

psicoterapeuti in-formazione

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

Numero 4, Dicembre 2009

ISSN 2035-2328

CONTENUTI

Autori vari	<i>Il Critical Appraisal Skills Programme (CASP)</i>	pag. 3-12
Mara Romiti	<i>Temi di vita e psicopatologia</i>	pag. 13-48
Nunzia Brusca	<i>L'anoressia nervosa: dalla diagnosi al trattamento</i>	pag. 49-73
Elisa De Matteis e Marzia Toscano	<i>La filosofia ANA</i>	pag. 74-93

CASI CLINICI

Oriana Di Pascali	<i>Il signor P: un medico non può ammalarsi</i>	pag. 94-102
Marta Lepore	<i>Un caso di Disturbo Borderline di Personalità</i>	pag. 103-110
Mara Romiti	<i>Disturbo Distimico</i>	pag. 111-122

Responsabile: Claudia Perdighe

COMITATO DI REDAZIONE

GRUPPO ETA' EVOLUTIVA E SCUOLA:

Carla Boselli, Alessandra Cioffi, 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 Cellitti, Brigida De Camillis, Alessandra Cioffi, 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

Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

Il Critical Appraisal Skills Programme (CASP): pratica della medicina evidence-based.

Chiara Baglioni, Gemma Battagliese, Elisabetta Berenci, Valentina Cardi, Silvia Carlucci, Mariagrazia Iaciancio, Olga Ines Luppino, Alessandra Mancini, Sabina Marianelli, Danilo Russo, Luigi Smimmo e Carlo Buonanno¹

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC), Roma

Riassunto

L'articolo presentato ha lo scopo di descrivere il Critical Appraisal Skills Programme (CASP), uno strumento valutativo che consente di stabilire in modo critico l'utilità e la validità degli studi pubblicati rispetto ad un argomento di particolare interesse scientifico, una procedura nata con l'obiettivo di colmare il gap esistente tra ricercatori e clinici.

Il programma nasce nel 1998 presso il Centre of Evidence Based Medicine di Oxford grazie alla collaborazione di professionisti di varia natura ed ha come finalità la valutazione critica della letteratura scientifica. L'analisi di validità, rilevanza clinica ed applicabilità degli studi analizzati sono gli obiettivi che è possibile raggiungere grazie ai sei questionari, costruiti in base alle differenti tipologie di studio esaminate: randomized controlled trials (RCT), review, studi qualitativi, studi case control, studi di coorte e studi sui test diagnostici. Nell'ambito degli studi di natura clinica, l'obiettivo di tale diffusione è quello di promuovere l'utilizzo di uno strumento scientifico che sia di supporto al processo di decisione relativo alla scelta dei trattamenti da somministrare. L'obiettivo di questo lavoro è quello di descrivere e discutere le principali caratteristiche di questo strumento, le potenzialità ed i limiti, oltre che le possibilità di diffusione nel contesto italiano.

Summary

The present article has the aim to describe the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) a method to critically assess the literature on a specific topic from the scientific literature.

It was born in 1998 at Center of Evidence Based Medicine (Oxford) from an international collaboration between clinicians and it received a great diffusion. CASP allows a scientific support to the decision making process and it seems an easy and flexible instrument to use. This work will describe the main features, pros and cons and the potential Italian diffusion of CASP.

Introduzione

Questo articolo nasce nell'ambito di un project proposto agli studenti del primo anno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva di Roma (SPC). Gli obiettivi di questo lavoro sono stati quelli di approfondire, applicare e valutare il Critical Appraisal Skills Programme (CASP), un programma che promuove lo sviluppo di abilità di valutazione critica della letteratura relativa all'efficacia degli interventi clinici.

Il background teorico di riferimento è quello della medicina basata su prove di efficacia (evidence based medicine), definita come: “l'uso coscienzioso, esplicito e giudizioso delle prove empiriche disponibili, nel processo decisionale che riguarda la cura di ciascun paziente” (Sackett et al., 1996).

La medicina basata su prove di efficacia si articola in quattro fasi:

- 1) porsi domande specifiche che riguardino il paziente o il problema presentato, l'intervento preso in considerazione, un eventuale intervento alternativo e gli obiettivi che ci si propone di raggiungere;
- 2) rintracciare prove empiriche dell'efficacia di un particolare intervento, facendo riferimento alla letteratura scientifica esistente;
- 3) valutare criticamente gli studi presenti in letteratura in base alla loro validità, rilevanza clinica ed applicabilità;
- 4) prendere una decisione relativa all'intervento da utilizzare, tenendo conto del fatto che l'integrazione delle prove di efficacia con l'esperienza clinica costituisce il presupposto fondamentale della medicina basata su prove di efficacia.

Il CASP rappresenta, in quest'ambito, un valido strumento di sostegno al superamento della terza fase.

Cos'è il Critical Appraisal ?

Il Critical Appraisal è strumento utilizzato per l'analisi sistematica degli studi pubblicati, al fine di valutarne validità e rilevanza. Attraverso lo studio critico dell'assetto metodologico, esso consente di stabilire la spendibilità nella pratica clinica degli interventi presi in esame. In altre parole, il CASP interviene a sostegno del clinico nella fase di valutazione critica della letteratura e gli fornisce un utile strumento per valutare la solidità delle prove d'efficacia cui è stato sottoposto un trattamento. Lo scopo generale è colmare il gap esistente tra ricerca e pratica clinica. Attraverso una serie di domande di ordine metodologico sulla raccolta dei dati, sui metodi di analisi e su come vengono presentati i risultati, il CASP facilita la comprensione delle conclusioni di un articolo ed aiuta a determinare in che modo esse possano influenzare il processo decisionale nella pratica clinica: durante le consultazioni con il paziente, il clinico tiene conto delle migliori evidenze disponibili nella ricerca clinica per decidere quale sia il modo migliore per impostare il trattamento.

“Per determinare quali siano le migliori evidenze esistenti in letteratura, occorrono le abilità di valutazione critica necessarie per la comprensione dei risultati della ricerca e per valutarne la validità e quindi se è utile nel processo decisionale” (Hill, Spittlehouse, 2001).

CASP: nascita e diffusione.

Nel 1998 nasce ad Oxford il CASP International Network (CASPi), una rete di collaborazione tra coloro che svolgono la professione clinica. Il CASPi si propone di promuovere la collaborazione internazionale, avvalendosi del lavoro di organizzazioni indipendenti locali che organizzino seminari volti

a sviluppare abilità di ricerca e di valutazione critica, favorendo lo sviluppo e la diffusione di nuovi materiali e metodi di apprendimento. I programmi di training si basano su workshop della durata di almeno tre ore, in cui ci si avvale di lezioni frontali introduttive e di piccoli gruppi di lavoro in cui si realizzano esperienze pratiche guidate supervisionate. Nello specifico, nelle fasi iniziali, il conduttore introduce un set di domande strutturate per la valutazione critica ed organizza successivamente piccoli gruppi, ciascuno con il compito di esaminare un articolo. Alla fine, il conduttore discute l'esito del lavoro dei gruppi e fornisce feedback relativi alla valutazione, con l'obiettivo di rinforzare e condividere l'apprendimento. I training per acquisire le abilità di valutazione critica si sono diffusi in molti paesi. Prima è stata la Spagna nel 1997, seguita da Norvegia, Argentina, Romania ed Ungheria. Programmi simili sono stati sviluppati, a partire dal 2000, in Francia, Canada, Messico, Colombia e Brasile.

La valutazione critica: strumenti guida

Non tutti i contributi scientifici presenti in letteratura risultano essere automaticamente di buona qualità ed è sulla base di questa consapevolezza che la consultazione e l'analisi del materiale scientifico dovrebbe basarsi su un processo sistematico di valutazione critica che permetta a chiunque, ed al clinico in particolare, di decidere se una ricerca è apprezzabile sul piano della validità, rilevanza clinica ed applicabilità.

Il CASP è costituito da sei strumenti di valutazione che si differenziano sulla base delle più comuni metodologie di ricerca utilizzate nella letteratura clinica^[1]:

- Randomized controlled trials (RCT)
- Reviews
- Qualitative Studies
- Case Control Studies
- Cohort Studies
- Diagnostic Tests

Questi strumenti si articolano in differenti domande, pur condividendo la medesima struttura di base. Quest'ultima è composta da tre sezioni:

Sezione A: validità dello studio (identificazione del problema di ricerca, pianificazione del disegno sperimentale, fase delle osservazioni);

Sezione B: adeguatezza dei risultati (analisi dei dati);

Sezione C: rilevanza clinica ed applicabilità/generalizzabilità dello studio (interpretazione dati, comunicazione risultati).

¹ Nei paragrafi successivi sarà fornita una descrizione più dettagliata delle diverse categorie di studio e dei relativi questionari ad esse applicabili.

Ogni questionario è costituito da dieci o dodici domande. In ogni caso, per procedere all'analisi dell'intero articolo, è necessario che le prime due domande di screening ricevano una risposta affermativa. Le domande di screening forniscono indicazioni su alcuni punti chiave:

- centralità, chiarezza della domanda di ricerca posta e sua utilità (“La domanda su cui si basa lo studio è chiara e specifica?” oppure “Gli scopi della ricerca sono enunciati con chiarezza?”);
- adeguatezza del metodo di ricerca impiegato nello studio (“Il metodo di ricerca utilizzato per lo studio è corretto?”; “Il metodo utilizzato è il più adatto?”).

Idealmente queste risposte dovrebbero essere fornite con la sola lettura dell'abstract o della prima pagina dell'articolo.

I Questionari

Nei paragrafi successivi, proveremo a fornire una descrizione dei differenti questionari.

Il questionario di valutazione delle rassegne sistematiche

Le rassegne condotte per valutare l'efficacia di specifici trattamenti psicologici hanno come obiettivi riassumere e discutere una serie di articoli scientifici che hanno come oggetto una determinata strategia di cura. Una rassegna sistematica cerca di seguire lo stesso livello di rigorosità scientifica che si applica alla costruzione di un esperimento scientifico. Secondo Davies e Crombie (1998), le rassegne sistematiche prendono in considerazione un'ampia quantità di articoli scientifici su un determinato argomento, sintetizzano i risultati di ciascuno studio imparzialmente e forniscono un riassunto generale delle conclusioni, includendo considerazioni ed implicazioni. Il questionario relativo alla valutazione delle rassegne sistematiche è stato sviluppato sulla base delle linee guida pubblicate da Oxman et al. (1994) ed è articolato in dieci domande, due di screening ed otto di valutazione. Le domande di screening servono a valutare se la rassegna risponde ad una domanda appropriata e specifica rispetto ad uno o più aspetti di un trattamento e se considera gli studi adeguati per raggiungere tale fine. Questa seconda domanda viene approfondita con linee guida più dettagliate nella domanda tre, con la quale si identificano i databases utilizzati per la ricerca bibliografica e si stabilisce se gli autori abbiano incluso articoli non pubblicati (abstract di presentazioni a convegni o articoli acquisiti tramite contatto con gli esperti sull'argomento), oltre che articoli non in lingua inglese. La quarta domanda è finalizzata a stabilire se la selezione degli articoli è stata condotta da più giudici indipendentemente o se è stato seguito un valido sistema di scoring. Le domande dalla cinque alla sette si riferiscono al metodo con cui i risultati sono presentati nella rassegna. Due sono i metodi che possono essere seguiti: il metodo qualitativo, con il quale gli articoli vengono raggruppati sulla base dell'argomento, oppure il metodo quantitativo, anche detto meta-analisi, una tecnica statistica che serve a valutare i risultati di più ricerche indipendenti.

Infine, le domande dalla otto alla dieci si riferiscono all'organizzazione e alla valutazione della discussione dei risultati e dunque quanto i risultati degli studi considerati siano generalizzabili all'intera popolazione e quanto siano rilevanti per definire l'efficacia di un trattamento.

Alcuni punti ritenuti importanti dal questionario sulle rassegne sistematiche vengono applicati raramente nella pratica, ma non sempre per mancanza di rigorosità scientifica. Per esempio, l'inclusione di articoli non pubblicati viene consigliata dal questionario CASP al fine di bilanciare i risultati positivi con quelli negativi, dato che i risultati positivi vengono pubblicati con più facilità. Tuttavia, va sottolineato che questo punto non considera che gli articoli pubblicati hanno ricevuto un processo di revisione che potrebbe renderli non paragonabili e di qualità superiore agli articoli non pubblicati. Allo stesso modo, dato che le riviste ad impact factor più alto e note a livello internazionale sono attualmente per la maggior parte in lingua inglese, gli studi pubblicati su riviste nazionali potrebbero essere di minore qualità.

Il questionario di valutazione degli studi caso-controllo

Il caso-controllo (case-control) è un tipo di disegno sperimentale epidemiologico usato per identificare i fattori di rischio che possono contribuire ad una specifica patologia mediante la comparazione tra soggetti che presentano tale patologia ("casi") e soggetti che non la presentano, ma che sono simili ai casi per altre caratteristiche ("controlli"). Il questionario relativo alla valutazione degli studi caso-controllo si compone di 11 domande, suddivise in tre sezioni. La sezione A (validità), composta dalle due domande di screening e da quattro domande dettagliate. Le domande dalla tre alla sei valutano:

- l'adeguatezza dei metodi adottati per il campionamento dei casi e dei controlli, considerando se le differenze tra i gruppi sulle variabili non di interesse siano state minimizzate
- la valutazione dell'esposizione ai fattori di rischio o protettivi per entrambi i gruppi
- la valutazione delle strategie utilizzate per minimizzare eventuali fattori confondenti (genetici, ambientali, socioeconomici).

La sezione B (rilevanza clinica) è composta da tre domande che consentono di valutare la forza dell'associazione tra l'esposizione ai fattori di rischio e la presenza della patologia, e la credibilità dei risultati. In particolare, rispetto a quest'ultimo punto il questionario suggerisce di considerare i criteri di Bradford Hills (relazione temporale, forza, plausibilità biologica, ecc.). La sezione C (generalizzabilità) è composta da due domande che tengono conto della generalizzabilità dei risultati e della loro coerenza con quelli provenienti da altri tipi di studi (RCT, reviews sistematiche, studi di coorte).

Il questionario di valutazione degli studi di coorte

Uno studio di coorte è uno studio osservazionale che segue nel tempo l'evoluzione di un gruppo di soggetti identificati chiaramente in base a determinate caratteristiche.

La selezione dei gruppi di confronto è effettuata in funzione dell'esposizione (esposti/non esposti) dei soggetti della coorte a interventi o fattori specifici. Uno studio di coorte può essere prospettico se definisce

il gruppo di partecipanti e lo segue nel tempo o retrospettivo se identifica i fattori di rischio attraverso la ricostruzione anamnestica dei soggetti presi in esame. Il questionario relativo agli studi di coorte si compone di dodici domande. La sezione A comprende cinque domande, oltre alle due di screening. Le prime sono più dettagliate e valutano la validità dello studio indagando in che modo sia stata reclutata la coorte, oltre che l'eventuale intervento di bias di selezione che potrebbero compromettere la generalizzabilità dei risultati. Nella quarta e quinta domanda si valuta se le misure utilizzate siano oggettive o soggettive, se l'esposizione e l'outcome siano stati accuratamente misurati in modo tale da minimizzare gli errori, se il metodo di misura sia simile nei due gruppi e infine se i soggetti e/o lo sperimentatore siano blinded rispetto all'esposizione. La sesta domanda valuta se gli autori hanno identificato importanti fattori concorrenti e se hanno tenuto conto di questi fattori nel disegno e/o nelle analisi. La settima riguarda informazioni rispetto alla completezza e alla durata del follow-up.

Le domande della sezione B si riferiscono alla validità dei risultati dello studio rispetto alla stima del rischio e alla credibilità dei risultati (criteri di Bradford Hills). La sezione C, infine, riguarda la generalizzabilità dei risultati.

Gli studi osservazionali raramente forniscono evidenze sufficientemente forti che possano incidere sulla pratica clinica o sulle decisioni di politiche della salute. Per questo motivo è sempre preferibile che i risultati di uno studio osservazionale siano supportati da altre evidenze empiriche in modo tale da essere maggiormente utilizzabili e generalizzabili.

Il questionario di valutazione degli studi di natura qualitativa

Il questionario finalizzato all'analisi critica degli studi di natura qualitativa ha l'obiettivo di valutare il rigore, la credibilità e la rilevanza dei risultati presentati. Si tratta di considerare, rispettivamente, l'appropriatezza e la puntualità scientifica della metodologia di ricerca, la chiarezza delle conclusioni e la significatività dello studio rispetto agli scopi iniziali dell'indagine bibliografica.

Il questionario si articola in dieci domande. Le prime due (screening) sono rivolte alla valutazione della chiarezza nell'enunciazione degli scopi della ricerca (domanda 1) e della appropriatezza della metodologia qualitativa (domanda 2).

Le otto domande specifiche sono finalizzate a discutere ed indagare le ragioni che hanno sostenuto le scelte del ricercatore. Esse prevedono un'iniziale riflessione sulle scelte del ricercatore relative all'appropriatezza del disegno (domanda 3 "appropriatezza disegno di ricerca"), alle scelte metodologiche compiute rispetto alla selezione del campione (domanda 4 "campionamento": come e perché sono stati selezionati i partecipanti/criteri di inclusione ed esclusione), alle modalità di raccolta dati (domanda 5 "raccolta dati": setting, descrizione analitica delle procedure impiegate ed eventuali modificazioni apportate durante il corso dello studio, formato dati scelto) e all'analisi dati (domanda 8 "analisi dati": descrizione del processo di analisi e considerazione critica di eventuali biases da parte dello

sperimentatore, discussione dei dati contraddittori). Segue l'analisi critica della discussione del rapporto tra ricercatore e partecipanti, con particolare riferimento ad eventuali bias dello sperimentatore durante la formulazione delle ipotesi e la raccolta dati (domanda 6 "riflessività"), oltre che ai problemi etici implicati nella ricerca (domanda 7 "problemi etici": domande approvazione comitato etico, consenso informato, confidenzialità, restituzione risultati). Le ultime 2 domande sono finalizzate alla valutazione della descrizione dei risultati (domanda 9 "risultati": chiarezza espositiva, discussione dei dati a favore e contro le ipotesi formulate, credibilità) e alla discussione dei potenziali contributi forniti dalle conclusioni allo stato delle conoscenze disponibili sulla tematica affrontata (domanda 10 "valore della ricerca").

Test diagnostici

I tests diagnostici sono strumenti di orientamento utilizzati nel processo di assessment e che hanno come scopo la valutazione obiettiva di un soggetto che ne permetta di prevedere il comportamento in situazione analoghe.

Il questionario volto all'analisi critica degli articoli scientifici che discutono l'efficacia diagnostica degli strumenti di valutazione clinica è costituito da dodici domande. Gli ambiti indagati investono la tipologia dei risultati ottenuti, il rigore metodologico con conseguente validità dei dati e l'utilità clinica dello strumento presentato. Le domande di screening valutano la chiarezza di esposizione degli obiettivi della ricerca (in termini di popolazione presa in esame, tests, setting, conclusioni) e l'appropriatezza degli strumenti diagnostici utilizzati come termine di paragone (best reference standard). Le successive Detailed Questions analizzano gli aspetti più strettamente metodologici come l'indipendenza di risultati tra test in esame e strumenti di valutazione standard (review bias e blinding), l'accuratezza nella descrizione del disturbo preso in esame (symptoms, disease stage o severity, co-morbidity, spectrum bias), la descrizione del protocollo di applicazione del test. E' possibile continuare la valutazione, con la sezione B "what are the result?", solo se la maggior parte delle risposte date nelle sezioni precedenti sono positive; manca tuttavia un cut off di punteggi; nelle domande successive si valutano i risultati, la loro sensibilità al costrutto, la capacità rappresentativa ed il livello di affidabilità (analisi livelli di confidenza). L'analisi critica dell'articolo prosegue con la valutazione dell'utilità clinica dello strumento in base alla specifica popolazione di pazienti trattati. Si indaga la generalizzabilità dei dati (analisi di caratteristiche quali sesso, età, differenze etniche e disturbo della popolazione presa in esame), l'utilità del test con i propri pazienti (analisi dei costi e benefici, livello di preparazione richiesto per interpretare i risultati), l'utilità delle conclusioni in termini di miglioramento della capacità di gestione dei pazienti e della loro qualità di vita.

Randomized Controlled Trials

Il disegno sperimentale Randomized Controlled è il piano di ricerca più appropriato per la verifica dei trattamenti. Il procedimento prevede che i soggetti scelti da una popolazione con procedimento di campionamento casuale vengano assegnati in modo randomizzato al gruppo sperimentale o al gruppo di

controllo; si mantengono costanti tutte le condizioni per ambedue i gruppi ad eccezione di quella del trattamento e si verifica, successivamente, la significatività della differenza tra i due gruppi.

Il questionario utilizzato per la valutazione critica degli articoli scientifici che utilizzano questa metodologia è composto da dieci domande suddivise in tre sezioni che indagano rispettivamente la validità dello studio (Section A), la validità dei risultati (Section B) e l'utilità per il clinico (Section C).

