristezza all'ansia.

Scopi perseguiti e minacciati: essere autonoma e indipendente, riscattare se stessa e la propria famiglia essendo riconosciuta e considerata perfetta (anche fisicamente) da parte dell'altro. Antigoal: non diventare come sua madre depressa e vulnerabile, non "essere grassa".

Elena valorizza fortemente il senso di autocontrollo che riceve dall'impegnarsi in una dieta rigida e utilizza la restrizione dietetica e l'esercizio fisico come regolatore emotivo.

Questa modalità di regolazione emotiva espone la paziente a essere più vulnerabile a sviluppare un disturbo dell'alimentazione e, una volta esordito, la stessa modalità di regolazione emotiva si struttura in un fattore di mantenimento.

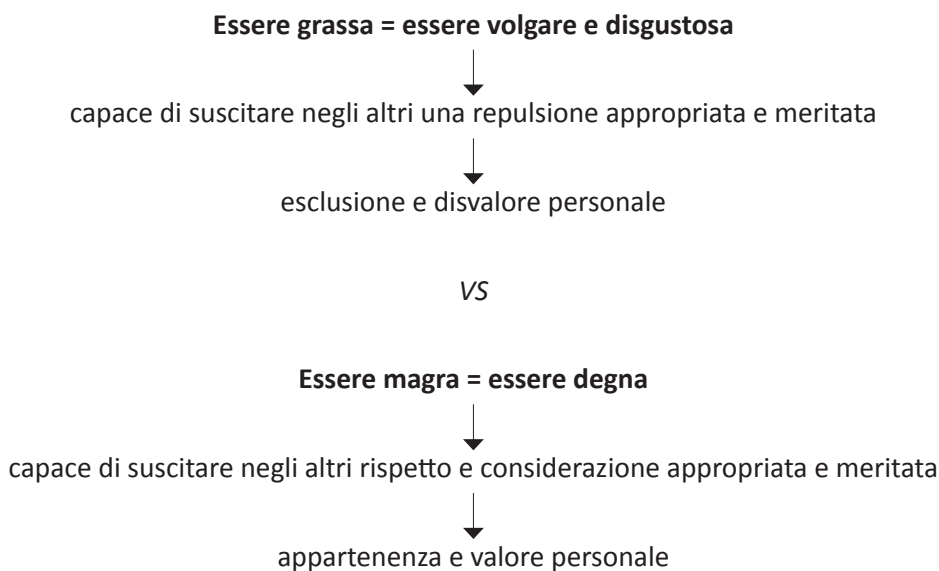


Tabella 2. Schema esemplificativo che evidenzia scopi e credenze della paziente inerenti "l'essere grassa".

La dieta ferrea è regolata (maggiormente e più direttamente) dallo scopo di non essere grassa che definisce come Elena non vuole essere ma non come vuole essere, cioè quanto magra vuole essere. La dieta non è dunque definita da una regola di stop e non vengono rappresentati i suoi costi ma solo i suoi vantaggi e gli svantaggi della sua sospensione o riduzione (Romano e Mancini, 2014).

Fattori e processi di mantenimento

Meccanismi di mantenimento operanti nella paziente inerenti al timore di poter diventare depressa.

- **Relazioni interpersonali:** per riuscire a mantenere alti standard negli impegni presi, realizzare i propri obiettivi e poter gestire il problema alimentare, Elena tende a trascurare le amicizie evitando gli inviti a cena e le occasioni sociali; ciò ha favorito un graduale isolamento sociale e una chiusura comunicativa con i familiari e con il fidanzato che rispondono criticandola. Le critiche ricevute, unite a una sensazione di frustrazione per non riuscire a raggiungere gli standard autoimposti, minano il senso di efficacia personale generando sentimenti di tristezza e fragilità che, nel loro essere temuti e giudicati negativamente, creano un circolo vizioso di auto mantenimento.

- **Attenzione selettiva:** a partire dallo stato di allarme iniziale, Elena ricerca intorno a sé quelli che ritiene essere i campanelli di allarme dello stato depressivo, ciò produce l'abbassamento della soglia percettiva e aumenta lo stato di minaccia percepita. L'attenzione selettiva contribuisce inoltre a mantenere il disturbo alimentare; mantiene l'attenzione focalizzata sulle informazioni che riguardano il peso, le forme e l'alimentazione, non permette di porre l'attenzione ad altre informazioni, rende più disponibili (e quindi più influenti) in memoria i dati negativi su peso e forme del corpo, che vanno a influenzare i processi di pensieri successivi.