Nella prima sezione, dunque, si analizza la solidità metodologica dell'articolo; nello specifico, le prime due domande di screening indagano quanto l'ipotesi di ricerca sia specificata in termini di popolazione indagata, trattamento erogato, considerazioni finali e se il piano di ricerca è il più indicato rispetto alle finalità dello studio. Solo se le risposte alle prime due domande non sono negative è possibile proseguire nell'analisi dell'articolo.

Le successive Detailed Questions indagano l'appropriatezza dell'assegnazione dei pazienti ai gruppi (3), l'utilizzo della metodologia del "doppio-cieco"(4), l'analisi del follow-up (5) la coerenza della raccolta dati nel tempo (6) e la numerosità del campione (7). Le successive due domande (8-9) indagano l'accuratezza nella presentazione dei dati e nella loro discussione. Infine, l'ultima domanda analizza l'utilità clinica dei risultati.

CASP: potenzialità e limiti

Dall'esperienza pratica di gruppo condotta sull'applicazione di CASP ad un prescelto ambito di letteratura clinica, è possibile trarre alcune iniziali considerazioni.

La praticità, la maneggevolezza e la rapidità con cui consentono di selezionare il materiale scientifico rendono i questionari sufficientemente fruibili da parte di chi non possiede una conoscenza specifica della metodologia della ricerca.

CASP potrebbe fornire criteri comuni in base ai quali selezionare il materiale scientifico, indirizzando in modo strutturato e condiviso il processo di decision making.

Nonostante la praticità e la puntualità descrittiva dei questionari, la loro selezione implica competenze metodologiche di base e non rappresenta una soluzione esaustiva alla molteplicità dei possibili disegni di ricerca.

L'adozione rigida del protocollo CASP, inoltre, potrebbe comportare l'esclusione di gran parte della letteratura a disposizione, esponendo al rischio di sottovalutare interessanti spunti teorici. L'ideazione di un cut-off totale, non confinato esclusivamente allo screening, potrebbe rappresentare una modalità meno rigida di selezione, almeno in termini quantitativi.

Il lieve ma evidente sbilanciamento a favore di teoria e linguaggio utilizzati nella pratica della ricerca potrebbe comportare, inoltre, il restringimento del target di clinici ai quali lo strumento si rivolge. Per questa ragione una semplificazione linguistica, potrebbe risultare funzionale ad una maggiore spendibilità e ad una più ampia diffusione del CASP.

<p>2. Was this a randomized controlled trial (RCT) and was it appropriately so? -why this study was carried out as an RCT: - if this was the right research approach for the question being asked :</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/> No "These considerations highlight the need for designs that assign schools to intervention conditions..." Introduction "It involved a large-scale, multisite effort with school-level assignment to compare the individual and combined effects of universal and selective interventions on violence and victimization among middle school-aged youths (...)" Introduction</p>
<p>Detailed Questions</p>	
<p>3. Were participants appropriately allocated to intervention and control groups? (tip: consider if this was done appropriately)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/> No "The study employed a cluster-randomized design. Schools were first recruited within each site. An equal number of schools within each site were then randomly assigned to four conditions (...)" Method-Design and Settings</p>
<p>4. Were participants, staff and study personnel 'blind' to participants' study group? (tip: was every effort made to ensure "blinding"?)</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/> No "During a meeting held at each site, a representative from each school chose from a set of index cards placed face-down on a table. The school was then assigned to whatever condition was listed on the card (...)" Comment: Partial explanation.</p>

Tabella 1. Un esempio di applicazione di una parte del questionario Randomized Controlled Trials applicato ad un articolo sull'efficacia dei programmi di prevenzione della violenza in studenti di scuola media

Bibliografia

- Bradley, PMA, Hill, A. (2001). Critical appraisal skills programme international network: making sense of the evidence. *European Journal of Public Health* 11:238
- Hill, A., Spittlehouse, C. (2001). What is critical appraisal? What is... series, 3(2). pp. 1-8.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB & Richardson WS. *BMJ* 1996;312:71-72
- AD, Cook DJ, Guyatt GH. *JAMA*. (1994). Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence-Based Medicine Working Group. *Oxman* Nov 2;272(17):1367-71.
- Davies, HT, Crombie IK. *Hosp Med*. (1998). Getting to grips with systematic reviews and meta-analyses. Dec;59(12):955-8.
- www.evidence-based-medicine.co.uk
- www-phru-nhs-uk
- www.redcaspe.org CASP Espana
- <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1914>

Olga Ines Luppino

Specializzanda II anno SPC, Viale Castro Pretorio 116, 00185 Roma

e-mail: ines_82@hotmail.com

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail
personale, se fornita, o a quella della rivista:*

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Temi di vita e psicopatologia

Mara Romiti

Riassunto

Nella pratica clinica la riflessione sui fattori di vulnerabilità guida il clinico nella comprensione del problema attuale presentato dal paziente ed a prevenire i cambiamenti auspicabili per evitare delle ricadute. Scopo di questo lavoro è analizzare alcuni dei più autorevoli contributi teorici presenti in letteratura relativi alla vulnerabilità psicologica, intesa nei termini di Tema di Vita. Vengono presi in esame i modelli cognitivi, il modello SASB di L. Benjamin, l'Analisi Transazionale di E. Berne e la Schema Theory di J. Young. I modelli cognitivi studiano la vulnerabilità a partire dall'analisi degli stili cognitivi associati ai problemi psicologici, ponendo particolare attenzione al concetto di schema. Il modello di Lorna Benjamin enfatizza invece la genesi relazionale degli atteggiamenti disfunzionali. L'Analisi Transazionale, attraverso il concetto di copione, sottolinea l'importanza delle relazioni parentali nella genesi della trama esistenziale dell'individuo. Il modello di Jeffrey Young sottolinea il legame tra precoci esperienze disadattive e lo sviluppo di specifici schemi cognitivi che, se ipervalenti, non flessibili e associati a *pattern* di *coping* disfunzionale possono spiegarci la patologia.

Summary

In clinical practice, reflection on the vulnerability factors guide the clinician to understand the motivations behind the current problem presented by the patient and estimate the desirable changes to prevent relapse. The aim of this work is to analyze some of the most influential contributions in the literature regarding the psychological vulnerability, understood in terms of the Life Theme. Discusses cognitive models, the SASB model of L. Benjamin, Berne's Transactional Analysis and the Schema Theory of J. Young. The cognitive models study the vulnerabilities by analyzing cognitive styles associated with psychological problems, paying particular attention to the concept of schema. Instead Lorna Benjamin's model emphasizes the relational genesis of dysfunctional attitudes. Transactional analysis, through the concept of script, emphasizes the importance of parental relationship in the genesis of the plot existential individual. Jeffrey Young's model emphasizes the link between early experiences and the development of specific maladaptive cognitive schemas that if ipervalent, inflexible and associated with dysfunctional patterns of coping can help explain the disease.

Vulnerabilità, schemi e core belief: aspetti teorici

I modelli clinici di stampo cognitivista assumono che i fenomeni cognitivi mediano la relazione tra gli eventi di cui facciamo esperienza e i nostri comportamenti o le nostre reazioni emotive.

La psicopatologia segue le stesse leggi della normalità, tanto che Beck nel 1991 sottolineava che le emozioni disfunzionali che osserviamo in diversi disturbi psichiatrici sono nient'altro che alterazioni di normali processi adattivi.

Allo stesso tempo possiamo notare che molte persone presentano pattern relativamente stabili di attivazione emotiva, ossia tendono ad essere sensibili ad alcune tipologie di eventi e ad interpretarli in modo relativamente stabile ed idiosincratico.

I modelli cognitivi della vulnerabilità distinguono tra fenomeni distali e prossimali (Abramson et al. 1989). I fenomeni distali sono quelli che il soggetto presenta prima dello sviluppo del problema e sono predisposizioni cognitive a rispondere in maniera disadattiva ad alcuni eventi stressanti. I fenomeni prossimali sono i processi cognitivi che si manifestano nel momento dello scompensamento, ovvero quando il disagio assume la forma di un problema psicologico.

Il paradigma stress-vulnerabilità asserisce che i disturbi psicologici sono causati dalla combinazione di fattori predisponenti (congeniti o appresi) e di fattori precipitanti (ambientali). Alloy et al. (1999) sottolineano che i fattori precipitanti (eventi stressanti, traumi infantili, disaccordo coniugale) possono innescare lo sviluppo di problemi psicologici o di disturbi emotivi, ma il grado e la tipologia di risposta ad essi può differire molto tra una persona e l'altra. Alcuni eventi ambientali possono essere particolarmente pregnanti e determinare lo sviluppo di problemi psicologici in soggetti che hanno una preesistente vulnerabilità cognitiva al disturbo. Altri soggetti possono non sviluppare alcun disturbo o, in caso contrario, possono manifestare disturbi molto differenti tra loro, tanto che la loro natura differisce a causa delle differenze individuali e non è determinata dalla tipologia dell'evento stressante.

Le ricerche riferiscono che la presenza di eventi stressanti incide molto nella genesi della depressione (Paykel, 1982), dei disturbi bipolari (Roy-Byrne et al. 1986), della schizofrenia (Zuckerman 1999). Il modello stress-vulnerabilità, sottolineato Riskind e Alloy (2006) ci dà informazioni su CHI è vulnerabile a sviluppare un disturbo (ad es. individui che presentano un determinato stile cognitivo), su QUANDO è più probabile l'esordio (ad es. dopo un evento stressante) e su QUALE disturbo è più probabile che si manifesti (ad es. depressione, disturbi alimentari). Il termine vulnerabilità viene utilizzato nel paradigma cognitivo (Just, Abramson e Alloy 2001) più frequentemente del termine diathesis in quanto la sua definizione contiene un'idea di predisposizioni apprese e modificabili più che l'idea di tratti genetici immutabili.

I modelli cognitivi della vulnerabilità differiscono tra loro per quanto riguarda gli specifici contenuti. Riskind e Alloy (2006) individuano alcuni punti in comune tra i vari modelli :

- la vulnerabilità cognitiva si sviluppa a partire da precoci esperienze di vita (ad es. relazione di attaccamento o modeling): queste esperienze determinerebbero modificazioni nelle modalità di risposta del soggetto che, combinate con eventi stressanti futuri, possono dar luogo a disturbi psicologici;
- la vulnerabilità cognitiva assume la forma di uno schema (Clark, Beck e Alford 1999) che altera i processi cognitivi (divenendo responsabile dell'uso di bias interpretativi e dell'alterazione dei

normali processi cognitivi) e il contenuto dei pensieri (pensieri automatici);

- la vulnerabilità cognitiva è associata all'uso di bias, specifici per ogni disturbo, nel processamento delle informazioni. Ad esempio, nella depressione vi sono bias specifici che tendono a far sovrastimare nel soggetto le informazioni relative alle perdite passate, all'inaiutabilità, all'ineluttabilità del proprio destino avverso.

Beck (1967, 1976) sostiene che la vulnerabilità ad avere difficoltà nel futuro sia causata da strutture maladattive di conoscenza, che definisce schemi, composte da pensieri nucleari, attitudini e concezioni che si sviluppano a partire da esperienze precoci. Gli schemi influenzano il significato idiosincratico che le persone attribuiscono agli eventi e sono perciò responsabili dell'impatto emotivo che le persone manifestano di fronte agli eventi stressanti.

L'attivazione dello schema determina profonde alterazioni nella natura delle cognizioni delle persone. Ad esempio, le persone che tendono a giudicarsi come fallite possono essere vulnerabili a sviluppare disturbi dell'umore; si può comunque notare che questi soggetti presentano pensieri riguardo a se stessi, agli altri e al futuro e tendono a ricordare e selezionare informazioni in modo molto differente durante gli stati depressivi e durante gli stati emotivi in cui non è presente la depressione.

Il concetto di schema

Molti autori hanno sottolineato il ruolo degli schemi nel determinare la psicopatologia; nonostante ciò in letteratura non troviamo un accordo generale sulla definizione di schema. Ad esempio, spesso è definito come un pensiero incondizionato ("sono un incompetente") o un pensiero condizionato ("se faccio un errore la gente non avrà più rispetto per me") o come regole di comportamento ("devo lavorare in modo perfetto"). Molti termini, spesso intercambiabili, sono utilizzati per descrivere il concetto di schema: schemi interpersonali (Safran 1990), persona e schemi di Sé (Horowitz 1991), schemi maladattivi precoci (Young, 1994), core belief (Beck, Freeman 1990), pensieri incondizionati, attitudini disfunzionali. Singer e Salovey (in Horowitz 2001, pp. 48-49) ci propongono una serie di definizioni di Schema presenti in letteratura, utile in quanto ci permette di comprendere quanto esso sia un oggetto dibattuto da più correnti di pensiero e ritenuto un costituente fondamentale del funzionamento della mente.

Come possiamo notare, in letteratura troviamo differenti definizioni di schema (tabella 1). I primi modelli clinici della CBT (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979) sostenevano che i pensieri automatici fossero riconducibili a strutture cognitive denominate schemi. Questi ultimi, inattivi anche per lunghi periodi, possono essere attivati da particolari eventi (come un'esperienza di perdita reale o immaginaria) e guidare la nostra esperienza e i nostri processi emotivi e cognitivi, rendendosi responsabili della presenza di pensieri automatici negativi e influenzando in maniera prevalente il nostro comportamento, le nostre relazioni con gli altri e le nostre modalità di far fronte ai problemi, fino a dar luogo a patologia psichiatrica.

Rumelhart e Ortony 1977	e	Una struttura per rappresentare contenuti generici immagazzinati in memoria; essa contiene la rete di intercorrelazioni tra i costituenti del concetto in questione
Tesser 1978		Una teoria ingenua di qualche dominio di stimoli , ci dice a che cosa fare attenzione e contiene la rete di associazioni che si ritengono valide fra gli attributi dello stimolo e quindi offre delle regole per pensare allo stimolo
Cohen e Ebbesen 1979	e	Una struttura cognitiva ipotetica che integra le unità di livello inferiore della informazione (ossia quelle più concrete o vicine alla percezione periferica) in un' unità di livello superiore coerente e significativa. Uno schema riflette la conoscenza della co-occorrenza di elementi, che l'individuo ha acquisito con l'esperienza.
Fiske Linville (1980)	e	Una struttura cognitiva di conoscenza precedente organizzata astratta dall'esperienza con casi specifici; essa guida l'elaborazione di nuove informazioni e il recupero delle informazioni immagazzinate
Cohen 1980		Una struttura cognitiva ipotetica che rappresenta le associazioni tra le unità di livello inferiore dell'informazione, portando ad un' unità funzionale di livello superiore coerente e significativa
Taylor Crocker 1981	e	Una struttura cognitiva costituita in parte dalla rappresentazione di qualche dominio definito, contiene una conoscenza generale su qualche dominio, inclusa la specificazione delle relazioni tra i suoi attributi, oltre che esempi o casi specifici del dominio. Offre delle ipotesi sugli stimoli in arrivo che includono per interpretare e raccogliere informazioni connesse allo schema; può offrire anche una base per attivare sequenze reali di comportamento o aspettative su sequenze specifiche di comportamento.
Hastie 1981		Un dispositivo teorico conveniente per rappresentare le aspettative del soggetto sulla struttura degli eventi passati e futuri nel mondo o per rappresentare configurazioni desiderabili e apprezzate di eventi. Lo schema di una tendenza centrale è un membro di una serie di stimoli collocato al centro statistico della distribuzione degli item. Uno schema modulo è un sistema di archiviazione per classificare , mantenere e coordinare i dati sensoriali in arrivo. Uno schema procedurale è una struttura astratta , generale , che stabilisce relazioni tra eventi o entità specifiche
Graesser Nakamura 1982	e	Strutture gerarchiche di conoscenza che guidano le interpretazioni, le inferenze, le aspettative e l'attenzione di chi comprende
Alba Kashner 1983	e	Il termine schema non ha una definizione fissa. Viene più spesso usato per riferirsi alla conoscenza generale che una persona possiede su un particolare ambito.
Fiske Taylor 1984	e	Una struttura cognitiva che rappresenta la conoscenza, organizzata su un dato concetto o tipo di stimolo. Uno schema contiene sia gli attributi del concetto che le relazioni tra gli attributi. Gli schemi sono teorie o concetti che guidano le persone nell'assimilazione, nel ricordo e nelle inferenze dei dati grezzi. Gli schemi-persona sono la comprensione che gli individui hanno della psicologia di persone tipiche o specifiche, costituiti di tratti e obiettivi, che li aiutano a classificare gli altri e a ricordare il comportamento riguardante lo schema. Gli s. di ruolo descrivono le norme e i comportamenti appropriati per ampie categorie sociali, basate sull'età, sulla razza, sul sesso e sull'occupazione. Gli s. di eventi sono la conoscenza precedente della sequenza tipica di eventi o occasioni sociali standard che aiutano le persone a capire le informazioni ambigue, a ricordare quelle rilevanti e a dedurre informazioni coerenti mancanti (vedi script). Gli s. procedurali sono regole per collegare il contenuto ma non in grande quantità; essi guidano l'elaborazione dell'informazione verso quella rilevante per lo schema.

Tabella 1. Definizioni di schema in letteratura

Una revisione del concetto di schema la troviamo in James (2004, 2007). Egli ritiene che gli schemi siano definibili come memorie. Gli schemi possono essere attivati in maniera consapevole (quando, ad esempio, il soggetto ricorda eventi del passato) oppure inconsapevole (nel caso, ad esempio, dello svolgimento di compiti di natura procedurale). Questo sistema di immagazzinamento e recupero delle informazioni permette alle persone di eseguire le attività abituali in modo efficiente. Ogni memoria è composta dalle varie proprietà (contenuto cognitivo, cinestetico, olfattivo etc..) associate all'esperienza. Gli schemi permetterebbero perciò alle persone di occuparsi di situazioni familiari e di routine, interpretando e producendo informazioni rapidamente e riducendo in questo modo il lavoro information processing necessario per affrontare le situazioni. Il limite di questo sistema è che tende a stabilizzare l'uso di pattern di comportamenti (attività, pensiero, sentimenti) che tendono a ripetersi, divenendo così inflessibile. Il legame del concetto di schema con le ricerche relative alla memoria ha, secondo James, due ragioni. La prima è che il modello diathesis-stress conduce logicamente alla concettualizzazione dello schema in termini di memoria, in quanto esso asserisce che le caratteristiche che sono codificate nel passato sono state immagazzinate e possono essere attivate nel futuro di fronte a appropriati stimoli. In secondo luogo, secondo James, l'esperienza di depressione consta di informazioni multifattoriali, quali cognizioni, sensazioni strategie comportamentali che, sperimentate già nel passato, possono riattivarsi durante episodi futuri nella forma di un concetto unitario: a questo l'autore dà il nome di schema .

Schemi e core belief

La CBT, sottolinea James (2004) ci permette di comprendere la psicopatologia attraverso le interconnessioni tra quattro sub-componenti: pensieri, emozioni, sensazioni e comportamenti. Per comprendere come si sviluppa e come si mantiene questa interconnessione è però necessario esaminare in quali situazioni -presenti o passate- queste componenti sono state attivate contemporaneamente. In questo modo è possibile identificare un tema sovra-ordinato che ci aiuta a spiegare la psicopatologia del soggetto nel tempo e nelle diverse situazioni; questo tema, che è la rappresentazione verbale dello schema del paziente è il *core belief* o nucleo centrale.

Non tutti i pensieri considerati fortemente pregnanti dai pazienti sono dei *core belief*: per determinare quanto un pensiero sia nucleare è necessario esaminare la quantità di affetti ad esso associati. In un lavoro del 1986, Safran, Segal, Vallis e Shaw, riprendendo le teorie di Mahoney, Guidano e Liotti, propongono una distinzione tra processi cognitivi nucleari ("*core*") e periferici, sottolineando che i processi nucleari sono correlati con la costruzione di Sé e con l'esperienza di Sé associata alla patologia riferita dai pazienti. Essi possono essere identificati attraverso una profonda esplorazione dei pensieri e delle immagini mentali associati con un'elevata attivazione emotiva e collegando il significato degli specifici eventi riferiti dai pazienti con il senso di sé. Da questo punto di vista, sottolineano gli autori,

l'identificazione di un semplice attributo di Sé può, se preso da solo, non essere sufficiente per determinare i processi cognitivi nucleari.

Un *core belief* è la rappresentazione verbale di uno schema con cui il soggetto si identifica e che determina una forte attivazione emotiva; è associato ad uno schema che si attiva facilmente e frequentemente ed esprime sia le convinzioni del soggetto relative al Sé, sia le convinzioni di natura sociale, culturale e religiosa.

Un'altra classe di pensieri che possiamo rintracciare nelle definizioni di schema sono i pensieri auto-riferiti, ossia pensieri nucleari che riguardano la percezione che il soggetto ha di se stesso in relazione alla propria esistenza (passato-presente e futuro). Una concezione esemplificativa di questo sub-set di pensieri nucleari è, secondo James, il concetto di SMP di Young (1994).