- *Affect as information:* Elena utilizza la tristezza come informazione confermando la minaccia iniziale (se sono triste automaticamente diventerò depressa).

- **Euristica della disponibilità:** lo scenario immediatamente disponibile e più temuto è quello della madre depressa.

- **Pensiero assolutistico:** “*Le cose o si fanno bene o non si fanno*”, non esistono le vie di mezzo. Il pensiero assolutistico viene stressato dagli effetti del sottopeso.

- **Perfezionismo:** standard elevati e rigidi.

Meccanismi di mantenimento specifici del disturbo alimentare operanti nella paziente

A partire da un'eccessiva valutazione, del peso e della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione (psicopatologia nucleare), derivano le preoccupazioni sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo, i comportamenti di controllo del peso estremi: dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo e compulsivo,

il raggiungimento del sottopeso e della sindrome da denutrizione, i comportamenti di *check* dell'alimentazione e del corpo. Le varie manifestazioni cliniche del disturbo dell'alimentazione, a loro volta, aumentando la preoccupazione per i pensieri sul controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo, e mantengono Elena in uno stato di continua apprensione.

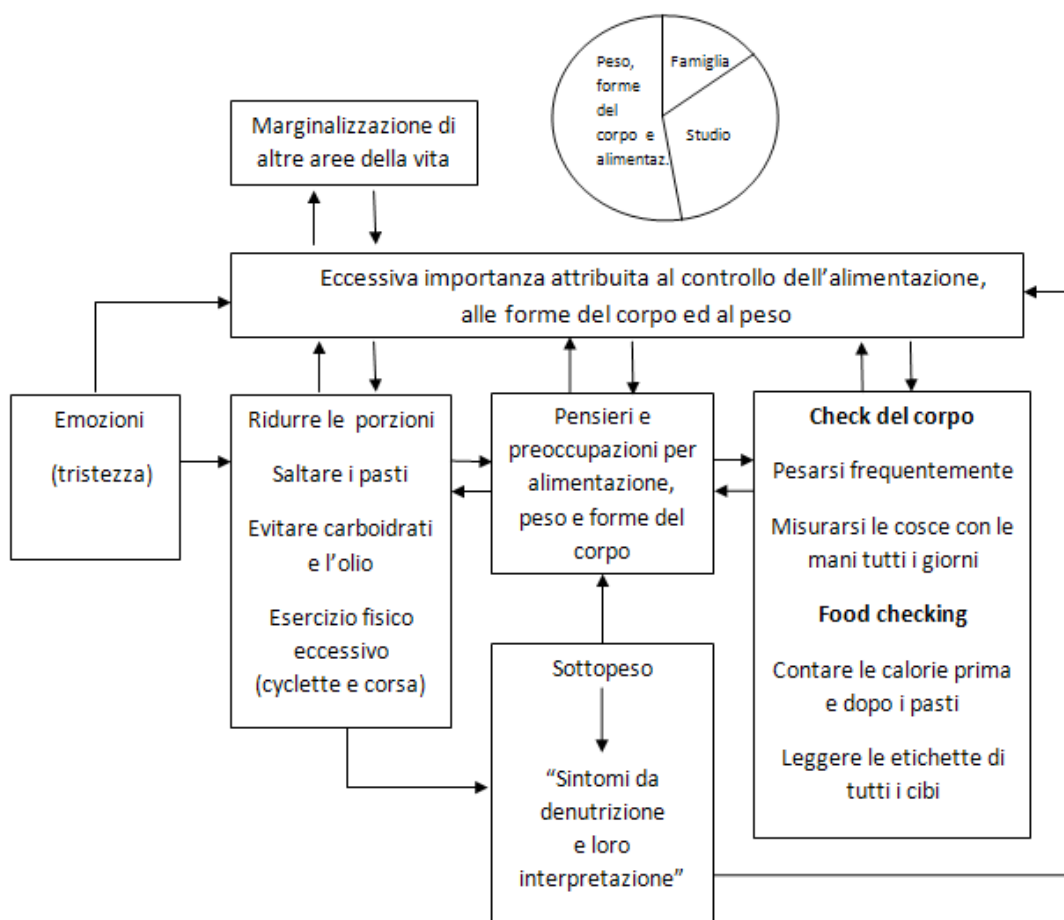


Tabella 3. Rappresentazione dei principali processi che mantengono il disturbo dell'alimentazione secondo il modello di Fairburn (2003).