Blissett et al. (2006) utilizzano il termine di *core belief* per indicare l'insieme di temi negativi relativi a se stessi e alle relazioni con altri, che si sviluppano precocemente e determinano le modalità di processamento delle esperienze successive. Secondo questi autori i *core belief* sono incondizionati, rigidi, impliciti e resistenti al cambiamento; uno dei loro ruoli fondamentali consiste nell'organizzare il concetto di Sé, tanto che le informazioni che tendono a contraddire questi pensieri di solito vengono processate secondo modalità che mantengono attivo lo schema.

Nella pratica clinica è opportuno individuare gli schemi maggiormente presenti nei pazienti tenendo conto di 5 caratteristiche chiave che possono aiutarci a spiegarne la complessità:

- Il tempo di formazione: alcuni autori (Platts 2002, Young 1994) sostengono che gli schemi si formano durante la fanciullezza. James invece, proponendo l'analogia tra schema e memoria, sostiene che possano formarsi in ogni stadio della vita.
- Il grado di funzionalità: l'attivazione di uno schema può essere disfunzionale in alcuni contesti e funzionale in altri; è quindi necessario ricostruire il sistema di convinzioni dei pazienti ed esaminare dettagliatamente i costi e i benefici dell'attivazione degli schemi stessi e del loro cambiamento nelle loro particolari esperienze di vita.
- La condizionabilità, ossia gli aspetti cognitivi dello schema. Secondo James i *core belief* assumono sia la forma di pensieri condizionali (Se...allora) sia la forma di pensieri incondizionati (io sono...); mentre questi ultimi sono più resistenti al cambiamento, i pensieri condizionali sono più flessibili e sono quelli sui quali è più opportuno lavorare nell'ottica di un cambiamento a livello di schema.
- La pervasività nell'attivazione dello schema, ossia il periodo e le situazioni nelle quali lo schema influenza (o non influenza) il comportamento dei pazienti e le loro relazioni interpersonali.
- Il cambiamento, ossia il potenziale e il grado di cambiamento dello schema. Alcuni autori (Henry e Williams, 1997) sottolineano che i *core belief* sono talmente essenziali da rendere difficile il cambiamento. Capirne la rigidità permette al clinico di porsi obiettivi differenti di cambiamento,

concentrandosi sui meccanismi di mantenimento (evitamento, strategie compensatorie) o sulla pervasività, distinguendo le aree in cui lo schema può essere ritenuto funzionale da quelle in cui può essere ritenuto disfunzionale.

Il concetto di schema in A.T.Beck

Una precedente versione del concetto di schema la troviamo in Beck (1964); secondo Beck gli schemi vengono utilizzati per selezionare e codificare gli stimoli; secondo Platts (2002) gli schemi dirigono l'attenzione e permettono, a partire dalle informazioni immagazzinate in precedenza, di generare aspettative e interpretazioni di nuove esperienze; “ come gli stili di attaccamento”- dice Platts – “ anche gli schemi sono sviluppati durante l'infanzia come risultato di interazioni con altri significativi”.

Il contenuto degli schemi può avere a che fare con relazioni interpersonali, atteggiamenti verso se stessi e gli altri e categorie interpersonali; gli schemi presentano specifiche qualità strutturali, come l'ampiezza (possono essere stretti, intermedi o ampi), la flessibilità o rigidità e la densità (ossia la loro preminenza nell'organizzazione cognitiva), la valenza (ossia il grado di attivazione). Gli schemi tipici dei disturbi di personalità (le cui credenze sono riportate nella tabella 2) sono simili a quelli che sono attivati nei disturbi di Asse I, ma sono operativi su una base più continua nell'elaborazione delle informazioni: nel disturbo dipendente di personalità, ad esempio, lo schema “ho bisogno di aiuto “ sarà attivato ogni volta che il soggetto vive una situazione problematica, mentre nei soggetti depressi sarà preminente solo durante la depressione.

Disturbo di Personalità	Concetto di Sè	Concezione degli altri	Convinzioni specifiche principali	Strategie principali
Evitante	Vulnerabile al discredito, al rifiuto Socialmente inetto, incompetente	Critici, che umiliano Superiori	E' terribile essere rifiutati, smontati Se le persone conosceranno il vero me mi rifiuteranno Non posso sopportare sentimenti spiacevoli	Evitare situazioni di valutazione Evitare sentimenti e pensieri spiacevoli
Dipendente	Bisognoso Debole Incompetente Indifeso	(idealizzati) Che alimentano Che offrono sostegno Competenti	Ho bisogno delle persone per sopravvivere, per essere felice Ho bisogno costantemente di sostegno, di incoraggiamento	Coltivare relazioni di dipendenza
Passivo aggressivo	Autosufficiente Vulnerabile al controllo,	Intrusivi Esigenti Interferenti	Gli altri interferiscono con la mia libertà di azione. Il controllo da parte	Resistenza passiva Apparente sottomissione

	all'interferenza	Che esercitano controllo Che dominano	degli altri è intollerabile Devo fare le cose da solo	Eludere. Sfuggire alle regole
Ossessivo Compulsivo	Responsabile Meticoloso Competente	Irresponsabili Negligenti Incompetenti Autoindulgenti	So cos'è il meglio I dettagli sono molto importanti Le persone dovrebbero fare del loro meglio	Applicare le regole Perfezionismo Valutare controllare i "dovrei", criticare Punire
Paranoide	Retto Innocente, nobile Vulnerabile	Interferenti Maliziosi Discriminatori Che maltrattano	Gli altri hanno motivi sospetti Devo stare in guardia	Diffidenza Ricerca di motivi nascosti Accusare Contrattaccare
Antisociale	Vulnerabili Sfruttatori	Vulnerabili Sfruttatori	In diritto di infrangere Gli altri sono dei buoni a nulla, degli sciocchi Gli altri sono degli sfruttatori	Attaccare, rubare, manipolare, ingannare
Narcisistico	Speciale, unico Superiore, merita regole speciali, superiore Al di sopra delle regole	Inferiori Ammiratori	Poiché sono speciale, merito regole speciali Sono al di sopra delle regole. Sono migliore degli altri	Usare gli altri Trascendere le regole Manipolativa Competitiva
Istrionico	Affascinante Di grande effetto	Seducibili Recettivi Ammiratori	La gente esiste per servirmi o ammirarmi Gli altri non hanno alcun diritto a negare i miei meriti Posso contare sui miei sentimenti	Usare atteggiamenti plateali, fascino, attacco di ira, pianto; gesti suicidi
Schizoide	Autosufficienti Soli	Intrusivi	Gli altri non sono gratificanti Le relazioni sono caotiche, indesiderabili	Stare lontano

Tabella 2. Beck: gli schemi tipici dei disturbi di personalità

Gli schemi sono organizzati secondo le loro funzioni e secondo il contenuto. Differenti tipi di schemi hanno funzioni diverse: ad esempio gli schemi cognitivi sono associati ai processi di astrazione, interpretazione e richiamo; gli schemi affettivi sono responsabili della produzione di sentimenti; gli schemi motivazionali agiscono sui desideri; gli schemi strumentali preparano all'azione; gli schemi di

controllo comportano il monitoraggio e l'inibire e dirigere le azioni. Alcuni sottoschemi, costituiti da schemi cognitivi riguardano l'autovalutazione, altri la valutazione di alte persone, altri sono strutturati per immagazzinare ricordi, altri permettono alle persone di prepararsi alle situazioni nuove e costituiscono una base per le aspettative, le predizioni e le previsioni a lungo termine.

I Processi interpersonali e il funzionamento psicologico: il modello di Lorna S. Benjamin

Il modello di Lorna Benjamin si colloca tra le teorie psicodinamiche ed interpersonali. Secondo la Benjamin gli schemi di funzionamento degli individui hanno una forte connotazione interpersonale, tanto che è possibile mettere in relazione i processi relazionali interpersonali con le strutture intrapsichiche del soggetto. Il suo assioma di base è che sia possibile collegare in modo specifico il passato e il presente, sia nei comportamenti normali che in quelli patologici. Ha alla sua base una specifica teoria della personalità, la Copy Process Theory (CPT), uno specifico modello teorico di descrizione del comportamento interpersonale, il metodo SASB e uno specifico protocollo di intervento, la terapia Costruttivo-Interpersonale (IRT).

Il modello SASB (raffigurato nella Figura 1) ci offre un chiaro, specifico e validato insieme di descrittori di pattern comportamentali-relazionali e di rappresentazioni internalizzate e fornisce una serie di principi che connettono i comportamenti sociali percepiti e osservati tra e all'interno degli individui. Ci permette di avere una visione dei comportamenti interpersonali (il soggetto in relazione con gli altri) e delle condizioni intrapsichiche (il soggetto in relazione con se stesso).

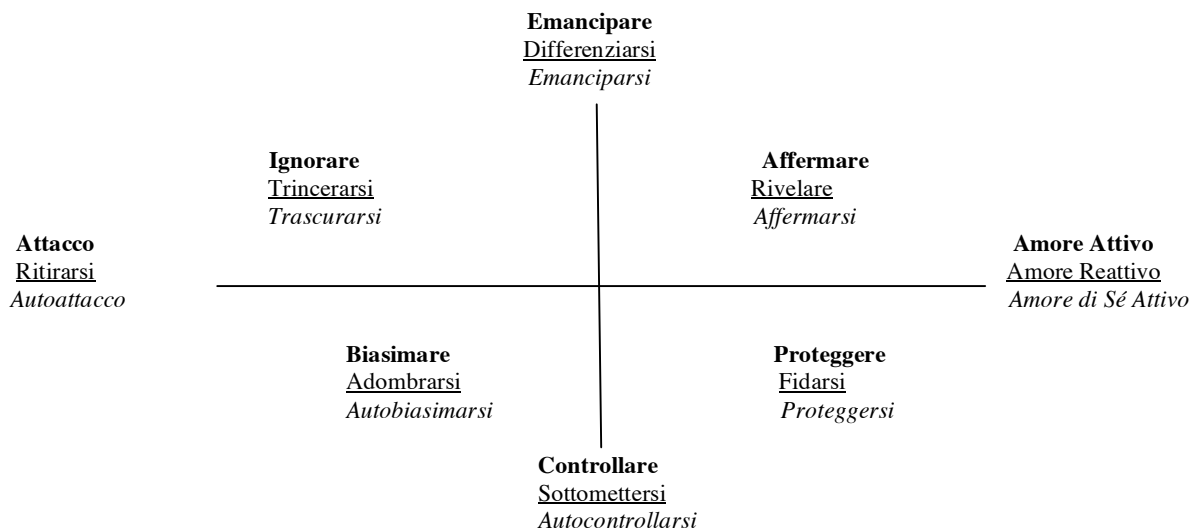


Figura 1. Le superfici del modello SASB

Il modello SASB descrive i comportamenti interpersonali attraverso tre cluster, ciascuno dei quali rappresenta un punto di osservazione del soggetto:

1. focalizzazione interazionale sull'altro (in grassetto)
2. focalizzazione interazionale su di sé (sottolineato)

3. focalizzazione interazionale sull'introietto (in corsivo)

Questi tre cluster vengono poi organizzati attraverso un ordinamento circolare basato su due dimensioni trasversali: l'affiliazione e l'interdipendenza.

Il focus sul comportamento altrui, definito focus genitoriale, include una vasta gamma di comportamenti verso, per, o riguardo altre persone e contempla tutte le sfaccettature caratterizzanti sia l'interdipendenza che l'affiliazione. Tali Azioni, Prototipicamente Simili A Quelle Avanti Nel Passato Come Referenti I Caregivers, Sono: Emancipazione, Affermazione, Amore Attivo, Protezione, Controllo, Biasimo, Attacco E Ignoro.

Il focus interazionale su di sé, definito focus infantile, implica la parte ludica, adattiva e relazionale della personalità in relazione agli altri e descrive le reazioni e le preoccupazioni del soggetto rispetto a ciò che sta per essere fatto (da altri) per, attraverso o riguardo a sé. Si riferisce, perciò, "ad uno stato reattivo ad un'azione percepita e che proviene a qualcun altro"². Include una gamma di azioni prototipicamente simili a quelle che il soggetto aveva da bambino e consistono in: Separazione, Chiusura, Amore Reattivo, Fiducia, Sottomissione, Broncio, Richiamo, Trinceramento.

Il focus sull'introietto descrive le azioni intrapsichiche, ossia ciò che l'individuo fa per, attraverso o riguardo se stesso. "Questo terzo dominio"- scrive la Benjamin³- "descrive ciò che succede se la focalizzazione sull'altro è rivolta verso l'interno, su di sé". I descrittori utilizzati, infatti, sono simili a quelli utilizzati per la descrizione dei comportamenti rivolti verso l'altro, sebbene siano poi auto-riferiti. Essi sono: Autoemancipazione, Amore Verso Se Stessi, Autoprotezione, Autocontrollo, Colpa Verso Di Se', Autoattacco E Autotrascuratezza.

Attraverso ogni tipo di focus ogni punto del SASB rappresenta un' unica combinazione delle dimensioni trasversali dell'affiliazione e dell'interdipendenza.

Le dimensioni dell'affiliazione sono rappresentate lungo un continuum dall'amore all'odio, mentre le dimensioni dell'interdipendenza si esprimono lungo un continuum dal controllo all'autonomia.

I principi predittivi del funzionamento interpersonale

Il modello SASB è caratterizzato da una serie di principi che aiutano il clinico a fare delle previsioni utili riguardo le relazioni tra le posizioni intrapsichiche e interpersonali. I principi predittivi sono la complementarità, l'introiezione, l'opposizione, la somiglianza e l'antitesi.

Il principio di complementarità lo osserviamo quando i membri di una diade (indicati nella Figura 1 attraverso i caratteri in grassetto e sottolineato) corrispondono per affiliazione e interdipendenza e sono entrambi concentrati su una persona. Una interazione complementare può assumere la forma della codipendenza, della profezia che si auto-avvera o può spiegarci la genesi interpersonale di alcuni disturbi

² Benjamin L. S. (1999) Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità, LAS, Roma, p. 58.

³ Benjamin L.S. (1999), op citata, p. 68.

della personalità: se un adulto mantiene le posizioni relazionali che aveva da bambino egli ricapitola questi primi modelli di interazione che divengono così pattern stabili di comportamento.

Il principio di introiezione è evidenziabile nella complementarità che si osserva tra il focus diretto sul comportamento degli altri e il focus diretto sull'introietto (indicati, nella Figura 1, attraverso i caratteri in grassetto e in corsivo). L'introiezione, ovvero la disposizione a trattare il sé come è stato già trattato da altre persone importanti, ci permette di fare delle ipotesi sull'impatto del comportamento dei genitori sul concetto di sé che avrà il bambino. L'introietto, definibile nei termini di uno schema di sé, appartiene ai fenomeni dell'intrapsichico, ma diviene direttamente osservabile nella relazione interpersonale. Se un soggetto tende ad autobiasimarsi, ad esempio, è probabile che ritenga che gli altri tendano a biasimarlo e che tenda perciò ad adombrarsi quando è in contatto con gli altri. L'importanza di questo principio è soprattutto in relazione con la vulnerabilità ai disturbi: la sensibilità all'abbandono in soggetti con disturbo Borderline di personalità, sottolinea Benjamin⁴ può avere alla base l'interiorizzazione di esperienze precoci caratterizzate dall'etichetta IGNORARE.

Il principio di opposizione permette di identificare i messaggi conflittuali (essi possono essere doppi legami, messaggi ambivalenti, conflitti inconsci), individuabili nelle dimensioni opposte collocate lungo le diagonali del modello SASB (ad esempio biasimare vs affermare, emancipare vs controllare). L'opposizione ci permette di individuare possibili obiettivi terapeutici, ci permette di identificare le paure e i desideri dei pazienti e di far previsioni sull'alleanza terapeutica.

Il principio di somiglianza trova le sue radici nell'imitazione e può essere un indicatore di instabilità relazionale se manifestato da due partner nello stesso momento e nello stesso contesto interpersonale.

Il principio dell'antitesi permette al terapeuta di individuare la posizione relazionale che più probabilmente potrebbe innescare l'opposto della situazione problematica in atto al momento della terapia. Ad esempio, osservando il modello SASB a cluster (Figura 1) possiamo notare che per modificare un comportamento di Trincerarsi sarà necessario uno spostamento dal distacco ostile verso l'obbedienza benevola (ossia Fidarsi), utilizzando quindi il complemento Proteggere.

La IRT è un approccio che mira ad affrontare più direttamente e coerentemente i desideri che stanno alla base dei problemi presentati, ossia la loro configurazione intrapsichica ed interpersonale. Questo processo si muove costantemente tra l'analisi del passato- alla ricerca di una maggiore consapevolezza delle motivazioni dei propri pattern disfunzionali- e la valutazione del presente, al fine di aiutare la persona a gestire i comportamenti problematici e ad apprendere di nuovi e più funzionali.

Come abbiamo potuto notare la CPT afferma che i pattern di comportamento adulti, sia adattivi che maladattivi, hanno un andamento parallelo ai pattern di comportamento sviluppati o ricordati a partire

⁴ Benjamin L.S (1999), op. citata

dalle relazioni con le figure di attaccamento principali. La CPT riprende il concetto di Internal Working Models di Bowlby e lo espande includendo tre modalità di far fronte ai processi interpersonali:

- Identificazione: se il comportamento interpersonale nel presente riproduce quello di un'altra persona importante : “ Mi comporto come lui/lei”.
- Ricapitolazione o Riassunto : se il comportamento interpersonale attuale è simile al comportamento interpersonale tenuto nel passato dal soggetto con un'altra persona significativa : “Mi comporto come se lui/lei fosse presente e avesse il controllo”
- Introiezione: consiste nel relazionarsi nel presente con se stessi che mima la modalità di relazione del soggetto con una precedente figura di accudimento. “tratto me stesso come sono stato trattato da lui/lei”.

Il modello interpersonale e i disturbi di personalità

Nel suo lavoro del 2004 la Benjamin, utilizzando il modello SASB, fornisce una rilettura dettagliata dei criteri diagnostici dei disturbi di personalità e dei loro presumibili fattori eziologici. Nel modello delineato, un particolare stile di personalità è come se fosse una risposta ad una particolare qualità relazionale sperimentata da bambini in modo stabile.

Lo stile di attaccamento e lo stile di vita non sono correlati solo con lo stile di personalità, ma anche col tema di vita. Possiamo notare come si articola questo modello nei diversi stili di personalità:

Nel caso dello stile di personalità paranoideo, “c'è la paura che gli altri lo attacchino per ferirlo o biasimarlo. Il desiderio è che gli altri lo confermino e lo capiscano. Se la conferma fallisce, la speranza è che gli altri lo lascino da solo o gli si sottomettano. La posizione di base è trincerarsi, rimanere differenziato e controllare strettamente il sé. Facilmente viene indotto ad un distacco rabbioso. Se minacciato, il soggetto con un stile paranoideo può attaccare per rispondere con il controllo o per distanziarsi”.⁵

Storia	Conseguenze della storia
ATTACCO, BIASIMO, CONTROLLO sadici; veniva punito per aver raccontato i segreti di famiglia.	Si aspetta l'ATTACCO e assume una posizione completamente di ritiro carico d'odio (RITIRARSI), di astensione da qualsiasi rivelazione (TRINCERARSI) e AUTOCONTROLLO. Si identifica con il genitore per CONTROLLARE, umiliare (BIASIMO) e offendere (ATTACCO) gli altri; forte lealtà alla famiglia.
Punizioni severe (ATTACCO) della dipendenza (FIDUCIA); veniva attaccato, se si faceva del male accidentalmente.	Indipendenza fiera (DIFFERENZIARSI). Evita l'intimità, a meno che il compagno non possa essere CONTROLLATO.

⁵ BENJAMIN L. S. (1999). *Diagnosi di interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, Edizione LAS, Roma, pp. 368-377.

Confronti invidiosi sia impliciti che espliciti (BIASIMO); risentimenti duraturi.	Sensibile alle esclusioni e ai confronti (BIASIMO più IGNORARE); serba rancore.
Ricompensato per competenza circoscritta (CONTROLLO) mentre stava "fuori dai piedi" (TRINCERARSI).	Indipendente (DIFFERENZIARSI), competente nei compiti (CONTROLLO), ma molto distaccato sul piano interpersonale (TRINCERARSI).

Tabella 3. Stile di personalità paranoideo: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile di personalità schizoide "non ci sono paure o desideri rispetto agli altri. La posizione di base implica un'autonomia attiva e passiva. Consapevolezza sociale e abilità sociali sottosviluppate. Il SOI ad ogni modo ha abilità strumentali e può riuscire a soddisfare le aspettative dei ruoli sociali formali (genitore, capo, dipendente). Può darsi che sia sposato, ma non sviluppa intimità. Ci può essere una vita fantastica attiva, ma non necessariamente bizzarra" ⁶

Storia	Conseguenze della storia
In casa ambiente formale, ordinato, in cui i bisogni fisici ed educativi sono stati soddisfatti (CONTROLLO).	Socializzato al lavoro.
Nessun calore emotivo e contatto sociale minimo in famiglia o altrove (IGNORARE).	Non è socievole, si sente a suo agio in isolamento (TRINCERARSI). Respinge ogni approccio intimo (IGNORARE).
	Si dedica alle fantasie (TRASCURARSI).