- L'adozione da parte di Elena di una dieta ferrea, caratterizzata da numerose e rigide regole dietetiche e da una restrizione calorica, incrementa le preoccupazioni e l'eccessiva valutazione per il controllo dell'alimentazione; causa sottopeso.
- L'esercizio fisico eccessivo e compulsivo (corsa e cyclette) favorisce il sot-

topeso, i sintomi da malnutrizione, l'isolamento sociale e la marginalizzazione di altre aree della vita. Mantiene Elena bloccata nello stato mentale del DA.

- I sintomi da denutrizione e la loro interpretazione, interagendo con la psicopatologia specifica dei DA, aumentano la necessità di controllo dell'alimentazione.

- Pesarsi frequentemente fa interpretare in modo scorretto minime variazioni di peso, generalmente dovute allo stato di idratazione corporea come: "*sono aumentata!*", e incoraggia un aumento della restrizione calorica.

- I *check* tattili (misurarsi le cosce con le mani) e visivi intensificano l'attenzione selettiva rivolta nei confronti della forma del corpo, amplificando i difetti percepiti e intensificando l'insoddisfazione del corpo che incoraggia la restrizione dietetica.

- *Check* dell'alimentazione: il controllo ripetuto e frequente della porzione del cibo da mangiare con la bilancia, delle calorie, delle etichette nutrizionali degli alimenti e del comportamento alimentare degli altri accentua in Elena la restrizione dietetica cognitiva, danneggia le relazioni perché ostacola l'alimentazione sociale, mantiene elevate le preoccupazioni per il controllo minuzioso dell'alimentazione.

Scompenso

Durante il 2016 la paziente termina gli esami universitari e lavora come cameriera in un ristorante per dare una mano al bilancio familiare. Il fidanzato Giacomo si trasferisce per lavoro nel Sud Italia, ad Elena viene a mancare un prezioso supporto emotivo. Dopo le vacanze di Natale 2017, quando il fidanzato riparte, Elena prova tristezza; tale emozione viene letta in maniera minacciosa dalla paziente che percepisce un aumentato bisogno di controllo sui propri stati emotivi. La strategia per gestire questa emozione è quella di impegnarsi duramente nella scrittura della tesi e nel lavoro. L'aspetto emotivo e l'aumento del carico di studio e di lavoro comportano una diminuzione dei livelli di energia, una riduzione dell'attività e una minor cura dell'alimentazione che portano la paziente ad aumentare di circa 2 kg; a questo punto Elena intraprende una dieta rigida finalizzata a perdere peso e comincia ad allenarsi intensamente. Tali condotte le fanno esperire rapidamente un maggior senso di capacità e padronanza di sé che le confermano di poter realizzare i propri scopi; quando questo non accade sperimenta tristezza e un senso di fallimento che la por-

ta a sentirsi impotente e a temere di essere rifiutata dagli altri, la dieta rigida a sua volta rinforza la necessità di controllo in generale del peso e della forma del corpo in particolare. Ben presto iniziano a operare gli altri meccanismi che contribuiscono a mantenere il disturbo dell'alimentazione.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

Fin dalle elementari Elena è stata responsabilizzata a prendersi cura del fratello minore e spesso anche della madre che ha attraversato alcuni periodi di depressione, il padre è stato percepito come assente emotivamente: tale esperienza relazionale ha avuto l'esito di indirizzare la paziente a puntare sulla propria autonomia per non pesare sugli altri, sa in definitiva che deve cavarsela da sola: *“Gli altri mi vogliono bene quando sono accudente”*.

Nella storia di vita di Elena sono presenti esperienze negative con la madre depressa che hanno determinato l'attitudine a valutare negativamente la tristezza e i suoi correlati fisici e comportamentali. Il pianto e le lamentazioni, caratterizzanti i periodi di abbassamento del tono dell'umore materno, venivano aspramente criticati in famiglia: secondo la nonna materna, la zia e in parte anche il padre, sarebbero stati utilizzati dalla madre con la finalità di attirare attenzioni, fare pena per ricevere accudimento e compassione da parte dei familiari. Alcuni messaggi familiari, del tipo *“certo che tua madre va accudita come una bambina, poverina, brutta bestia la depressione, e fortuna che ci siamo noi che ci prendiamo cura di lei, altrimenti chissà che fine faceva”*, oppure *“tu a differenza di tua madre non sei una che piange per nulla”*, *“per carità non frignare anche tu, ci manca solo quello!”*, hanno determinato l'attitudine di Elena a cercare di “cancellare” il pianto per timore di mostrarsi troppo richiedente ed essere rifiutata.