Tabella 4. Stile di personalità schizoide: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile di personalità borderline "c'è una paura morbosa dell'abbandono e il desiderio di cure e protezione, ricevute preferibilmente con una costante vicinanza fisica al ricattatore (amante o persona che si occupa di lei). La posizione di partenza è la dipendenza amichevole da una persona, che si occupa di lei, che diventa controllo ostile, se non riesce a dare abbastanza (e non è mai abbastanza). C'è la convinzione che questa persona, segretamente, se non apertamente, ami la sua dipendenza e il suo stato di bisogno, e un oggetto introiettato malvagio attacca il sé, se ci sono segni di felicità o successo" ⁷

Storia	Conseguenze della storia
Stile di vita caotico, come in una telenovela.	Crisi cercate, create; nessuna costanza.
Abbandono traumatico. (IGNORARE -> ATTACCARE). Il prototipo dell'incesto predispone gli stili: Dolore (RITIRARSI) più amore (AMORE REATTIVO).	L'abbandono mette in moto il "programma" (TRASCURARSI e AUTO-ATTACCO). La struttura dell'incesto si ripete:
Impotenza (SOTTOMETTERSI) e onnipotenza (CONTROLLO). Idealizzazione derivante dai modelli (FIDUCIA, AMORE ATTIVO) e svalutazione (BIASIMO), coercizione spietata (ATTACCO).	Fonde dolore e amore. Impotente e onnipotente (CONTROLLO). Idealizza (FIDUCIA, AMORE ATTIVO) e svaluta (BIASIMO, ATTACCO).

⁶ *Ibidem*, pp. 397-402.

⁷ *Ibidem*, pp. 143-155.

Definizione di sé (DIFFERENZIARSI) e felicità (AMORE REATTIVO) sono stati attaccati.	Interiorizza l'attacco, quando ha fatto bene qualcosa (AUTO-ATTACCO).
La malattia (FIDUCIA) sollecita le cure (PROTEGGERE).	Esagera il malessere (FIDUCIA), perché ci si occupi di lei (AUTO-PROTEZIONE).

Tabella 5. Stile di personalità borderline: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile di vita antisociale “sussiste un modello di inappropriato e inadeguato desiderio di controllare gli altri, attuato attraverso una maniera distaccata. C’è un forte bisogno di essere indipendente, di non essere controllato dagli altri, spesso considerati con disprezzo. Sussiste la propensione a utilizzare modalità selvaggiamente aggressive, per rafforzare il bisogno di controllo e indipendenza. Il soggetto con stile di personalità antisociale si presenta spesso come una persona amichevole e socievole, ma quell’apparenza di amicizia è sempre accompagnata da una posizione fondamentale di distacco. Al soggetto non interessa cosa succede a sé o ad altri”.⁸

Storia	Conseguenze della storia
Genitori duri e noncuranti (ATTACCO, IGNORO).	IGNORA, trascura ed è insensibile agli altri. Un certo distacco (MI TRINCERO) interferisce nel comportamento sociale. L’ATTACCO è inadeguato alle situazioni. Gli altri tendono a sfruttare (MI PROTEGGO più IGNORO).
CONTROLLO, BIASIMO sporadico e inadeguato da parte dei genitori; facilmente umiliante.	Protegge ferocemente la propria autonomia. (DIFFERENZIARSI, MI TRINCERO), BIASIMA facilmente. Ama CONTROLLARE, IGNORA.
Genitori incapaci di fornire cure adeguate (AMORE ATTIVO o PROTEGGO più IGNORO).	Abuso di droga, prostituzione, crimine (MI PROTEGGO più MI TRASCURO). Finta premura o truffa (AMORE ATTIVO o PROTEGGO più IGNORO).
CONTROLLO esercitato dal bambino per trascuratezza dei doveri da parte dei genitori.	Controllo non esercitato su esplicita richiesta (CONTROLLO più IGNORO).

Tabella 6. Stile di personalità antisociale: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile narcisistico di personalità “è presente un’estrema vulnerabilità di fronte alle critiche o al fatto di essere trascurato, insieme ad un grande desiderio d’amore, di sostegno, nonché di rispetto e ammirazione da parte degli altri. La posizione di fondo include l’amore incondizionato di sé e il presunto controllo sugli altri. Se il sostegno viene meno o se ci sono segni di mancanza di perfezione, la stima di sé precipita verso un’acuta autocritica. Totalmente incapace di empatia, questo soggetto tratta gli altri con disprezzo e ritiene se stesso al di sopra e fuori del comune”.⁹

⁸ *Ibidem*, pp. 238-250.

⁹ *Ibidem* pp. 176-185.

Storia	Conseguenze della storia
Amore e adorazione non contingente (AMORE ATTIVO più IGNORARE) “disinteressati” (TRINCERARSI).	1. Amore e adorazione di sé non contingente (AMORE DI SE’ ATTIVO più TRASCURARSI).
Protezione sottomessa (SOTTOMETTERSI più PROTEGGERE).	2. Arrogante (BIASIMARE) aspettative di deferenza e attenzioni non contingenti. Si prende il CONTROLLO; si rende autonomo (DIFFERENZIARSI); sbotta di rabbia (ATTACARE), se ha aspettative non soddisfatte.
Implicito disprezzo ed esplicito disappunto (BIASIMARE) per qualsiasi segno di imperfezione.	3. Concetto di sé si abbassa (BIASIMARE SE’) nell’assenza di adorazione non contingente o se ci sono segni di imperfezioni.

Tabella 7. Stile di personalità narcisistico: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile istrionico di personalità “sussiste un grande timore di essere trascurato insieme al desiderio di essere amato e accudito da qualcuno potente che, nonostante tutto, possa essere controllato, usando la seduzione e i modi divertenti. La posizione di fondo è di amichevole affidamento, accompagnato in segreto da un irriverente ordine del giorno, che prevede il costringere gli altri a dispensargli il nutrimento e l’amore desiderati. Comportamenti seduttivi fuori luogo e tentati suicidi a fini manipolativi sono esempi di queste costrizioni”.¹⁰

Storia	Conseguenze della storia
Amato per il suo aspetto esteriore e per essere una persona divertente (AMORE REATTIVO). Capacità non riconosciute (DIFFERENZIARSI). Preferito al genitore dello stesso sesso.	Molto interessato all’aspetto suo fisico e al grado di divertimento raggiunto (AMORE REATTIVO). Rende nulle le proprie capacità. Minacciato dalla dipendenza dagli altri. Disprezza quelli dello stesso sesso (BIASIMO).
L’aspetto fisico, il fascino (AMORE REATTIVO). Sono sufficienti a controllare chi si prende cura di lei.	La concezione di sé è basata sull’abilità nel forzare gli altri a prendersi cura di lei (CONTROLLO più FIDUCIA), seducendo (AMORE REATTIVO) o con il BIASIMO.
In seno alla famiglia, le viene richiesto un continuo impegno ad essere affascinante (AMORE REATTIVO), come fingendo che ci sia dell’affetto in un contesto di reale abbandono (costruendosi intanto un muro attorno).	Affascinante, divertente (AMORE REATTIVO), ma personalmente inaccessibile (MI TRINCERO).

¹⁰ *Ibidem* pp. 206-217.

La salute cagionevole e il bisogno (FACCIO AFFIDAMENTO) sono sufficienti a CONTROLLARE ci si prende cura di lei.	Pretende (CONTROLLO) nutrimento non appena ne sente il bisogno (FIDUCIA).
--	---

Tabella 8. Stile di personalità istrionico: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile evitante di personalità “c'è un'intensa paura dell'umiliazione e del rifiuto. Sentendosi in fallo, l'evitante si distacca e si limita con cautela, in modo da evitare l'imbarazzo previsto. Desidera intensamente amore e accettazione, ma giungerà ad una vera intimità solo con quelle poche persone che supereranno degli esami sulla sicurezza molto stringenti. Occasionalmente, l'evitante perde il controllo ed esplose in un'indignazione irrosa”.¹¹

Storia	Conseguenze della storia
All'inizio cure amorevoli (AMORE ATTIVO, PROTEGGERE).	Desiderio di contatto sociale e di cure (AMORE ATTIVO, PROTEGGERE).
CONTROLLO diretto alla creazione di un'immagine sociale e derisione per i fallimenti (BIASIMO).	Autocontrollo per evitare l'imbarazzo (AUTOCONTROLLO). Insicurezza per la propria immagine (AUTOBIASIMO). Estrema sensibilità all'umiliazione.
Autonomia forzata associata alle imperfezioni (BIASIMO più IGNORARE, ATTACCO).	Si sforza di compiacere rimanendo trincerato (ADOMBRARSI più (TRINCERARSI); richiede sicurezza. Scoppi di BIASIMO imitativi.
Essere in guardia con gli estranei; supporto al distacco sociale (TRINCERARSI)	Paure paranoide degli estranei (RITIRARSI); lealtà alla famiglia.

Tabella 9. Stile di personalità evitante: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile di personalità dipendente “la posizione di base è quella di una marcata tendenza alla sottomissione ad una persona dominante, che dovrebbe offrire cure e guida senza fine. Il desiderio è di mantenere il contatto con questa persona, anche se ciò significa tollerare abusi. L'individuo con stile di personalità dipendente crede di essere strumentalmente incompetente; e ciò significa che non può sopravvivere senza l'altra persona dominante”.¹²

Storia	Conseguenze della storia
Infanzia splendida, cure eccellenti (PROTEZIONE).	Protezione, ha bisogno di cure, di controllo (PROTEZIONE, CONTROLLO).
La custodia e le cure non sono terminate con il passare del tempo. (CONTROLLO, BIASIMO). Nessuna pratica dell'autonomia, della competenza (non DIFFERENZIATO). Scarso concetto di sé per difetto (AUTOBIASIMO)	Comportamenti compiacenti, dipendenti (FIDUCIA, SOTTOMISSIONE, ADOMBRARSI). Autonomia (DIFFERENZIATO) evitata a tutti i costi. Si considera inadeguato (AUTOBIASIMO); tollera il BIASIMO.

¹¹ *Ibidem*, pp. 345-351.

¹² *Ibidem*, pp. 269-276.

Viene preso in giro (BIASIMO) dai coetanei per mancanza di competenza.	Si sente inadeguato, incompetente (AUTOBIASIMO).
Storia alternativa: CONTROLLO manifesto, genitori abusivi (BIASIMO, ATTACCO), che ad ogni modo si sono occupati di lui; nessun messaggio complesso.	Come indicato nei passi 1-3.

Tabella 10. Stile di personalità dipendente: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile di personalità Ossessivo-Compulsivo “c’è la paura di fare un errore o di essere accusati per l’imperfezione. La ricerca dell’ordine porta ad una posizione interpersonale di base di biasimo e controllo sconsiderato degli altri. Il controllo dell’OCD si alterna con l’obbedienza cieca all’autorità o a un principio. C’è un’autodisciplina eccessiva, oltre che la limitazione dei sentimenti, una dura autocritica e la trascuratezza nei propri confronti”.¹³

Storia	Conseguenze della storia
Coercizione inesorabile ad eseguire, a fare correttamente e a seguire le regole, indipendentemente dai costi personali (CONTROLLO più IGNORARE).	Dominio sconsiderato degli altri (CONTROLLO più IGNORARE). Perfezionismo che impedisce un concetto di sé equilibrato (AUTOCONTROLLO più TRASCURARSI). Sottomissione all’autorità e motivazioni morali che risultano fondamentalmente in scontrosità (SOTTOMETTERSI più TRINCERARSI).
Giudicato come un “bambino terribile”; punito perché imperfetto e non ricompensato per i successi; ha assistito alla punizione dei fratelli per la loro imperfezione; responsabilità senza potere (BIASIMO).	Punisce, degrada se stesso e gli altri, perché non sono perfetti (AUTOBIASIMO, BIASIMO); si concentra sugli errori.
Regole insegnate senza coinvolgimento personale (TRINCERARSI e CONTROLLO più IGNORARE).	Obbediente, ma inaccessibile sul piano personale (SOTTOMETTERSI più TRINCERARSI). I sentimenti d’affetto sono limitati (AUTOCONTROLLO più IGNORARE).

Tabella 11. Stile di personalità oss-compulsivo: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.

Nello stile di personalità passivo- aggressivo “c’è la tendenza a considerare ogni forma di potere sconsiderata e trascurante, assieme alla convinzione che le autorità, o chi fornisce le cure, sono incompetenti, ingiuste e crudeli. Il PAG obbedisce alle richieste o ai suggerimenti percepiti, ma fallisce nell’esecuzione. Spesso si lamenta del trattamento ingiusto e invidia gli altri e prova risentimento, perché sono trattati meglio. La sua sofferenza accusa le persone che si occupano di lui o le autorità negligenti. Il PAG teme il controllo in ogni forma e desidera una restituzione delle cure amorevoli”.¹⁴

Storia	Conseguenze della storia
Buon allevamento nell’infanzia (PROTEGGERE).	Si aspetta, si sente in diritto di ricevere sostegno e

¹³ *Ibidem*, pp. 292-302.

¹⁴ *Ibidem*, pp. 318-325.

<p>Perdita improvvisa delle cure con richieste ingiuste di prestazione (CONTROLLO più IGNORARE).</p>	<p>conforto (PROTEGGERE). Suscettibile al potere; considera le persone che si prendono cura, le autorità sconsiderate, incompetenti e trascuranti (CONTROLLO più IGNORARE). Si sente deprivato; si lamenta per l'ingiustizia; è pieno di risentimento e invidia (ADOMBRARSI più BIASIMO).</p>
<p>Severe punizioni (ATTACCO o BIASIMO) per la rabbia, l'autonomia (DIFFERENZIARSI) o per non essersi SOTTOMESSO e non aver seguito i compiti.</p>	<p>Bisogno punitivo (ADOMBRARSI più BIASIMO). Il danno a se steso è un'accusa dell'autorità, di chi si occupa di lui (AUTOATTACCO più BIASIMO). Apparentemente obbedisce, ma in realtà resiste alle richieste di esecuzione (SOTTOMETTERSI più TRINCERARSI o DIFFERENZIARSI).</p>

Tabella 12. *Stile di personalità passivo-aggressivo: schema di correlazione tra esperienze infantili e stile di vita.*

Il tema di vita nell'Analisi Transazionale: I modello di Eric Berne

L' oggetto primario dell' Analisi Transazionale è lo studio degli stati dell'Io, definiti come coerenti sistemi di pensiero e di sensazioni che si manifestano attraverso corrispondenti modelli di comportamento.

Ogni essere umano presenta tre tipi di stati dell' Io, chiamati il Genitore, l'Adulto e il Bambino¹⁵.Lo stato dell'Io Genitore (o Esteropsiche) è caratterizzato da un insieme di sentimenti, atteggiamenti e modelli di comportamento simili a quelli della figura genitoriale e contiene la nostra concezione appresa della vita, ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, le ingiunzioni positive e negative che ci hanno avuto influenzato. Si costruisce in seguito all'osservazione e all'emulazione delle condotte apprese dall'esterno.

Lo stato dell'Io Genitore è suddiviso ulteriormente in :

- Genitore affettivo – che presta aiuto, protezione e dà affetto.
- Genitore salvatore – che dà aiuto e affetto per autoconfermarsi, incentiva la dipendenza e logora l'autostima.
- Genitore persecutore - tendenzialmente aggressivo, è lo stato dell'Io Genitore incline a svalutare gli altri ed esercita il potere per compiacimento.

Lo stato dell'io Adulto (o Neopsiche) è simile ad un computer: non prova sentimenti e si occupa di raccogliere, immagazzinare ed elaborare i dati provenienti dall'ambiente.

Lo stato dell'Io Bambino (o Archeopsiche) è l' insieme di sentimenti, atteggiamenti e modelli di comportamento che risalgono all'infanzia dell'individuo. Manifesta bisogni, emozioni e pulsioni creative.

Alla nascita il bambino presenta uno stato dell'Io indifferenziato che viene chiamato Bambino Naturale; durante il primo anno di vita il Bambino Naturale si differenzia in Bambino Naturale, Piccolo Professore (che insieme concorrono a formare il Bambino Libero) e nel Bambino Adattato. Il Bambino Naturale, corredato geneticamente, esprime spontaneamente esigenze, desideri e reazioni, è egocentrico,

¹⁵ D'ora in poi indicate con la lettera maiuscola.

autentico e simpatico. Il Piccolo Professore, precursore dell'adulto, è la parte più intuitiva ed esploratoria del Bambino: fa ipotesi, ha momenti di insight, cerca di trarre un significato intuitivo dal mondo attraverso l'esplorazione, sa manipolare i genitori per ottenere i suoi fini. Il Bambino Adattato inizia a strutturarsi a partire dalle prime ingiunzioni provenienti dai genitori, è un precursore dello stato Genitore e ha la funzione di inibire le espressioni del Bambino Libero, proteggendo così il bambino dalla possibilità di farsi del male.

Secondo questo modello l'Io cosciente non è una realtà unitaria, ma è suddiviso in tre parti del tutto separate tra loro, che possono essere in disaccordo su qualsiasi tema della vita, permettendo al soggetto di sperimentarsi come necessariamente incoerente. Secondo Berne, le persone "felici", in termini strutturali, sono quelle in cui gli aspetti del Genitore, dell'Adulto, del Bambino sono sintonici gli uni agli altri.

La personalità "normale" è caratterizzata dalla presenza di Confini dell'Io definiti: è quindi capace di separare Genitore, Adulto e Bambino e in grado di farli funzionare in modo relativamente stabile.

Una personalità "matura" è quella di un individuo che investe di carica l'Adulto e lo attiva, controlla sia il Bambino sia il Genitore ed è consapevole della loro attivazione.

Un individuo è "immaturo" quando non riesce ad innestare il suo Adulto.

L'apparato del copione

Il concetto sicuramente più originale proposto dagli studi di E. Berne è il concetto di copione. Per comprendere il concetto di copione illustrerò alcune delle definizioni che ne ha dato Eric Berne:

"Il copione è un piano di vita che continua a svilupparsi, dopo essere stato strutturato nella prima infanzia, sotto l'influenza dei genitori; è quella forza psicologica che spinge ogni individuo verso il proprio "destino", sia che lo combatta, sia che lo sostenga trattarsi del frutto di una sua libera scelta" (Berne, 2008, p. 36).

"Il copione appartiene ai fenomeni del transfert, cioè è un derivato di esperienze infantili [...]; è un tentativo di ripetere in forma derivata un intero dramma trasferenziale". (Berne, 1971, 101).

Nel copione si riproduce un dramma familiare che il soggetto ha vissuto nell'infanzia interamente fino alla sua conclusione; ciò che muoverà il comportamento del soggetto da allora in poi sarà la necessità di riattivare o aumentare i guadagni dell'esperienza originale.

L'apparato del copione consta di sette elementi, che l'individuo trasforma in regole imperative:

Il tornaconto, o maledizione, che contiene le direttive impartite, in modo indiretto, dai genitori riguardo la conclusione della vita del soggetto. Ne è un esempio negativo una frase del tipo: "Finirai come tuo padre" (= alcolizzato). Affinché esso si realizzi è necessario che sia accettato dal soggetto stesso. "Il discorso dell'accettazione del bambino"- scrive Berne- "non avrà nè la fanfara, nè la solennità di una inaugurazione, ma sarà molto semplice e chiaro: "quando sarò grande voglio essere come la mamma" (=

sposarmi e avere dei bambini), oppure “Quando sarò grande voglio essere come papà” (= essere ucciso in guerra), oppure “Vorrei essere ucciso”». Nella pratica clinica, osserva Berne, sono riscontrabili quattro tipi di tornaconto: essere un solitario, un dissoluto, impazzire o morire;

Le ingiunzioni del copione, che sono gli ordini negativi che impartiscono i genitori e che impediscono nel bambino lo svilupparsi dei sentimenti naturali non funzionali al tornaconto;

Le provocazioni del copione, ossia gli incitamenti, provenienti dallo stato dell’Io Bambino dei genitori, volti a far sì che il figlio metta in atto quei comportamenti che si associano alla realizzazione del tornaconto del copione. Ad esempio “Beviti un drink”;

Lo slogan di contro-copione, ossia delle regole morali prescritte allo scopo di riempire il tempo nell’attesa dell’azione del copione. Ad esempio: “Lavora sodo” (= lavora molto durante la settimana, così nel week end potrai bere);

Un modello o programma, contenente le informazioni che il soggetto deve sapere per portare a compimento il copione. Ad esempio: come mescolare un drink;

Il demone o l’insieme degli impulsi propri del bambino che lottano con tutte le prescrizioni imposte dai genitori. Ad esempio il bambino può sentire il bisogno di dirsi: “Sbaglia”, invece che sottostare sempre alla prescrizione di essere perfetto;

L’anticopione, ossia la parte del Bambino adattato del soggetto che cerca di sfuggire alla realizzazione dei tornaconti del suo copione, ma che ottiene inevitabilmente ciò da cui tende a sfuggire.

La nascita e formazione del copione

La formazione del copione risente delle influenze parentali e di influenze ancor più ancestrali e si struttura nei primi sei anni della vita del soggetto. Le influenze prenatali sono legate ai condizionamenti genetici, culturali, sociali, familiari e ambientali. Lo stesso nome del soggetto ci dà delle informazioni sul suo copione di vita: il cognome lo lega inevitabilmente al copione dei genitori per quel che riguarda la struttura della famiglia; il nome è associato alla scelta della gravidanza da parte dei genitori, che può essere accidentale o intenzionale. Già prima della nascita Berne individua due tipologie di copione che possono strutturare la vita del soggetto, da lui definite “copioni di nascita” (Berne, 2008, p 68): il copione del Trovatello, che nasce dalle fantasie dei bambini che si sono sentiti rifiutati o estranei ai loro genitori e il copione della Madre lacerata, che nasce dal senso di colpa dei bambini che ritengono di aver nuociuto, fisicamente o psicologicamente, alla mamma a causa della loro nascita.

Durante i primi sviluppi il copione del bambino inizia a strutturarsi attraverso i protocolli di interazione che ha con la madre, che gli permettono di maturare le prime convinzioni relative a se stesso e al mondo che lo circonda e che segneranno il suo atteggiamento futuro verso se stesso e gli altri. Queste posizioni sono:

1. io sono ok, tu sei ok, ovvero una posizione sana, connessa all’idea di successo;

2. io sono ok, tu non sei ok, ovvero la posizione di superiorità, connessa per estremo alla paranoia;
3. io non sono ok, tu sei ok, ovvero la posizione depressiva, connessa per estremo all'autodenigrazione;
4. io non sono ok, tu non sei ok, ovvero la posizione della futilità della vita, connessa per estremo alla fuga difensiva dalla realtà.

Successivamente il bambino, crescendo cercherà di dare un senso e una coerenza alla sua posizione e inizierà ad elaborare un copione tale da permettergli di rispondere alla domanda: “Cosa succederà ad uno come me?” (Berne 2008, p. 86). E tale domanda si lega inevitabilmente ad un'altra e molto simile questione fondamentale della vita umana, che Berne racchiude nella domanda: «Cosa dire dopo aver salutato?» (Berne 2008, p. 11).

Tale domanda evidenzia sia il problema della nostra mente, incapace di vivere senza un auto ed eteroriconoscimento, sia il problema e la necessità che ha l'individuo di essere meritevole di ricevere il sostegno e riconoscimento necessario per la sopravvivenza o, in caso contrario, di essere condannato a una più o meno veloce estinzione nell'isolamento.

Ciascuno di noi, secondo Berne, porta dentro di sé tre necessità fondamentali (Berne 1971, 72-73): la fame di struttura, la fame di stimolo e la fame di riconoscimento. La fame di struttura si esprime nella richiesta quotidiana e profonda di trovare una struttura che dia sistema e coerenza alle nostre ore di veglia. Il concetto di fame di stimolo è ripresa dagli studi di Spitz¹⁶, secondo il quale l'uomo fin dalla nascita necessita di cure manuali (carezze); in assenza di esse cade in depressione e si lascia morire. Finito il periodo d'intimità con la madre, le forze sociali, psicologiche e biologiche si oppongono alla perpetuazione dell'intimità fisica di tipo infantile. La fame di stimolo diventa fame di riconoscimento sociale, dove la carezza corrisponde al saluto di un'altra persona. Le carezze possono essere positive o negative e in entrambi i casi contribuiscono a rinforzare il comportamento per le quali sono state emesse.

La carezza è sempre frutto di una transazione – verbale o non verbale- tra due o più persone.

Le transazioni possono essere complementari, quando lo stato dell'Io a cui è rivolta la comunicazione risponde allo stato dell'Io che l'ha inviata; incrociate, quando lo stato dell'Io a cui è rivolta la comunicazione risponde ad uno stato dell'Io diverso da quello che l'ha inviata; ulteriori, quando la comunicazione avviene tra due stati dell'Io, ma la parte più importante del significato della transazione risiede in uno scambio implicito tra altri due stati dell'Io. Mentre le transizioni ordinarie possono avvenire tra stati dell'Io tra loro differenti, le transizioni tra genitori e figli avvengono di solito coinvolgendo gli stessi stati dell'Io¹⁷.

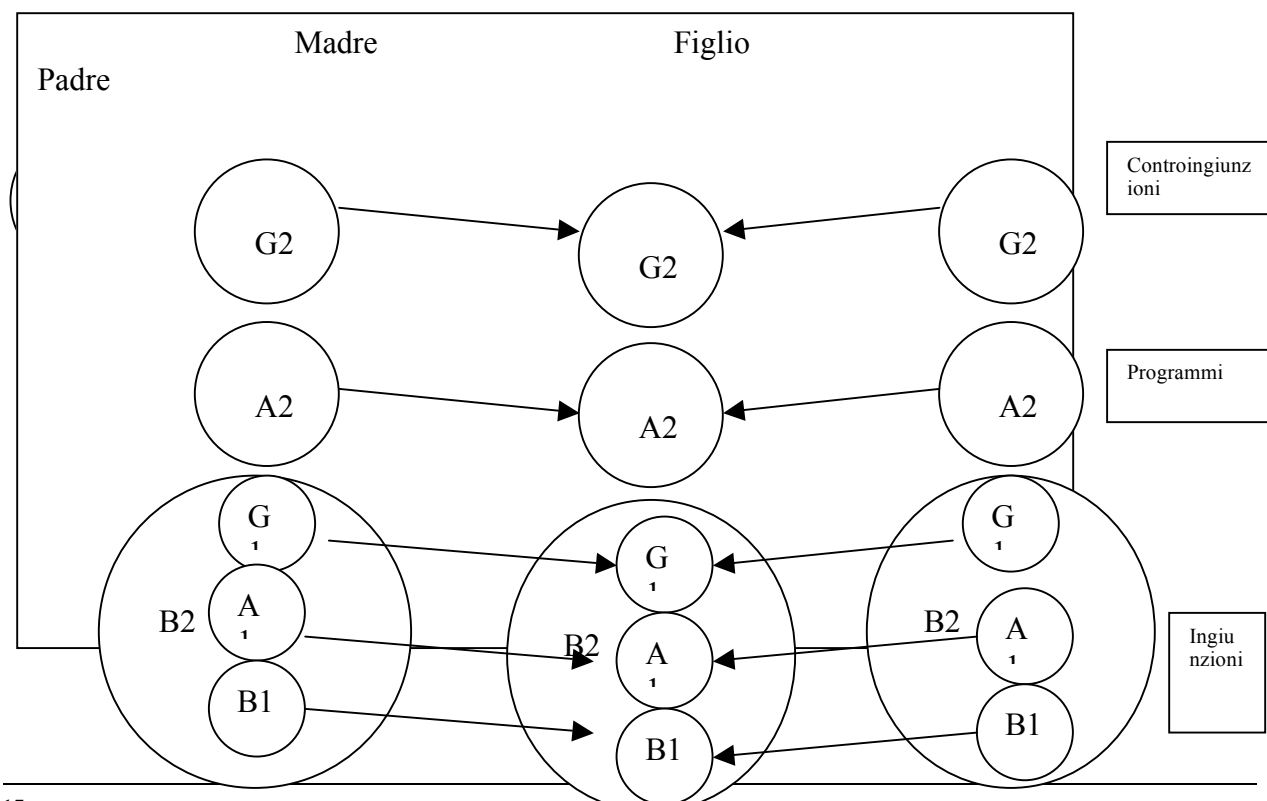
¹⁶ Spitz R., “Hospitalism, Genesis of Psychiatric Conditions in early Childhood”, *Psychoanalytic Study of the child*. 1: 53-74,1945.

Questa tipologia di transazioni veicola l'educazione del figlio e ne struttura il copione di vita, come possiamo vedere nella figura 2¹⁸:

I messaggi inviati dallo stato Genitore del genitore assumono la forma del “Fai” o “Sii”; essi contengono precetti sulla vita o regole educative e sono chiamati controingiunzioni. L'insieme delle controingiunzioni riposte nello stato Genitore del bambino e delle decisioni da esse derivate viene definito controcopione.

I messaggi inviati dallo stato Adulto del genitore allo stato Adulto del bambino sono chiamati programmi e assumono la forma del “Ecco come fare per...” e contengono conoscenze obiettive e capacità.

Il Bambino Libero, essendo corredato geneticamente, non ha bisogno di alcun messaggio per essere attivato; possiamo notare tuttavia che ciascuno di noi ha un insieme peculiare di piaceri e sofferenze (tipiche del Bambino Naturale) e alcune spinte creative (tipiche del Piccolo Professore) che tende ad esprimere con maggiore libertà di altri. Quest'ultime sono quelle che hanno ricevuto una carezza positiva da parte dei genitori o quelle che abbiamo osservato negli stati del Bambino Libero dei nostri genitori e si sono perciò configurate come permessi. Assumono, infatti, la forma del “Hai il permesso di essere...”.



¹⁷ Lo stato dell'Io Genitore dei genitori invia messaggi allo stato dell'Io Genitore del Bambino; lo stato dell'Io Adulto del genitore invia messaggi allo stato dell'Io Adulto del bambino e, infine, lo stato dell'Io Bambino del genitore invia messaggi allo stato dell'Io Bambino del figlio. Questa tipologia di transazioni è detta messaggi e permea la personalità del bambino.

¹⁸ Adattata da Stewart- Joines (2000), p. 171

I messaggi inibitori provenienti dal Bambino Adattato del genitore al Bambino Adattato del figlio vengono definiti ingiunzioni e permettono a quest'ultimo di socializzare e di sopravvivere senza una costante supervisione. Il loro scopo è porre dei limiti al Bambino libero e assumono la forma del "Non". Spesso però questi messaggi, proprio perché provengono dal Bambino Adattato dei genitori e costituiscono i loro stessi blocchi, non vengono trasmessi esplicitamente, ma assumono una forma implicita e non verbale, entrando in conflitto con i messaggi manifesti espressi dallo stato dell'Io Genitore. Ad esempio, un padre che torna sempre a casa ubriaco, ma che educa il figlio a "essere sobrio" (messaggio del Genitore) comunica al figlio l'istruzione a divenire un alcolista (messaggio del Bambino Adattato). Un bambino che viene respinto quando cerca di arrampicarsi sulle ginocchia del padre può ricevere il messaggio "Non entrare in intimità, non stare vicino". Queste sono le ingiunzioni del bambino Adattato e costituiscono la base per la futura sofferenza del figlio. Di fronte a questo tipo di ingiunzioni, che divengono ambigue sia per il loro contenuto non verbale, sia perché provenendo dagli stato dell'Io Bambino di entrambi i genitori possono essere discordanti tra loro, il bambino assume delle posizioni di compromesso, assume cioè delle decisioni, volte a assicurarsi la vicinanza dei loro cari. Queste decisioni però contengono in sé una minacciosa clausola di punizione, che andrà a delineare il tornaconto del copione del bambino se non agisse secondo la decisione di compromesso intrapresa ("Vedrai cosa succederà se...").

Una delle modalità attraverso cui si intraprendono le decisioni di copione è lo sviluppo del pensiero marziano. L'ambiguità dei messaggi di ingiunzione porta il bambino ad ipotizzare che ci sia una differenza tra ciò che il genitore gli comunica esplicitamente, che lui ipotizza essere un messaggio apparente, e le intenzioni reali e indirette del genitore. L'analisi del messaggio del genitore porta il bambino a concentrarsi su quest'ultimo aspetto, a concentrarsi ad ipotizzare cosa voglia il genitore veramente da lui e a porre in atto il comportamento che sarà premiato. Il pensiero marziano permette al bambino di trasformare gli ordini dei genitori in essenze imperative mediante le quali strutturerà il suo programma di vita. Così, ad esempio, se una mamma rimprovera il figlio perché lo sorprende ad annusare una bottiglia di whisky dicendogli: "Sei troppo piccolo per bere alcolici" il bambino può ipotizzare che la madre avrebbe voluto dirgli: "bere whisky è cosa da uomini e tu sei ancora piccolo" e dedurre una regola di vita del tipo: "quando sarà il momento di dimostrare che sei un uomo dovrai iniziare a bere whisky".

Berne ritiene che le ingiunzioni negative passino, insieme agli incitamenti ad esse connessi, dal Bambino del genitore al Genitore del bambino, generando un meccanismo di stimolo- risposta che chiama elettrodo e che ritiene essere il fattore determinante la genesi del copione.

Al contrario di Berne, i Goulding (1983, pp. 41-45) ritengono che il bambino ha un maggiore potere di accettare, rifiutare o autoimporsi delle ingiunzioni sulla base delle sue stesse fantasie. Questi studiosi

stilano, ad uso terapeutico, un elenco delle più importanti ingiunzioni che il bambino può ricevere o autoimporsi:

- *Non*, causata dalle paure tipiche di genitori iperprotettivi;
- *Non essere*, ingiunzione attraverso la quale il genitore esprime al figlio un'idea del tipo: "Se tu non fossi nato, la mia vita sarebbe migliore";
- *Non entrare in intimità*: che deriva dalla proibizione di ricevere carezze positive o di esprimere emozioni;
- *Non essere importante*, che deriva dalla proibizione di affermarsi come persona che ha un valore;
- *Non essere un bambino*: che deriva da un'iper-responsabilizzazione precoce del bambino;
- *Non essere te stesso*: che probabilmente è un'ingiunzione data dal genitore del sesso opposto;
- *Non essere sano di mente*: che deriva da comportamenti "folli" incoraggiati o agiti dai genitori;
- *Non stare bene in salute*: che deriva dalla constatazione che se si è malati si possono ricevere maggiori carezze positive dai genitori;
- *Non far parte*: che deriva dallo stato di generale esclusione ed estraneità sociale del nucleo familiare.

	Ingiunzioni	Decisioni di copione Vincente	Decisioni di copione Perdente
DIVIETI	NON esistere o Vorrei che tu non fossi mai nato	Se la vita non mi è stata data come dono, me la conquisterò ogni giorno come un diritto	Sarò una nullità, mi suiciderò, fallirò
	Non essere te stesso	Mi piaccio così come sono	Sarò troppo grasso o magro, aggressivo o remissivo, mi sentirò comporterò come se fossi dell'altro sesso
	Non provare emozioni	Vivrò la spontaneità delle mie emozioni	Sarò anaffettivo, impotente, ipo-affettivo
	Non pensare con la tua testa ma adotta i nostri criteri di riferimento o Non dire sciocchezze	Mi farò delle opinioni personali	Non capirò, sarò stupido, non studierò, sarò ignorante
	Non crescere	Diventerò il protagonista della mia vita	Resterò infantile, non acquisirà autonomia e responsabilità
	Non ti avvicinare	Mi godrò il contatto fisico	Me ne starò per conto mio, nel mio cantuccio
	Non ci lasciare	Andrò via da casa pur offrendo il sostegno possibile ai miei genitori	Non mi sposerò finché vivono i miei genitori
	Sii perfetto	Il risultato dipende da tanti fattori insieme (non solo dal mio impegno pur indispensabile)	Sarò ipercritico, verso me stesso e gli altri. Mi colpevolizzerò ad ogni errore
	Sbrigati	La fretta è cattiva consiglia	Farò ogni cosa nel più breve tempo possibile, mi annoierò se non avrò nulla da fare

IMPERATIVI	Sii forte	Vivrò la naturalità dei sentimenti e delle emozioni	Non mi mostrerò mai debole, sarò duro e autoritario
	Sforzati	Impiegherò al meglio le mie energie, senza però sfinirmi	Ce la metterò tutta senza desistere mai
	Compiacimi	Posso dire di no nse non condivido le aspettative	Farò tutto ciò che possa dar gioia agli altri
MESSAGGI MODALI	Sii o fai come B	Io sono io. Troverò la mia via.	Sarò come lui, mi sforzerò di imitarlo
	Non essere/Non fare come B	Anche se a volte fossi come B non importa, l'importante è che sia me stesso	Farò di tutto per non somigliare a B
	Se vuoi essere..allora	Deciderò di volta in volta se accettare la condizione richiesta	Farò come richiesto, pazienza!
	Quando... allora	Non c'è un tempo giusto per emozionarsi	Devo evitare di esprimermi perché ancora non ne ho diritto

Un tipo importante di ingiunzioni sono i racket: essi sono reazioni emotive negative che durante l'infanzia hanno ottenuto una gratificazione da parte dei genitori e che pertanto divengono le tonalità emotive prescelte in maniera stereotipata dal soggetto.

Sulla base dei racket più tipici riscontrabili in clinica Mavis Klein (1994, p. 59) suddivide le ingiunzioni in cinque categorie generali, dalle quali ritiene possano discendere tutte le ingiunzioni. Esse sono:

1. *Non sentirti abbastanza a tuo agio*, associata ad un racket di colpa;
2. *Non chiedere cose per te stesso*, associata ad un racket di non essere apprezzato;
3. *Non essere te stesso*, associata ad un racket di imbarazzo;
4. *Non riuscire*, associata ad un racket di paura di non riuscire;
5. *Non appartenere a nessuno*, associata ad un racket di panico.

Possiamo distinguere a questo punto le ingiunzioni in tre tipologie: imperativi, che assumono la forma del tipo “devi essere”, divieti, che assumono la forma del “non essere..” e in messaggi modali, che assumono la forma del tipo “così devi fare per...”.

Un ruolo peculiare nella strutturazione del copione lo hanno le controingiunzioni; inizialmente esse erano ritenute¹⁹ essere dei messaggi contrari alle ingiunzioni e quindi adattivi per il soggetto, in seguito gli studiosi di Analisi Transazionale si sono accorti che esse invece possono rappresentare una fonte di rafforzamento delle ingiunzioni stesse. Taibi Kahler²⁰ sostiene: “le controingiunzioni sono comportamenti che rinforzano una posizione esistenziale del tipo: Io sono ok se...”; la percezione di essere non ok è correlata a specifiche sequenze di comportamento definite minicopioni, la cui peculiarità è quella di essere una ripetizione, in miniatura, del proprio copione. Tahler individua dunque alcune controingiunzioni (o

¹⁹ Vedi Stewart-Joines, 2000, p. 171

²⁰ Kahler T., in Scilligo P., Bevilacqua T., Natilla A. (2004), p. 319

spinte) che stabiliscono le condizioni per essere ok e che il soggetto cerca affannosamente di adempiere; esse sono: Compiacimi, Sii Perfetto, Sii Forte, Sforzati, Sbrigati. La mancata soddisfazione di tali controcopioni incrementa nel soggetto la percezione di essere non ok e rinforza il copione.

Tipologie di copione

Nel modello delineato da Berne i copioni possono essere distinti sulla base di due criteri:

Le ingiunzioni caratterizzanti il copione, che delineano rispettivamente i copioni del tipo Vincitore, Perdente e Non- vincitore.

La strutturazione del tempo permessa dal copione, che delinea i copioni del tipo: Mai, Sempre, Finché, Dopo, Più e più volte, e Punto e basta.

Le ingiunzioni possono essere di tre tipi, ognuno dei quali è responsabile dello sviluppo di una tipologia di copione. Le ingiunzioni di primo tipo, socialmente accettabili e moderate, sono dirette e sono rinforzate da chiari cenni di approvazione o disapprovazione. Le ingiunzioni di secondo tipo sono ordini complicati e rinforzati in modo ambiguo attraverso ad esempio, sorrisi accattivanti e sguardi minacciosi di disapprovazione. Le ingiunzioni di terzo tipo sono ordini duri, severi e irragionevoli, spesso rinforzati attraverso la paura.

Le tipologie di copione che ne derivano sono, rispettivamente, il vincitore, il non- vincitore e il perdente. Ciò che discrimina questi tipi di copione non è il tipo di ambizioni che si prefigge il soggetto, ma è piuttosto il principio di realizzazione interiore del soggetto stesso. E' utile notare, sostiene Berne, che la persona che si pone di avere due figli o di saltare fino a quattro metri e vi riesce, è sempre un vincitore; l'uomo che invece si promette di avere quattro figli e ne ha solo tre e si propone di saltare fino a quattro metri e mezzo e salta fino a quattro metri e quaranta centimetri, pur essendosi posto obiettivi meno ambiziosi è un non-vincitore.

Il **Vincitore** è colui che ottiene il suo tornaconto attraverso gli slogan di contro-copione impartiti dal Genitore e che diventa pertanto una persona che nella vita si impone degli obiettivi e li rispetta. Nella vita si esprime con termini del tipo: "Ho fatto uno sbaglio, ma non capiterà più", "Ora ho capito qual'è il modo giusto per farcela".

Il **Perdente** è la persona che ottiene il suo tornaconto negativo a partire dalle provocazioni e seduzioni dello Stato dell'Io bambino del suo genitore. Nella vita si espone senza una giusta causa a inconvenienti o malattie e nell'infanzia si è posto degli obiettivi raggiungibili solo attraverso difficoltà e sofferenze; si esprime spesso in termini del tipo: "Se solo...", "Bisognerebbe che io...".