Sempre fin dalle elementari, Elena ottiene ottimi risultati a scuola. Voti molto alti all'università, vincitrice di borsa di studio. Ritiene di essere una persona intelligente e performante.

In casa di Elena non si parla mai di emozioni, ciò determina una scarsa educazione emotiva.

I genitori appartengono, e sottolineano spesso di appartenere, a un basso status socio-economico; si sono sempre sentiti inferiori e spesso anche Elena si è sentita inferiore, lo scopo perseguito è quello di riscattare se stessa ed i suoi familiari visto che ha le risorse per farlo.

La paziente ha praticato danza classica a buoni livelli dai 6 ai 14 anni, spesso l'insegnante sottolineava l'importanza di mantenersi sottili per poter ballare; viene sensibilizzata sull'importanza del peso e sulle forme del corpo. Elena viene criticata per le cosce definite cicciottelle, si sente umiliata per questo ma, incrementando l'allenamento e prestando attenzione alla dieta, riesce a ottenere una forma corporea desiderata; una regola a cui aderisce è la seguente: *“Se mi impegno e lavoro duro ottengo quello che voglio”*.

Vulnerabilità Attuale

Trasferimento del fidanzato, credenze disfunzionali e scopi definiti rigidamente, perfezionismo, pensiero “tutto o nulla”, situazione familiare.

Trattamento psicoterapeutico

Il disturbo alimentare di Elena viene trattato applicando la CBT-E ambulatoriale, tuttavia, anche se risultano rispettate le principali procedure e strategie descritte nel manuale CBT-E (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn, Hawker, et al., 2008) sono presenti alcune deviazioni dal protocollo che riguardano la concettualizzazione del caso e l'intervento sull'emozione tristezza e i suoi secondari. Questi ultimi risultano essere un fattore di vulnerabilità a ricadere in una fase anoressica nella quale Elena almeno inizialmente esperisce padronanza e controllo di sé che le serve a sentirsi autonoma e in grado di occuparsi degli altri. Si è cercato di indagare fin da subito, quali potessero essere gli scopi in gioco che Elena sta perseguendo e quali credenze intrattiene su se stessa.

Contratto e scopi del trattamento

L'obiettivo esplicito generale concordato con la paziente è stato quello di andare ad erodere i principali meccanismi di mantenimento del problema alimentare per permetterle di raggiungere una valutazione di sé meno dipendente dal peso e dalle forme del corpo.

Gli obiettivi impliciti sui quali si è lavorato inizialmente sono stati:

- Ingaggiare la paziente nel trattamento.
- Migliorare la comprensione del problema alimentare.
- Stabilire un pattern di alimentazione finalizzato al recupero del peso (in collaborazione con dietista).

- Ridurre l'esercizio fisico eccessivo.
- Ridurre i livelli di restrizione dietetica cognitiva.

La paziente non è a rischio fisico ed è stato concordato con lei, con il medico di famiglia e con la dietista, di effettuare un trattamento ambulatoriale. L'accordo preso è che, qualora si verificasse/si fosse verificato una ulteriore e rapida perdita di peso e/o si presentassero complicazioni mediche, sarebbe avvenuto un passaggio a un trattamento più intensivo.

Attualmente con la paziente è stato concordato anche un secondo obiettivo esplicito: individuare proprie specifiche aspirazioni, desideri e bisogni e agire in base ad essi.

Gli obiettivi impliciti sui quali la terapeuta continuerà a lavorare saranno:

- Ridurre il problema secondario (tristezza valutata come minaccia).
- Aumentare la tolleranza all'emozione tristezza e promuoverne maggiore accettazione.
- Ridurre l'iperinvestimento su alcuni scopi rigidamente articolati che sono legati al valore personale e arricchire le vie strumentali al raggiungimento del valore personale.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

Attraverso la compilazione delle schede di automonitoraggio in tempo reale, assegnate come *homework* e riviste in seduta, è stato possibile ricostruire e condividere il funzionamento del disturbo alimentare nonché individuare i principali circoli viziosi e i processi di mantenimento operanti.

È stata fatta psicoeducazione, utilizzando anche materiale informativo, sul funzionamento del disturbo alimentare, illuminando il ruolo svolto dal sottopeso. Paziente e terapeuta utilizzano un linguaggio condiviso.