Il **Non- vincitore** è colui che ottiene il suo tornaconto a partire dalle ingiunzioni ricevute dai genitori ed è la persona che cerca di impegnarsi al massimo per raggiungere i suoi obiettivi, ma non riesce mai effettivamente a realizzarli. Le sue espressioni tipiche sono del tipo: "Perlomeno non ho..."

Un'altra modalità di discriminare i copioni è osservare quanto essi permettano al soggetto di strutturare il suo tempo. Questi copioni descrivono i sistemi di condizionamento attraverso i quali le persone strutturano le proprie storie di vita.

Berne (2006, pp. 152-158) individua sei tipologie di copione, che si riferiscono a questa necessità di strutturazione e li descrive rifacendosi ad alcuni personaggi della mitologia greca. I copioni individuati sono i seguenti:

1. **Mai:** questo copione è impersonificato da Tantalo, che per l'eternità avrebbe dovuto soffrire la fame e la sete; chi ha tale copione ha ricevuto il divieto, da parte dei genitori, di fare ciò desiderava. Queste persone trascorrono la loro vita impedendosi di fare ciò che desiderano, pur circondandosi di tentazioni, e realizzano così il tornaconto del loro copione.
2. **Sempre:** questo copione è impersonificato dal mito di Aracne. Aracne sfidò la dea Minerva nel lavoro del ricamo e fu per questo trasformata in un ragno e obbligata a tessere tele per tutta la vita. Chi è caratterizzato da tale copione ha ricevuto un rimprovero malevolo del tipo: "E' proprio questo quello che vuoi fare? Allora fallo per tutta la vita" e sono divenuti schiavi di un comportamento che li imprigiona (Ad esempio, la tossicodipendenza).
3. **Finché:** questo copione è impersonificato dai miti di Giasone (costretto a non diventare re finché non avesse mostrato il suo valore, passando dodici anni in schiavitù) e da Ercole (costretto a compiere dure fatiche per poter sperare, alla fine, di realizzarsi).
4. **Dopo:** questo copione è impersonificato da Damocle, a cui era stato concesso di diventare re avendo però una spada sospesa sulla sua testa. Le persone che sono caratterizzate da tale copione vivono sotto la minaccia di un imminente pericolo; il motto di questo copione è: "goditela pure per un po', ma dopo inizieranno i guai".
5. **Più e più volte:** questo copione è impersonificato dal mito di Sisifo, condannato a portare un masso sulla cima di una collina per vederlo rotolare indietro ogni volta che si accingeva a raggiungere la vetta. Le persone caratterizzate da questo copione sono persone che si sforzano di raggiungere traguardi per vederli sempre fallire per poco.
6. **Punto e basta:** questo copione porta in scena un Non-Vincitore ed è impersonificato dal mito di Filemone e Bauci, trasformati in piante di alloro come ricompensa delle loro buone azioni. Questo copione caratterizza coloro che, dopo aver conseguito un tornaconto banale, si rassegnano a sopravvivere senza aspettarsi altro.

Gli schemi maladattivi precoci- Il modello di Jeffrey Young

Young definisce "Schema maladattivo precoce" (SMP) "un modello omnicomprensivo formato da ricordi, emozioni, pensieri e sensazioni somatiche, usato per comprendere se stessi e il rapporto con gli altri, sviluppato nell'infanzia o nell'adolescenza, presente in tutte le fasi della vita ed evidentemente

disfunzionale”²¹. Gli SMP hanno una gravità differente, che dipende sia dall’ intensità e dalla durata dell’ attivazione emotiva negativa che il soggetto sperimenta quando lo schema è attivo, sia dalla quantità di situazioni in grado di attivarlo. Le situazioni attivanti sono di solito eventi che tendono a far ricordare al soggetto un trauma subito durante l’ infanzia o l’ adolescenza. Secondo Young è infatti possibile rintracciare nella storia del soggetto eventi che possono concorrere alla formazione di SMP e ne individua quattro tipologie: la prima è l’ esperienza di frustrazione di bisogni emotivi primari, la seconda è l’ esperienza di un trauma o un maltrattamento subito, la terza è la sensazione di essere investito di troppa attenzione o di eccessive aspettative da parte degli altri, la quarta è l’ interiorizzazione di una persona significativa con cui il bambino si identifica introiettandone pensieri, comportamento o emozioni. I soggetti che hanno SMP da bambini hanno costruito una rappresentazione veritiera dell’ ambiente in cui sono vissuti, ma non hanno costruito una rappresentazione altrettanto veritiera delle motivazioni alla base delle difficoltà emotive sperimentate. Possono descrivere i loro genitori come freddi e distaccati, ma non sanno comprendere e fornire spiegazioni riguardo alle motivazioni delle loro difficoltà ad esprimere sentimenti ed emozioni. Nell’ ottica cognitiva i disturbi psicologici sono distinti non in base ai contenuti emotivi, ma in base alla tipologia di distorsioni cognitive e dei comportamenti da esse derivati. Lo SMP rappresenta nella mente del bambino la minaccia di sperimentare la frustrazione dei suoi bisogni emotivi primari o di sperimentare intense emozioni negative dovute alla attivazione dello schema. Young, a partire da una disamina della letteratura e dalla sua esperienza clinica individua almeno cinque bisogni emotivi primari: (1) avere legami stabili con gli altri, (2) autonomia, senso di competenza e d’ identità, (3) libertà di esprimere i bisogni e le emozioni fondamentali, (4) spontaneità e gioco, (5) autocontrollo e limiti realistici.

Per padroneggiare tale sensazione il bambino utilizza tre stili di coping: può arrendersi, fronteggiare o ipercompensare la minaccia temuta. Young individua 18 SMP, classificati in cinque domini: il Distacco e rifiuto, la Mancanza di autonomia e abilità, la Mancanza di regole, l’ Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri e l’ Ipercontrollo e inibizione. La seguente tabella ci permette di avere una visione completa della tipologia di SMP e dei bisogni frustrati che ne sono alla base²².

DOMINI	CARATTERISTICHE	SMP
Dominio 1 Distacco e	Chi presenta uno o più schemi in questo dominio è convinto che probabilmente i propri bisogni di sicurezza, stabilità, cura, empatia, condivisione delle emozioni, accettazione e rispetto non saranno soddisfatti. La tipica famiglia di origine di questi soggetti è distaccata, fredda, rifiutante, iperprotettiva, poco socievole, instabile, imprevedibile o abusante.	Abbandono/Instabilità Sfiducia/Abuso Deprivazione Emotiva Inadeguatezza/Vergogna Esclusione Sociale / Alienazione

²¹ YOUNG J. et al. (2007). *Schema Therapy*, Ed. Eclipsi, Firenze, p. 7

²² Adattata da YOUNG J., et al. (2007), *op. cit.*, pp. 16-19.

Rifiuto		
<p>Dominio 2</p> <p>Mancanza di autonomia e libertà</p>	<p>Le persone con uno o più schemi in questo dominio hanno delle aspettative nei confronti di se stesse e del mondo che interferiscono con la loro capacità di differenziarsi dalle figure genitoriali, di vivere senza l' aiuto degli altri e di crearsi una vita indipendente o acquisire determinate abilità. Generalmente questi soggetti crescono in famiglie invischiate o iperprotettive, hanno genitori che hanno minato la loro fiducia in se stessi o che non sono riusciti a fornire loro stimoli a sufficienza per acquisire le abilità necessarie per agire e vivere adeguatamente al di fuori del contesto familiare.</p>	<p>Dipendenza/Incompetenza</p> <p>Vulnerabilità al pericolo o alle malattie</p> <p>Invischiamento/ Sé poco sviluppato</p> <p>Fallimento</p>
<p>Dominio 3</p> <p>Mancanza di regole</p>	<p>Chi presenta uno o più schemi in questo dominio non ha sviluppato regole adeguate in ambito relazionale e interpersonale o non riesce a perseguire obiettivi a lungo termine. Riscontra delle difficoltà nel rispettare gli altri nei loro diritti fondamentali, nell' istaurare rapporti di collaborazione, nell' adempiere ai propri impegni o nell' impostare o raggiungere obiettivi personali realistici. La tipica famiglia di origine ha ostacolato il figlio nell' assunzione delle proprie responsabilità, non gli ha insegnato a collaborare in modo proficuo con le altre persone, né a definire i propri obiettivi, perché, invece di confrontarsi con lui e definire una disciplina e delle regole adeguate, ha assunto atteggiamenti permissivi o indulgenti nei suoi confronti, è stata incapace di fornirgli un adeguato orientamento o ha manifestato un atteggiamento di superiorità. Talvolta i genitori non hanno permesso al figlio di imparare a tollerare un normale livello di sopportazione del disagio o non hanno esercitato a sufficienza le loro funzioni di controllo, orientamento e guida.</p>	<p>Pretese/Grandiosità</p> <p>Autocontrollo o autodisciplina insufficienti</p>
<p>Dominio 4</p> <p>Eccessiva attenzione ai bisogni degli altri</p>	<p>Chi presenta uno o più schemi in questo dominio mostra un' eccessiva attenzione ai desideri, sentimenti e alle reazioni degli altri, trascurando i propri bisogni allo scopo di conquistare l' amore e l' approvazione degli altri, preservare le relazioni interpersonali o evitare che gli altri possano reagire negativamente. Il soggetto tende a reprimere le proprie sensazioni di rabbia e a non tenere in considerazione le proprie inclinazioni, oppure ne è del tutto inconsapevole. La tipica famiglia di origine è caratterizzata da un atteggiamento di accettazione incondizionata, per cui il bambino si sente obbligato a reprimere alcuni aspetti importanti della propria personalità per conquistare l' amore, l' attenzione o l' approvazione degli adulti. In molti casi i genitori prestano maggior attenzione ai propri desideri o ai propri bisogni emotivi – o alle apparenze e allo status sociale- che ai sentimenti o alle esigenze del figlio.</p>	<p>Sottomissione</p> <p>Autosacrificio</p> <p>Ricerca di approvazione o riconoscimento</p>

<p>Dominio 5</p> <p>Ipercontrollo e inibizione</p>	<p>Le persone i cui schemi rientrano in questo dominio reprimono talmente i propri sentimenti, le proprie preferenze e i propri impulsi spontanei o sono così concentrate a soddisfare gli standard severi e le aspettative rigide di carattere prestazionale o etico che hanno interiorizzato, da trascurare i piaceri della vita, l'espressione di sé, il riposo, le relazioni intime o la salute. La tipica famiglia di origine è cupa, esigente e, in alcuni casi, punitiva: le prestazioni, il dovere, il perfezionismo, il rispetto delle regole, la repressione delle emozioni e il tentativo di non commettere errori hanno un ruolo prioritario sui piaceri e le gioie della vita, sul benessere e sul riposo individuale. Generalmente lo schema induce il soggetto a vivere in una condizione di costante pessimismo e nella continua preoccupazione che qualcosa di negativo possa accadere se non rimane costantemente vigile e attento.</p>	<p>Negatività /Pessimismo</p> <p>Inibizione Emotiva</p> <p>Standard Severi / Ipercriticismo</p> <p>Punizione</p>

Le strategie di coping

Il soggetto adulto, quando sperimenta la minaccia dovuta all'attivazione dello schema, può reagire attraverso le tre modalità che usava da bambino: la resa, l'evitamento o l'ipercompensazione. Queste strategie di coping, però, spesso non sono più adatte a gestire le situazioni che il soggetto vive, minano la sua possibilità di adattarsi all'ambiente in modo più funzionale, costituiscono una importante fonte di mantenimento dello schema maladattivo precoce e possono indirizzare le scelte esistenziali delle persone.

La resa impedisce di tentare di evitare o contrastare lo schema, portando invece ad accettare incondizionatamente il suo istaurarsi e a rivivere le reazioni emotive negative che esso determina. Le persone che utilizzano questa strategia di coping tendono a istaurare rapporti simili a quello vissuto in modo disfunzionale con il caregiver con cui avevano la relazione più problematica da bambini; questi soggetti, assumendo un atteggiamento passivo e accomodante, tendono a mantenere lo schema maladattivo. Ad esempio, i soggetti con uno schema Abbandono/Instabilità possono tendere a intraprendere e portare avanti con ostinazione relazioni con partner poco affettuosi e poco motivati.

L'evitamento porta ad evitare spesso interi ambiti esistenziali, connessi all'attivazione dello schema e a evitare tutte le emozioni, le situazioni, i pensieri che sono connessi ad esso. Ad esempio, chi ha uno schema di Fallimento può tendere ad evitare di investire in lavori che richiedano assunzioni di responsabilità e può preferire incarichi e mansioni inferiori alle sue reali capacità.

L'ipercompensazione è l'atteggiamento di chi, per osteggiare lo schema disfunzionale, tende ad assumere comportamenti e pensieri tali da permettergli di non percepirsi più vulnerabile e impotente: il soggetto tende a contrattaccare lo schema per non esserne vittima. Questa strategia, che potrebbe apparire funzionale, diviene patologica quando è sproporzionata alle situazioni attivanti ed è utilizzata in maniera ipervalente. Un esempio di uso dell'ipercompensazione è quello della persona che, avendo uno schema di

Deprivazione Emotiva, tende a compensare lo schema chiedendo aiuto agli altri in maniera talmente eccessiva da trasformare le sue richieste in pretese.

L'attivazione di uno schema, indipendentemente dalla strategia di coping che utilizza il paziente, è percepita come la minaccia di poter vivere nuovamente esperienze emotivamente pregnanti e dolorose di cui egli ha già fatto esperienza nell'infanzia. L'attenzione e l'attitudine a proteggersi dall'attivazione dello schema può assumere i connotati di scopo negativo sovraordinato talmente importante da configurarsi come scopo di vita del soggetto. Le persone, in altri termini, nel prendere decisioni esistenziali, tenderebbero a porsi lo scopo di non rivivere mai più tali esperienze.

Secondo Young il principio che regola il mantenimento degli schemi maladattivi è la "coerenza cognitiva": sebbene uno schema comporti l'attivazione di emozioni negative, esso tuttavia rappresenta nella mente del soggetto un evento già conosciuto e permette perciò di mantenere una visione stabile di se stessi e degli altri. I pazienti, nota Young, tendono a ricercare attivamente quelle situazioni che più frequentemente attivano i loro SMP, che in questo modo guidano il pensiero, il comportamento e le interazioni sociali del soggetto.

I mode disfunzionali

Un concetto cardine del modello di Young è quello di mode, definito come un "l'insieme di schemi e di relative operazioni (adattive o maladattive) attivi in un paziente in un dato momento"²³. Esso comprende sia gli stati emotivi del paziente che le strategie di coping che egli utilizza.

Il concetto di mode nasce nello studio di pazienti con disturbo borderline di personalità. Young notò che tali pazienti presentavano un numero troppo elevato di schemi e che pertanto era difficoltoso affrontarli tutti contemporaneamente; inoltre questi soggetti presentavano repentine mutazioni a carico sia della sfera emotiva che cognitiva, quindi risultava estremamente difficile applicare alla loro psicoterapia un modello teorico basato su schemi tipici e caratteristici delle persone in quanto non sembrava efficiente nel rendere conto dei passaggi da uno stato all'altro. Young sottolinea che il mode può essere considerato come uno stato mentale dissociato, ossia come un aspetto di sé, comprendente specifici schemi e risposte di coping, non integrato con gli altri. Da questo punto di vista i mode possono essere differenziati a seconda del livello di dissociazione in cui si collocano. Se il livello di dissociazione è basso il soggetto usa differenti mode contemporaneamente, pur mantenendo un intatto senso dell'identità. Se il livello di dissociazione è elevato il soggetto utilizza differenti mode, senza però essere consapevole dell'esistenza degli altri. Nel funzionamento normale, sottolinea Young, possono essere presenti quindi più mode contemporaneamente (è il caso, ad esempio, di un evento che ci rende contemporaneamente tristi e felici). I mode sono comunque caratterizzati da una maggiore flessibilità, quindi sono capaci di adattarsi ai cambiamenti.

²³ Young et al. (2007), op. citata, p.40.

Nella pratica clinica la conoscenza e il lavoro sui mode si rivela particolarmente utile soprattutto nelle situazioni in cui il paziente è molto rigido o evitante, nelle situazioni in cui avvengono repentini cambiamenti nell'umore o nell'atteggiamento, nelle situazioni in cui il paziente è fortemente autocritico e nelle situazioni in cui il paziente è incapace a fare scelte. In questi casi si può notare la prevalenza di più mode in contrapposizione tra loro e che il paziente non riesce a integrare.

Young individua dieci mode, raggruppati in quattro categorie: i mode Bambino, i mode Coping Disfunzionale, i mode Genitore Disfunzionale e il mode Adulto funzionale.

La categoria mode Bambino comprende mode innati ed universali, presenti fin dalla nascita e distinti in mode Bambino Vulnerabile, Bambino Arrabbiato, Bambino Impulsivo e Bambino Felice.

Il soggetto che presenta un mode Bambino Vulnerabile (che rappresenta il bambino umiliato, abusato, rifiutato o deprivato ed è l'espressione della maggior parte degli schemi disfunzionali) tende ad essere spaventato, triste, sopraffatto e impotente, costretto a imbattersi nelle difficoltà da solo, senza l'aiuto degli adulti di cui avrebbe bisogno per sopravvivere. Gli SMP associati possono essere l'Abbandono, la Sfiducia/Abuso, la Deprivazione Emotiva, l'Escusione Sociale, la Dipendenza, la Vulnerabilità, l'Invischiamento o il Pessimismo.

Il soggetto che presenta un mode Bambino Arrabbiato (che rappresenta la parte di sé che prova rabbia a causa dei bisogni insoddisfatti o a causa della percezione di essere stato trattato ingiustamente) tende a manifestare improvvisi scoppi di ira in correlazione all'attivazione degli SMP tipici del Bambino Vulnerabile o in correlazione all'attivazione dello SMP Sottomissione.

Il soggetto che presenta un mode Bambino Impulsivo (che rappresenta la parte di sé che reagisce, prova emozioni, e agisce in base ai propri desideri a prescindere dalle conseguenze) tende a non tollerare la frustrazione e il differimento della gratificazione dei suoi bisogni. Appare viziato, aggressivo, impaziente, pigro e dotato di scarso autocontrollo. Gli SMP associati a questo mode sono lo schema Pretese e l'Autocontrollo. Il soggetto che presenta un mode Bambino Felice (che rappresenta lo stato di sé pienamente soddisfatto nei suoi bisogni emotivi del momento) si sente al momento appagato ed amato, tanto che in questo stato non è attivo nessun SMP.

La categoria mode Coping Disfunzionale è costituita da tre mode: il Protettore distaccato, l'Ipercompensatore e l'Arreso Compiacente. Questi mode nascono come strategie per poter sopravvivere in un ambiente che il bambino percepisce ostile, incapace di soddisfare i suoi bisogni emotivi. In età adulta, quando il soggetto si confronta con la più complessa realtà esterna queste strategie divengono disadattive.

Il soggetto che presenta un mode Protettore Distaccato (corrispondente allo stile di coping l'evitamento) si sente vuoto e appare cinico e distaccato, isolato socialmente, iper-fiducioso in se stesso. I

pazienti che vertono in questo stato cercano di sfuggire al dolore provocato dagli SMP attraverso il distacco emotivo, l'uso di stupefacenti, l'isolamento o altre forme di fuga.

Il soggetto che presenta un mode Ipercompensatore (corrispondente allo stile di coping ipercompensazione) tende a combattere gli SMP maltrattando gli altri o assumendo atteggiamenti volti a confutarli. Ad esempio, se si sente in colpa tende a colpevolizzare gli altri, se si sente sottomesso tende a prevaricare gli altri.

Il soggetto che manifesta un mode Arreso Compiacente (corrispondente allo stile di coping evitamento) si sottomette totalmente agli schemi, assumendo il ruolo di bambino passivo e impotente che si arrende agli altri. Appare passivo e dipendente, tanto da lasciarsi maltrattare, trascurare, controllare o svalutare dagli altri pur di preservare la relazione o evitare ritorsioni.

La categoria mode Genitore Disfunzionale è costituita da due mode che il soggetto manifesta quando adotta lo stesso atteggiamento che i genitori avevano nei suoi confronti da bambino. Il suo modo di pensare e di agire rispecchia quindi quello che ha osservato da bambino nell'adulto che ha interiorizzato. I mode Genitore Disfunzionale sono definiti Genitore Esigente e Genitore Punitivo.

Il soggetto che verte in un mode Genitore Esigente (che fa continue pressioni sul bambino affinché raggiunga standard elevati) sente che la perfezione è giusta e il fallimento o la spontaneità sono sbagliati. A questo mode si associano prevalentemente gli SMP Standard Severi e Autosacrificio.

Il soggetto che presenta un mode Genitore Punitivo (che punisce uno dei mode Bambino quando esprime i propri bisogni o commette errori) tende ad accusarsi di essere cattivo, inadeguato e sbagliato e può manifestare atteggiamenti autolesivi. Spesso è tipico di soggetti con un Disturbo Depressivo maggiore o con Disturbo Borderline di Personalità. Gli SMP associati a questo mode sono la Sottomissione, la Punizione, l'Inadeguatezza e la Sfiducia/Abuso. Spesso questi due mode sono presenti contemporaneamente: in questo caso il soggetto tende a porsi obiettivi elevati e a punirsi se non riesce a raggiungerli.

L'Adulto Funzionale, infine, è descrivibile come la parte sana del Sé, che consente di avere un equilibrio e di bilanciare e controllare l'eventuale attivazione emotiva disfunzionale innescata dai mode precedentemente descritti. Gli interventi di Mode Work sono finalizzati a rafforzare questo mode. Le sue funzioni principali sono: ascoltare e proteggere il Bambino Vulnerabile, impartire delle regole al Bambino Arrabbiato e al Bambino Impulsivo e contrastare o moderare i mode Genitore Disfunzionale e Coping Disfunzionale.

Conclusioni

La formulazione del caso clinico incentrata su una chiara definizione degli schemi usati prevalentemente dal soggetto e delle modalità attraverso cui si sono formati aiuta il clinico nella

strutturazione di un intervento efficace, perché permette di lavorare su quei fattori di rischio che più spesso possono turbare la sensibilità del paziente.

Partire dai problemi e dal sistema di credenze del soggetto senza testare gli schemi che ne sono alla base ci può esporre il rischio di adattare procedure che, seppur efficienti e manualizzate, possono non rendere conto dei fattori soggettivi di vulnerabilità del paziente. Gli schemi e il sistema di convinzioni sono aspetti che devono essere indagati nella loro complessità: è importante, infatti, conoscere ciò che pensa il paziente di se stesso, ma non si può trascurare la costruzione di significati che egli fa anche degli altri, del mondo e del futuro. Basti pensare che persone che hanno uno schema di sé simile possono in realtà manifestare molte divergenze sia nei loro comportamenti sia nella sintomatologia clinica. Ad esempio uno schema del tipo: “io sono inadeguato” può portare ad esiti diversi se associato a schemi degli altri del tipo “gli altri sono critici” o del tipo “gli altri sono protettivi”: nel primo caso possiamo attenderci che il paziente manifesti comportamenti probabilmente evitanti, nel secondo che manifesti tratti di dipendenza interpersonale.

La comprensione della tipologia di schemi dei pazienti è fondamentale nell’approccio clinico. A tal proposito l’uso di questionari anamnestici mirati, come ad esempio il Dysfunctional Attitude Scale (Weissman e Beck, 1978, Beck, 1979), lo Young Schema Questionnaire (Young 1990), si rivela molto utile per identificare i pensieri condizionali e i core belief tipici dei pazienti e ci aiuta ad avere una prima, seppur sommaria, concettualizzazione del sistema di pensiero del paziente.

Il cambiamento degli schemi maladattivi è un processo che innanzitutto prevede l’identificazione di schemi alternativi, più adattivi e funzionali. Per individuarli è possibile chiedere al paziente :

Come ti piacerebbe essere?

Se non fossi.....come ti piacerebbe essere?

Se gli altri non fossero.....come ti piacerebbe che fossero?

E’ possibile definire gli schemi centrali dell’individuo in termini di condizioni esistenziali particolarmente avverse, che l’individuo desidera evitare, non vivere o ri-vivere più, o condizioni esistenziali che a cui auspica pervenire?

Mancini (2008, p. 45), riprendendo la letteratura di Shakespeare riconduce la sofferenza individuale a due domini esistenziali: esperienze di orgoglio ferito e di amore non corrisposto. Veglia (2003, p. 67) individua due aree tematiche alla base del modo in cui le persone sviluppano una coscienza di sé, degli altri e del mondo: la tematica del controllo/potere e della semantica /condivisione. In che modo le persone divengono sensibili a particolari temi?

I modelli di Young e Berne cercano di rispondere a tale domanda sottolineando quanto esperienze precoci di interazione con i caregiver determinino lo sviluppo di particolari schemi o decisioni esistenziali tali da permettere al soggetto di evitare nuovamente la frustrazione di bisogni di accudimento, cura,

riconoscimento o protezione. Il focus terapeutico prevede quindi un lavoro sulla genesi degli schemi disadattivi. A tal proposito Young propone l'utilizzo di una serie di tecniche immaginative volte a far dialogare il paziente con le persone che hanno contribuito alla formazione dello schema (ad es. i genitori) o che lo rinforzano nella vita quotidiana. Grazie all'aiuto del terapeuta il paziente diviene in grado di identificare i bisogni che il genitore ha frustrato quando il soggetto era bambino ed esprimere il suo dissenso per aver trascurato le sue necessità.

Il modello terapeutico di Eric Berne si basa sulla individuazione e rimozione delle decisioni di copione. L'analisi delle scene connesse alla formazione della decisione di copione e il processo di ridecisione aiutano il paziente a liberarsi dai condizionamenti e a basare il suo funzionamento sullo stato dell'Io Adulto, capace di mediare le richieste degli Stati Genitore e Bambino.

Il modello di Lorna Benjamin sottolinea la genesi interazionale degli scopi di vita delle persone, proponendo un lavoro terapeutico che mira a far sviluppare nel paziente delle modalità di risposta corrette: aumentare la collaborazione, facilitare l'apprendimento sui modelli, mobilitare la volontà, bloccare i modelli disfunzionali e/o insegnare nuovi modelli.

La questione dei temi di vita è un argomento complesso e una sfida per la clinica; il suo approfondimento ci consente di non perdere di vista la componente esistenziale, unica e irripetibile, dell'essere umano che si trova davanti a noi.

Bibliografia

- Abramson, L.Y. & Alloy, L.B. & Hogan, M.E. & Whitehouse, W.G. & Donovan, P & Rose, D. et al. (1999). Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence, *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 13, pp. 5-20.
- Abramson, L.Y. & Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression, *Psychological Review*, 96, pp. 358-372.
- Beck, A. & Freeman, A. (1993). *Terapia cognitiva di disturbi di personalità*, Mediserve, Milano.
- Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy, *Archives of General Psychiatry*, 10, pp. 561-571.
- Beck, A.T. & Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*, Guilford Press, New York.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International Universities Press, New York.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*, Harper & Row, New York.
- Beck, A.T. & Rush, A. & Shaw, B. & Emery, G.D. (1979). *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York.
- Benjamin, L.S. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, Las, Roma.
- Benjamin, L.S. & Critchfield, K.L. (2008). Internalized Representation of Early Interpersonal Experience and Adult Relationships: A Test of Copy Process Theory in Clinical and Non - Clinical Settings, *Psychiatry*, 1, pp.71-91.
- Berne, E. (1991). *A che gioco giochiamo*, Tascabili Bompiani, Milano.
- Berne, E. (2006). *Fare l'amore*, Tascabili Bompiani, Milano.
- Berne, E. (1971). *Analisi Transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma.
- Berne, E. (2008). *Ciao... e poi?*, Tascabili Bompiani, Milano.

- Blissett, J. & Walsh, J.& Harris, G.& Jones, C.& Leung, N.& Meyer, C. (2006). Different Core Belief Predict Paternal and Maternal Attachment Representations in Young Women, *Clin Psychol. Psychother.*, 13, pp. 163-171.
- Henry, L.A. & Williams, R.M. (1997). Problems in conceptualisation within cognitive therapy: An illustrative case study, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(3), pp.201–213.
- Horowitz, M.J. (2001). (a cura di). *Schemi- persona e modalità di relazione disfunzionali*, Città Nuova, Roma.
- Horowitz, M.J. (Ed.) (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*, IL: University of Chicago Press, Chicago.
- James, I.A. & Reichelt, K.& Freeston, M.& Barton, S. (2007). Schema as memories: Implication for Treatment, *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 21, pp.51-57.
- James, I.A.& Southam, L.& Blackburn, I.M. (2004). Schemas Revisited, *Clin. Psychol. Psychother.* 11, pp. 369–377.
- Just, N.& Abramson, L.Y.& Alloy, L.B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual analysis, *Clinical Psychology Review*, 21, pp. 63–83.
- Klein, M. (1994). *Autoanalisi transazionale. Per scoprire la nostra vera personalità*, Astrolabio Ubaldini, Roma.
- Mancini,F.& Perdighe, C. (a cura di) (2008). *Elementi di psicoterapia cognitiva*, Giovanni Fioriti, Roma.
- McCure Goulding,M. & Goulding, R. (1983), *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Astrolabio, Roma.
- Paykel, E.S. (Ed.). (1982). *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.
- Platts, H & Tyson, M.& Mason, O.(2002) Adult Attachment Style and Core Beliefs: Are They Linked?, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, pp. 332–348.
- Riskind, G.& Alloy, L.B. (2006).Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of Theory, Design, and Methods, *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 25, No. 7, pp. 705-725.
- Roy–Byrne, P.B.& Geraci, M.& Uhde, T.W. (1986). Life events and the onset of panic disorder., *American Journal of Psychiatry*, 143, pp. 1424–1427.
- Safran, J.D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory, *Clinical Psychology Review*, 10, pp. 87–105.
- Safran, J.D.& Vallis, T.M. & Segal, Z.V.& Shaw, B.F. (1986).Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, pp. 509–526.
- Scilligo, P.& Bevilacqua, T.& Natilla, A. (2004)(a cura di). *Gestalt e Analisi Transazionale*, IFREP, Roma.
- Stewart, I.& Joines, V. (2000). *L' analisi transazionale. Guida alla psicologia dei rapporti umani*, Garzanti, Milano.
- Veglia, F. (a cura di) (2003). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino (2 r).
- Young, J.& Klosko, J.& Weishaar, M. (2007). *Schema Therapy*, Eclipsi, Firenze.
- Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach* (2nd ed.), FL: Professional Resource Exchange, Sarasota.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC:, American Psychological Association.

Autore Mara Romiti

Specializzata a Roma, training Mancini (Spc)

e-mail: mara-romiti@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

L'anoressia nervosa: dalla diagnosi al trattamento. Una review

Nunzia Brusca¹

¹Psicologa, Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Riassunto

Il presente lavoro si propone di offrire una disamina dei recenti studi sulla vasta letteratura dell'anoressia nervosa, con lo scopo ultimo di offrire spunti applicativi di ricerca scientifica e di trattamento clinico di questo disturbo da sempre visto come il "prototipo" dei disturbi del comportamento alimentare. Partendo dai presupposti diagnostici offerti dal DSM IV T-R, si passa all'attenzione ed interpretazione del disturbo secondo diversi modelli teorici di riferimento attualmente esistenti. In questa cornice teorica si pone attenzione, nell'ultima fase, all'intervento clinico mediante il trattamento cognitivo-comportamentale multi-step dell'anoressia nervosa recentemente utilizzato nei DCA.

Summary

The aim of this work is to provide a comprehensive review of recent studies about the complex phenomenon of anorexia nervosa, in order to suggest new insights for the scientific research and clinical treatment on this prototypical eating disorder. After the description of the conditions offered by the diagnostic manual DSM IV T-R, the attention is focused on the several theoretical and expositive models currently existing. Finally, from this theoretical framework we describe the last stage of clinical intervention effectuated by using the cognitive-behavioral multi-step treatment anorexia nervosa.

Definizioni e caratteristiche dell'anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è una patologia che colpisce maggiormente soggetti in fase adolescenziale ed è caratterizzata da un progressivo rifiuto di cibo che può portare alla cachessia e in casi estremi alla morte (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Garner & Dalle Grave, 1999; Fabrizio et al., 2004; Arkel & Robinson, 2008). Per poter diagnosticare un caso di anoressia nervosa si fa affidamento ai criteri dell'APA (American Psychiatric Association).

La definizione psichiatrica della malattia ha subito diverse variazioni, ma attualmente vengono ufficialmente accettati i criteri dell'ultima versione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali) il DSM-IV T-R (2001), che stabilisce di poter parlare di anoressia nervosa quando si presentano alcune caratteristiche:

Un rifiuto di mantenere il proprio peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo di crescita in altezza con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto);

- Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi anche quando si è sottopeso;
- Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del proprio corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del proprio corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso;
- Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè l'assenza di almeno tre cicli consecutivi.

I sottotipi di anoressia nervosa attualmente riconosciuti dal DSM IV T-R (2001) sono due:

Anoressia Nervosa con restrizioni. In questa categoria i soggetti nell'episodio attuale di anoressia nervosa non presentano regolarmente episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (es. uso inappropriato di diuretici, lassativi, enteroclistmi, o vomito autoindotto). In questo sottotipo la perdita di peso viene ottenuta principalmente dalla dieta, digiuno o da attività fisica.

Anoressia Nervosa con Abbuffate/Condotte di eliminazione. I soggetti nell'episodio attuale di anoressia nervosa presentano regolarmente episodi di abbuffate o condotte di eliminazione.

Il termine "anoressia" significa "perdita di appetito", questa definizione però risulta errata in quanto in questi soggetti non si ha perdita di appetito, ma si verifica un rifiuto volontario di mangiare per paura di un aumento ponderale (Palmer, 1988; Montecchi, 1994; Ruggirei & Fabrizio, 1994; Oliviero Ferrararis et al., 1997; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998), ed è per questo motivo che la Falugi (1992) preferisce chiamarla "sitiergia" in quanto le pazienti "hanno fame e non mangiano (...) anche se ricercano il cibo, lo accumulano e lo cucinano per gli altri" (pag. 19).

Paradossalmente le pazienti con anoressia nervosa sono delle ottime cuoche, impegnate collezioniste e lettrici di ricette o di tutto ciò che a che fare con l'alimentazione e con le diete, inoltre tutti i soggetti con un disturbo alimentare psicogeno sono dei sognatori di pasti abbondanti ed invitanti (De Pascale, 1992).

In questi soggetti è presente un'alterata immagine corporea, riferita alla valenza positiva o negativa che il soggetto esperisce di fronte all'immagine del proprio corpo, che li porta a vedersi e sentirsi "grassi" anche quando sono in una situazione di grave sottopeso (Bruch, 1977; Ripa di Meana, 1995; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Il concetto di consapevolezza del proprio corpo (body awareness) non è soltanto riferito alla percezione della propria apparenza esterna. Questi soggetti infatti, oltre alle distorsioni relative al proprio aspetto esteriore, tendono a manifestare confusione relativa alle proprie esperienze sensoriali e psichiche, come ad esempio alterazioni relative ai cicli mestruali, alla sensazione di caldo e freddo, ed a un errato riconoscimento della propria fatica fisica (De Pascale, 1992).

La convinzione più eclatante dei pazienti con anoressia nervosa è che la magrezza sia l'unico modo attraverso cui godere di un buono stato di salute fisica e psichica che va cercata ricorrendo a diete rigide fino al digiuno, eccessivo esercizio fisico, uso improprio di lassativi o diuretici, vomito autoindotto (Palmer, 1988; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Santoni Rugiu et al., 2000).

Infatti, centrale per l'anoressica è il sentirsi accettata e giudicata positivamente dagli altri che essa giudica significativi (Bruch, 1977; Selvini Palazzoni, 1981; Minuchin et al., 1980; De Pascale, 1992; Gardener & Dalle Grave, 1999).

Un elemento fondamentale in questa patologia è l'abnorme riduzione del peso corporeo rispetto all'età, al sesso e all'altezza (Palmer, 1988). Molto spesso però, ciò che viene deputato anomalo è l'atteggiamento del soggetto verso il proprio corpo (Montecchi, 1994). Crisp (1976) parla di "fobia del peso", in quanto l'anoressica ha una paura morbosa del suo peso normale (Montecchi, 1994 e 1996; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Carano et. al (2007) hanno condotto uno studio interessante con l'obiettivo di esaminare in un campione di 105 soggetti di sesso femminile con disturbo del comportamento alimentare, la prevalenza e l'incidenza dell'assitimia e della dissociazione. Il 18.1% del campione risultava essere alessitimico. Dai risultati presentati dagli autori si evince come nelle pazienti alessitimiche ci sia una elevata tendenza all'uso della dissociazione come meccanismo di difesa.

Hilde Bruch (1977) fa una distinzione tra anoressia nervosa primitiva e anoressia nervosa atipica. Nella prima compaiono alcune tematiche legate al senso di identità, di competenza e di efficacia mentale. Nell'anoressia nervosa primitiva è presente un disturbo dell'immagine corporea, infatti il soggetto anoressico si identifica con il proprio corpo emaciato e lo mantiene attivamente negando l'anomalia (Bruch, 1977; Montecchi, 1994; Selvini Palazzoni et al., 1998). In questa categoria è presente anche la mancanza di un'interpretazione o percezione consapevole degli stimoli provenienti dal corpo che induce il soggetto a non riuscire a riconoscere la sensazione di fame. Inoltre è sempre presente un senso di inefficacia che sta alla base del pensiero e di ogni attività del soggetto (Bruch, 1977; Montecchi, 1994; Selvini Palazzoli et al., 1998).

L'anoressia nervosa atipica invece, non è soggetta a classificazione. I soggetti che appartengono a questa categoria potrebbero all'inizio venir diagnosticati come anoressici, ma poi vengono considerati atipici in quanto le motivazioni e le dinamiche che accompagnano il disturbo differiscono da quelle associate ad un quadro morboso "tradizionale".

Conseguenze organiche nei casi gravi di anoressia nervosa

Nel quadro dell'anoressia nervosa si riscontrano diverse disfunzioni a carico dei diversi apparati: gastroenterico, cardiocircolatorio, muscolare e scheletrico e del sistema nervoso centrale e periferico.

Nell'apparato gastroenterico possono evidenziarsi sia lesioni causate da un comportamento alimentare anomalo come un ritardo nello svuotamento gastrico responsabile della stipsi, alterazioni pancreatiche, sofferenza epatica con statosi reversibile e talora cirrosi, sia lesioni secondarie al disturbo come lesioni dentarie per bruxismo ed ipertrofia parotidea per ipersecrezione autoindotta (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998, Robinson, 2000).

A carico dell'apparato cardiocircolatorio si osservano bradicardia ed ipotensione, prolasso valvolare mitralico, tachitrmie, alterazioni elettrocardiache (Montecchi, 1994; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Santoni Rugiu et al., 2000).

L'apparato muscolare e scheletrico può presentare ipotonia e ipertrofia ai cingoli, miopatia e neuropatia, osteoporosi e fratture spontanee (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Chowdhury & Lask, 2000; Santoni Rugiu et al., 2000).

Anche il sistema nervoso centrale e periferico può presentare delle anomalie come insonnia, neuropatie periferiche, crisi epilettiche, atrofia cerebrale reversibile ed alterazioni elettroencefalografiche (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Presenti sono anche alterazioni elettrolitiche come ipocalcemia, ipopotassemia che sono molto più frequenti tra coloro che praticano il vomito (Montecchi, 1994) e che fanno uso/abuso di lassativi e diuretici (Chowdhury & Lask, 2000; Turner et al., 2000).

Diverse ricerche empiriche dimostrano la forte interdipendenza tra il peso corporeo e i cambiamenti endocrinologici. Infatti studi sull'argomento dimostrano che la secrezione degli ormoni FSH e LH risulta notevolmente ridotta nelle anoressiche con peso marcatamente più basso e anche il testosterone presente nei due sessi tende a diminuire con il calo ponderale (Palmer, 1988). Sembra dunque che l'individuo anoressico torni ad una condizione puberale.

Comorbilità con i disturbi di personalità

Molte ricerche mettono in evidenza come i disturbi alimentari si associano a specifici cluster di disturbi di personalità e a determinati tratti come il perfezionismo, l'auto-direttività e l'impulsività. Nello specifico si evince una prevalenza nei disturbi alimentare dei disturbi di personalità evitante, ossessivo-compulsivo e dipendente. In particolare nelle anoressiche di tipo restrittivo si osserva una stretta comorbilità con il disturbo di personalità evitante e ossessivo compulsivo, manifestando inoltre tratti perfezionistici, scarsa ricerca di novità, difficoltà interpersonale ed isolamento sociale. Mentre le anoressiche con abbuffate/condotte di eliminazione presentano una maggiore associazione con i disturbi di personalità evitante, dipendente, borderline, istrionico e narcisistico, mettendo in atto tratti impulsivi, una significativa instabilità nelle relazioni interpersonali, nel comportamento e nell'affettività. In questi soggetti si evidenziano inoltre frequenti comportamenti autolesionistici e abuso di sostanze (Basile et al., 2007).

Epidemiologia dell'anoressia nervosa

L'anoressia nervosa sembra essere la patologia più rara tra tutte quelle che rientrano nella categoria dei disturbi dell'alimentazione (Bruch, 1977; Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999), infatti il DSM- IV T-R (2001) riporta un tasso di prevalenza compreso tra lo 0.5% e l'1%.

Gli studi epidemiologici condotti fino ad oggi sull'anoressia nervosa attribuiscono all'età e al sesso i principali fattori predisponenti la patologia (Palmer, 1988).

Alcune ricerche empiriche hanno messo in evidenza che il fenomeno si manifesta con alcune oscillazioni periodiche probabilmente in relazione al fluttuare dei canoni estetici femminili. Infatti i tassi più acuti di incidenza della patologia, sono stati riscontrati negli anni Venti e Trenta, Sessanta e Settanta, in periodi cioè, in cui veniva "apprezzata" un'immagine di donna sottile (Faccio, 1999).