Elena al momento della presa in carico ha un BMI di 16,6; dopo aver esplorato i pro e i contro di recuperare il peso, prende la decisione di normalizzare il BMI e riportarlo tra 19 e 20. Tale livello di peso è stato scelto perché può essere mantenuto senza adottare comportamenti estremi e non salutari di controllo del peso, non è associato ai sintomi di malnutrizione e permette una vita sociale.

La restrizione calorica e il sottopeso sono dei potenti meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione e si accompagnano alla sindrome da denutrizione, per questo motivo è stato scelto di occuparsene fin dall'inizio. Per aiutare Elena a modificare l'alimentazione e a normalizzare il peso è stata utilizzata la procedura dell'alimentazione meccanica e quella dell'alimentazio-

ne regolare con 5 pasti al giorno pianificati anticipatamente. La paziente segue un piano alimentare elaborato dalla dietista. L'andamento ponderale viene riportato tutte le settimane, dopo la pesata in seduta, in un grafico costruito insieme in cui è possibile osservare la relazione della variazione del peso con le calorie del piano alimentare seguito.

La paziente è così riuscita a ridurre l'ansia nei confronti dell'alimentazione e della perdita di controllo sul peso, in quanto ha sperimentato che a un determinato piano alimentare corrisponde un determinato aumento ponderale. Attualmente è riuscita a ridurre l'ansia nei confronti del cibo e la paura di perdere il controllo sul peso sostituendo la restrizione alimentare con l'alimentazione pianificata e meccanica.

Nelle prime settimane di trattamento sono state insegnate ad Elena specifiche tecniche CBT (tecnica del decentramento e del distanziamento dei comportamenti dai pensieri, risoluzione dei problemi, tecnica della carta di risposta delle cose da dirsi e da fare) per riuscire a lavorare sui comportamenti non salutari di controllo del peso, in particolare sull'esercizio fisico eccessivo e compulsivo.

Contemporaneamente al lavoro sulla restrizione calorica, è stato portato avanti quello sulla restrizione dietetica cognitiva risultato in parte egosintonica. Dopo aver educato la paziente sulla restrizione dietetica cognitiva, sono state ricavate dalle schede di monitoraggio le regole alimentari della paziente. Attualmente è in atto la pianificazione della rottura delle regole con la finalità di esplorare le eventuali conseguenze derivanti dalla loro rottura: tale tipo di lavoro viene a poco a poco effettuato inserendo cibi ritenuti fobici.

La ricostruzione della storia di vita e dello scompenso ha permesso ad Elena di dare un senso alle problematiche riportate, di spiegare lo strutturarsi di determinati scopi e credenze e cosa ha determinato lo scompenso.

La ricostruzione e la condivisione con la paziente dell'ABC riguardante il passaggio dalla tristezza all'ansia ha reso consapevole Elena del ruolo delle valutazioni secondarie nel mantenimento del disturbo. In questa fase è stato portato avanti un lavoro di psicoeducazione sulle emozioni.

Elena iperinveste su alcuni scopi rigidamente articolati che sono legati al valore personale. In parte, la paziente è già consapevole della loro gerarchia e di come si sia strutturata; attraverso il *laddering* abbiamo definito gli scenari temuti, tuttavia per prevenire eventuali ricadute la paziente avrà la necessità di articolare in modo più ampio e flessibile i propri scopi.

Per far notare alla paziente la differenza tra obiettivi e valori, individuando con lei i suoi valori esistenziali, in modo tale che i suoi comportamenti possa-

no essere ispirati da tali valori, ho pensato di utilizzare una metafora dell'ACT: la metafora della "bussola" (Harris, 2008). Su questo obiettivo non abbiamo ancora lavorato.

Descrizione della terapia

La terapia è in corso da cinque mesi, con sedute inizialmente a frequenza bi-settimanale e poi settimanale. Elena ha mostrato fin da subito una buona *compliance*, svolgendo sempre gli *homeworks* e arrivando alle sedute puntuali. La relazione terapeutica è stata inizialmente poco autentica proprio per la tendenza della paziente a voler dare un'immagine di perfezione anche in terapia. A poco a poco Elena sta prendendo consapevolezza di tale scopo e della sua funzione e la relazione terapeutica sta notevolmente migliorando.

La terapeuta, a sua volta, ha provato a sganciarsi da una tendenza autorassicurante e "miope", quella di aderire pedissequamente a un protocollo da lei conosciuto e applicato altre volte. La miopia era insita proprio nel fatto che, concentrandosi sulla tecnicità dell'intervento ed entrando in una mentalità che si potrebbe definire come quella del "ce l'ho, mi manca", stava perdendo d'occhio Elena, la persona e il suo specifico vissuto. Pur mantenendo e rispettando le principali procedure e strategie, si è "ricordata" del ragionamento clinico, della curiosità e del piacere insito nella scoperta del funzionamento di ogni singolo paziente. Identificando gli scopi disfunzionali e gli anti-goal che hanno organizzato l'esistenza della paziente, la sua sintomatologia ha acquistato senso e significato nel contesto della specifica vicenda esistenziale, dei suoi valori e piani di vita.

Valutazione di esito parziale

Al momento della scrittura dell'articolo la terapia è in atto; la paziente è riuscita a raggiungere il normopeso (52,5 kg, BMI 18,6) e, se si escludono momentanee scivolate (salto del pasto in momenti di particolare ansia), ha ridotto in modo significativo i fattori di mantenimento specifici del disturbo alimentare. L'importanza attribuita al peso e alle forme del corpo è diminuita anche se permane ancora il desiderio di non perdere il controllo alimentare in sé e un perfezionismo generalizzato.

	PRIMA	DOPO 5 MESI
Peso (kg)	47	52,5
IMC (kg/m ²)	16,6	18,6
EDE-Q		
Restrizione	4	1,5
Preoccupazione per l'alimentazione	3,6	1,75
Preoccupazione per il peso	1,65	1,5
Preoccupazione per la forma del corpo	2,8	2
Indice globale	3	1,68
CIA	30	14

Nota: EDE-Q = *Eating Disorder Examination Questionnaire*, CIA = *Clinical Impairment Assessment*.

Tabella 4. Stato clinico inerente il disturbo alimentare di Elena prima e a 5 mesi dall'inizio della terapia.

Conclusioni

Attraverso il caso di Elena è stato possibile dimostrare come sia necessario integrare lo specifico trattamento CBT *enhanced* (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003), realizzato secondo procedure e tecniche cognitivo-comportamentali basate sulla teoria transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione, con una formulazione del caso che tenga conto degli scopi e delle credenze della paziente. Ad esempio, l'importanza soggettiva che riveste, per Elena, il "non essere grassa", rispetto al tema del valore personale, ha permesso alla psicoterapeuta di impostare un trattamento mirato e ottenere risultati più stabili e profondi, perché collegati ai significati, ai valori e ai progetti personali che Elena aveva definito nel tempo.

Bibliografia

- Barcaccia B (2008). *Introduzione al Colloquio Clinico*. In Perdighe C e Mancini F (2008) *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*. Roma: Fioriti Editore, pp. 23-31.
- Castelfranchi C & Miceli M (2002). *Architettura della mente: scopi, conoscenze e loro dinamica*. In Castelfranchi C Mancini F & Miceli M (eds). *Fondamenti di Cognitivismo Clinico* (pp. 45-62). Torino: Bollati Boringhieri.

- Fairburn CG (2008a). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press (trad. It. (2010). *La terapia cognitiva comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Firenze: Eclipsi).
- Fairburn CG, & Beglin, SJ (1994). Assessment of eating disorder psychopathology: interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn CG, Cooper, Z, & Shafran, R (2008). Enhanced Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders (“CBT-E”): A overview. In CG Fairburn (eds), *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders* (pp 23-24). New York: Guilford Press (trad. It. La terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) per i disturbi dell'alimentazione: un quadro d'insieme), pp 35-49. In CG Fairburn (eds) (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Firenze: Eclipsi.
- Harris R (2008). *The happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living*. Shambhala Publication (trad. It. (2008) *La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Trento: Erikson).
- Hathaway SR, McKinley JC (1995). *MMPI-2 Multiphasic Personality Inventory-2*, Firenze: Giunti O.S.
- Mancini F (2016). Sulla necessità degli scopi come determinanti prossimi della sofferenza psicopatologica. *Cognitivismo Clinico* 13, 1, 7-20.
- Romano G Mancini F (2014, febbraio). *Bambini che mangiano poco, bambini che mangiano troppo: il trattamento CBT per i disturbi alimentari in età evolutiva*. Relazione presentata al convegno *Cibo, corpo e psiche. I disturbi dell'alimentazione*, Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del CNR, Roma.