La grande maggioranza dei casi riguarda principalmente soggetti di sesso femminile in età adolescenziale (Palmer, 1988; Montecchi, 1996; Santoni Rugiu et al., 2000) soprattutto in età compresa tra i 12 e i 18 anni, anche se attualmente a questo fenomeno si accompagna una precocità dell'evento a tal punto da far considerare un'ulteriore fascia di età di insorgenza corrispondente a pochi mesi prima e a pochi mesi dopo la comparsa del menarca, in un periodo compreso tra gli 8 e i 10 anni (Montecchi, 1996).

Diversi studi sull'argomento hanno riscontrato, inoltre, una diffusa prevalenza del fenomeno tra i soggetti appartenenti a classi sociali medio-alte e provenienti da paesi industrializzati (Montecchi, 1996; Santoni Rugiu et al., 2000) e sembra che la scuola secondaria, il college o il campus risultino gli habitat ideali per la comparsa del disturbo (Gordon, 1999; Faccio, 1999). Una recente ricerca a tal riguardo (Maskell, 2009) individua che ad oggi molti individui che soffrono di disturbi del comportamento alimentare provengono da un variegato background socioeconomico e presentano molti sintomi atipici rispetto al passato.

Nel 1976 Crisp et al. Realizzarono in Inghilterra un'indagine con gruppi di ragazze in età scolare dove rilevarono una maggiore predisposizione al disturbo in studentesse appartenenti a scuole private (1 caso su 100) rispetto a studentesse di scuole pubbliche (1 caso su 550). Questi risultati indussero Crisp et al. A concludere che il disturbo si manifestasse soprattutto nelle classi medio-alte (Crisp, 1976; Faccio, 1999).

In una ricerca del 2001 McClelland e Crisp, indagarono la prevalenza dell'anoressia nervosa nelle classi sociali più elevate con lo scopo di verificare anche se i pazienti provenienti da classi sociali diverse presentavano differenze cliniche. Nello studio sono state incluse le donne con una diagnosi di anoressia nervosa sulla base dei criteri dell' ICD-10 e DSM-IV in un centro specializzato, in un arco di tempo che va dal 1960 al 1993. La classe sociale venne stabilita sulla base della classificazione del Great Britain Office of Population Census and Survey sull'occupazione del padre. Il campione era formato da 692 donne con anoressia nervosa. I risultati della ricerca hanno evidenziato che non c'erano differenze nella proporzione con cui le diverse classi sociali presentavano i fattori clinici presi in considerazione quali:

peso corporeo, durata del disturbo, abbuffate e i conseguenti comportamenti di eliminazione come il vomito e l'uso di diuretici e lassativi. Inoltre lo studio indagando un campione molto ampio di soggetti ha potuto confermare che l'anoressia nervosa continua a colpire prevalentemente le classi sociali più elevate. Un altro fattore emerso è che la gravità del disturbo anoressico non è determinata dalla classe sociale di appartenenza ma da altri fattori individuali e familiari.

L'anoressia nervosa nel maschio

Sebbene l'anoressia nervosa sia una malattia con un'alta prevalenza femminile, in casi sporadici si presenta anche nel sesso maschile (Bruch, 1977; Palmer, 1988).

La letteratura al riguardo è ancora molto contraddittoria e ambigua a causa della rarità del fenomeno (Bruch, 1977) anche se come afferma Palmer (1988), l'anoressia maschile potrebbe essere molto più frequente di quello che sembra in quanto molti probabili casi non vengono presi in considerazione inizialmente dal medico che la ritiene una malattia prettamente femminile. Molto spesso nella diagnosi si fa affidamento anche alla sospensione delle mestruazioni, e questo criterio potrebbe rappresentare un ulteriore ostacolo ad una precoce individuazione del disturbo nella sfera maschile.

Come per le femmine, anche per i maschi l'età di insorgenza sarebbe quella pubero-adolescenziale (Faccio, 1999), anche se alcune ricerche individuano un'età di insorgenza mediamente inferiore rispetto a quella femminile (Palmer, 1988; Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998).

Alcuni autori hanno segnalato che una storia familiare di anoressia nervosa è particolarmente comune nei casi maschili e ciò spiega la difficoltà nel trattamento di questi pazienti che molto spesso tendono ad abbandonarlo prima della conclusione ed a cronicizzarsi (Palmer, 1988).

Le famiglie del maschio anoressico, si mostrano stabili e ben organizzate, con un adulto dominante che, come nell'anoressia femminile, è rappresentato dalla madre, la quale impone i propri bisogni e desideri senza preoccuparsi di quelli del figlio/a (Bruch, 1977).

Secondo la Bruch (1977) vi è una stretta somiglianza nei quadri psicodinamici fra maschi e femmine nell'anoressia mentale primaria, con la sola differenza che in tutti i casi dove nei maschi la malattia si è manifestata in età puberale, lo sviluppo sessuale non avveniva prima della guarigione. La Bruch (1977) afferma che la patologia si presenta con maggior frequenza nel sesso femminile perché sembra sia più probabile che l'attaccamento "schiavesco" alla madre si sviluppi prevalentemente nelle figlie, e anche gli sforzi per risolvere i problemi psicologici attraverso la manipolazione del proprio corpo sono considerato prevalentemente femminili.

Selvini Palazzoli et al. (1998), affermano che la prevalenza della patologia alimentare nelle femmine tende ad essere legata ad un modo diverso di reagire al cambiamento biologico dell'età puberale e alle modificazioni corporee che ne susseguono, che si presentano con maggiore evidenza nelle femmine rispetto ai maschi. Inoltre un altro fattore precipitante il fenomeno è associato alla cultura di appartenenza

che tende a spingere maggiormente le donne a preoccuparsi del proprio corpo come un'immagine da esibire, mentre nei ragazzi viene data più importanza alla dimensione dei muscoli, della forza e del coraggio come segnali della propria "virilità". La letteratura a riguardo riferisce che gli adolescenti di sesso maschile che sviluppano una sintomatologia anoressica o bulimica tendono ad avere un disturbo dell'identità di genere. Molto spesso, infatti, i genitori di questi ragazzi manifestavano un desiderio frustrato di avere una figlia femmina, e sembra che questo loro desiderio abbia influenzato le loro modalità di allevamento ed educazione del futuro paziente.

I fattori predisponenti l'insorgere dell'anoressia mentale

Uno degli aspetti caratteristici dell'anoressia mentale è la centralità del proprio corpo. L'anoressia ha inizio come un tentativo di dominare il corpo femminile attraverso il controllo del cibo. Secondo la teoria cognitiva, l'anoressia nervosa si cristallizza quando il pensiero dominante "è essenziale che io diventi magra" regola enormemente l'autostima (Garner & Bemis, 1992; Garner & Dalle Grave, 1999).

Il corpo anoressico è un corpo "vuoto" dentro, e vuoto assume il significato di pulito, incontaminato, puro. L'atto del non mangiare, dunque, protegge il corpo femminile dal mondo esterno come una "fortezza" (MacSween, 1993).

Il corpo assume un'importanza fondamentale ed è centrale sia nello sviluppo normale che patologico soprattutto per il giovane che si trova in fase adolescenziale, una fase in cui è bersaglio di repentine e profonde trasformazioni fisiche, endocrinologiche e psicologiche (Montecchi, 1994).

Riguardo le modificazioni fisiche, Montecchi (1994) riferisce che il bambino impiega circa dieci anni della sua vita per raggiungere la consapevolezza del proprio corpo a cui corrisponde un'immagine mentale ben definita e da cui trae un senso di equilibrio e continuità. Con l'adolescenza e i cambiamenti che ne conseguono, invece, il soggetto si trova a dover mettere in discussione l'identità raggiunta e si troverà di fronte ad un duplice conflitto: la nostalgia per il corpo infantile e il cambiamento biologico imminente. Inizialmente il giovane vivrà le nuove sensazioni corporee legate anche ai cambiamenti ormonali ad essi associati, con un senso di estraneità, disagio e pericolosità. Il corpo diventa un mediatore tra il giovane e il suo mondo interno ed esterno, nel sociale tenderà ad adeguare il proprio corpo a modelli esterni sia reali (il gruppo dei pari, un familiare, ecc.) che fantasmatici (modelli proposti dai mass-media): in questo percorso le parti del proprio corpo possono subire valutazioni negative da parte del giovane stesso fino a strutturare vere e proprie fobie. Il giovane adolescente si troverà di fronte anche a diversi conflitti psicologici associati ad un dilemma legato al fascino che ancora esercita il mondo infantile e la spinta ad entrare nel mondo degli "adulti". In questo periodo emergeranno le pulsioni edipiche da cui il giovane tende a proteggersi allontanandosi dal genitore del sesso opposto e contemporaneamente tenderà ad essere attratto da figure eterosessuali al di fuori dell'ambito familiare.

Inoltre tenderà ad opporsi energicamente al genitore dello stesso sesso vissuto come antagonista per il raggiungimento della propria individualità. Tutti questi sentimenti porteranno il giovane a rifiutare in maniera globale la famiglia con le proprie regole (Montecchi, 1994; Montecchi, 1996).

E' a causa di queste trasformazioni che l'adolescenza viene annoverata come una delle fasi maggiormente predisponenti le diverse manifestazioni morbose che hanno come centralità la tematica corporea. In questa fase dello sviluppo psicofisico è di grande importanza la risposta della famiglia a questi cambiamenti, infatti i messaggi di accettazione e di gratificazione sono i presupposti per uno sviluppo normale, mentre messaggi derisori o svalutativi porteranno il giovane a vivere i suoi cambiamenti come negativi e ad acquisire una bassa autostima (Montecchi, 1994).

Ci sono diversi autori (Custer & Van den Bulck 2009; Tierney nel 2006) che mettono in evidenza la potente influenza di siti web pro-anoressia nella comparsa del disturbo. In una recente ricerca Custer & Van den Bulck (2009) studiarono la prevalenza dei visitatori dei siti web pro-anoressia negli adolescenti tra i 13 ai 17 anni ed esplorarono la correlazione tra la visita ai siti a favore dell'anoressia e i predittori dell'anoressia nervosa. Dai loro risultati si evince che il 12.6% delle ragazze e il 5.9% dei ragazzi visitano questi siti . Nelle ragazze la visita è associata con una maggiore deviazione verso la magrezza, una peggiore valutazione del loro aspetto fisico e di un maggiore perfezionismo. In conclusione si evince che la visita a questi siti web rappresentino per gli adolescenti potenti predittori dell'anoressia nervosa.

E' molto difficile stabilire che cosa causi l'anoressia mentale, a tal proposito, la letteratura scientifica sull'argomento (Garner & Dalle Grave, 1999; Garner & Dalle Grave, 1999; Santoni Rugiu et al., 2000; Dalle Grave, 2001, 2003; Polivy & Herman 2002; Esposito et al., 2007) individuano alla base di questo disturbo la presenza di molti fattori a rischio sia a carattere psicologico che ambientale. Tra questi ricordiamo:

1.fattori socioculturali. La società in cui viviamo con i suoi valori con i suoi canoni tende ad avere un ruolo fondamentale nell'influenzare il modo in cui ci vediamo e valutiamo il nostro corpo. L'influenza esercitata dai mass-media tende ad essere uno dei fattori fortemente precipitanti l'eziologia del disturbo. I messaggi che ci vengono trasmessi odiernamente sono quelli di uno standard di bellezza femminile legata ad un corpo sottile e snello quasi irreali, che è alla portata di tutte con un po' di "impegno" e di rinuncia alimentare. Ecco dunque il profilarsi di nuove diete che vengono pubblicizzate come formule magiche per poter raggiungere finalmente quella perfezione tanto bramata, ma che poi si rivelano illusorie e non fanno altro che confermare i sentimenti di fallimento e delusione. Per cercare di perdere quel "grasso" in più che le fa star male, queste ragazze ricorrono oltre a diete particolari, anche a diversi metodi quali l'abuso di lassativi o diuretici, eccessivo esercizio fisico, vomito autoindotto, sottoponendo in questo modo il proprio corpo a tutte le conseguenze negative che queste pratiche comportano. La pratica del vomito autoindotto viene esercitata soprattutto per combattere i sensi di colpa secondari alle diverse abbuffate. Dapprima

questi soggetti iniziano a provocarsi il riflesso di espulsione con mezzi meccanici (cucchiai, dita delle mani, ecc.) poi però riescono ad avere lo stimolo anche con la semplice contrazione dei muscoli addominali. In questo modo il vomito rappresenterebbe per l'anoressica un modo facile per perdere peso e soprattutto una tecnica semplice per poter continuare un'abitudine alimentare anomala. Con il vomito loro possono abbuffarsi tranquillamente perché le calorie introiettate con tutti i sensi di colpa legati ad essa, vengono "espulse" attraverso questa strategia.

2.1 fattori familiari. Molte ricerche sull'argomento (Minuchin et al., 1978; De Pascale, 1992; Garner & Dalle Grave, 1999; Santoni Rugiu et al., 2000; Dalle Grave, 2001, 2003) hanno sottolineato che l'anoressia mentale sia un disturbo che riflette alcuni particolari funzionamenti familiari come l'iperprotettività genitoriale che sottolinea la tendenza a decidere in prima persona che cosa è giusto per i propri figli, sia nelle scelte futili che per quelle importanti, un certo grado di invischamento o mancanza di confini all'interno dell'ambiente familiare i cui membri tendono ad intromettersi costantemente nella vita degli altri, tendendo in questo modo ad impedire l'autonomia e la definizione dei ruoli. Sembra infatti che in queste famiglie si tenda a premiare la disciplina ed il successo più che l'autonomia. Molto spesso, inoltre, alla base della coppia genitoriale c'è un cattivo rapporto uomo/donna che tende ad essere appreso dai figli come l'unico modello possibile, il che naturalmente porterà a degli ostacoli nel rapporto di intimità con l'altro sesso. La madre viene descritta come dominante ed iperprotettiva mentre il padre assume un ruolo periferico, il quale sopraffatto dagli impegni di lavoro tende a delegare alla moglie la completa educazione dei figli (Ripa di Meana, 1995; Selvini Palazzoli et al., 1998; Santoni Rugiu et al., 2000). Molto spesso il padre del futuro paziente proviene da una famiglia numerosa e poverissima e a causa di problemi familiari è stato precocemente adultizzato (Selvini Palazzoli et al., 1998; Selvini Palazzoli, 2006). Queste famiglie si presentano molto rigide, in quanto hanno una tendenza continua ad evitare i problemi piuttosto che a risolverli, dove i genitori tendono ad essere molto esigenti per quanto riguarda lo studio, il lavoro e la vita in generale e molto critici nei confronti delle decisioni dei figli prese senza il loro consenso. Sulla base di studi condotti su gemelli sembra che questi disturbi colpiscano più membri della stessa famiglia. In realtà sembra che più che una trasmissione genetica alla base ci sia una sorta di "contagio psicologico", un'imitazione dei comportamenti esibiti da altri membri della famiglia ritenuti importanti (Faccio, 1999; Santoni Rugiu et al., 2000).

3.1 fattori individuali. Molto spesso nei soggetti con anoressia mentale o bulimia si manifestano una forte paura della maturità, del diventare "grandi". Infatti l'età di inizio della patologia è l'adolescenza che spinge, con i suoi cambiamenti, a perdere quel corpo efebico dell'infanzia per avvicinarsi a quello di donna adulta. In questo la paziente tende a contrastare in tutti i modi la perdita di quel corpo infantile senza forme ricorrendo a diete ferree. Nei pazienti con anoressia mentale si evidenzia una profonda insoddisfazione di se stessi e un senso di fallimento rispetto la propria vita. Questi sentimenti di nullità e

di disprezzo verso se stessi porta i soggetti a vedere nel controllo del cibo un modo per poter controllare attivamente la propria vita. Un'altra caratteristica del disturbo è associata ad una tendenza al perfezionismo che le porta a sottostimare qualunque risultato se non è il massimo. Qualche volta degli eventi traumatici, come abusi fisici o psicologici, portano il soggetto a cercare nella patologia alimentare un modo per punire se stessi di quell'evento verso cui se ne sentono responsabili (Mazzetti di Pietralata & Salvemini, 1998; Santoni Rugiu et al., 2000). Non di rado l'esordio dell'anoressia mentale è associato alla perdita di un legame importante. In questi soggetti si osserva anche una bassa autostima per le proprie capacità e sperano di attirare l'attenzione degli altri attraverso il proprio corpo. Molto frequente è il problema del controllo degli impulsi, infatti questi soggetti cercano di allentare le tensioni esibendo dei comportamenti di rischio come il bere, il fumare, assumere droghe, in questo quadro anche l'abbuffata diventa un modo per sconfiggere le tensioni (Santoni Rugiu et al., 2000).

Accanto a questi fattori predisponenti il disturbo alimentare dell'anoressia mentale ci sono anche coloro che danno una grande importanza ai fattori genetici (Polivy & Herman, 2002; Grice et al., 2002; Esposito et al., 2007), tanto che alcuni ipotizzano perfino che la predisposizione alla patologia sia da ricercare nel cromosoma 1 (Grice et al., 2002).

Questi studi sui fattori genetici prendono in considerazione due principali metodi di ricerca: la concordanza tra i gemelli monozigoti e la concordanza tra i gemelli dizigoti, e gli studi familiari (Faccio, 1999). In base alla letteratura sull'argomento, sembra che esista una familiarità con trasmissione intergenerazionale per l'anoressia mentale anche se rimane ancora poco chiara la modalità di interazione tra fattori genetici e ambientali (Faccio, 1999). Per l'anoressia mentale sembra che la concordanza si aggiri intorno al 50% per i gemelli monozigoti e al 10% per i dizigoti (Faccio, 1999).

Le teorie interpretative

Teorie psicoanalitiche-psicodinamiche

Gli psicoanalisti tendono a ricondurre le diverse forme di patologia nevrotica dell'adulto a "fissazioni" alla fase orale (Ruggieri, 1987). Freud, nei suoi primi lavori, vede il rifiuto di cibo nei pazienti anoressici come un sintomo di conversione mettendo in evidenza la rimozione dell'erotismo orale (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999). Nel 1889 Freud, in una lettera a Fliss, fa derivare l'anoressia ad una forma di isteria (in Montecchi, 1994).

Secondo Freud questa forma di isteria trae origine dall'incapacità del soggetto di abbandonare la fase libidica orale e ciò lo porta a sessualizzare le funzioni alimentari. La fissazione a questa fase può causare la perdita dell'appetito e portare al disturbo alimentare (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999). Successivamente, nel 1895, Freud associa l'anoressia ad una forma di melanconia che compare quando la sessualità non si è ancora sviluppata (Montecchi, 1994; Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999), ed il disturbo alimentare deriva dal lutto per la perdita della libido (Ruggieri & Fabrizio, 1994). Freud ha

ipotizzato una regressione allo stato “narcisistico” o alla fase dell’ “oralità attiva” dove esperienze traumatiche, legate alla fase orale, hanno portato il soggetto ad una rimozione della libido con una fissazione alla fase pre-edipica dell’oralità e del legame tra pulsione di morte ed alimentazione. Le pulsioni legate al trauma rimosso potrebbero attualizzarsi attraverso il riemergere della libido e predisporre quindi ai disturbi alimentari (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

Abraham (1916) vede l’anoressia come uno stato malinconico-depressivo in cui sono proibiti i desideri orali-cannibalici che portano questi soggetti ad un totale rifiuto del cibo (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

Waller et al. (1942) pongono l’accento sulle conflittualità familiari dove l’alternarsi degli episodi anoressici verrebbero interpretati come una regressione a un livello infantile con perdita della sessualità cosciente. L’anoressia assume un significato simbolico di difesa nei confronti di fantasie di fecondazione orale, di conseguenza l’amenorrea rappresenterebbe il rifiuto della sessualità genitale e della gravidanza, mentre la costipazione equivale al figlio nell’addome (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

La Klein (1967) ritiene che un sano sviluppo psico-fisico derivi dal passaggio dalla fase schizo-paranoide, in cui il seno materno è dissociato in due oggetti parziali caratterizzati dal seno buono introiettato e dal seno cattivo che viene espulso ed attribuito all’esterno, alla fase depressiva caratterizzata dal relazionarsi non ad oggetti parziali ma ad un oggetto intero (la madre). Secondo la sua teoria l’anoressica non avrebbe completamente superato la posizione schizo-paranoide e rifiuterebbero il cibo in quanto teme che l’incorporazione di quest’ultimo possa distruggere l’oggetto buono (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

I Kestenberg (1974), come la Klein, vedono l’anoressia mentale come una permanenza nella posizione schizo-paranoide, pertanto l’anoressica non riuscirà a distaccarsi dall’oggetto narcisistico idealizzato rappresentato dalla madre con la quale continuerà a fondersi (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

Le varie forme terapeutiche psicoanalitiche sono accomunate dalla focalizzazione non tanto sul sintomo quanto sul processo di sviluppo e di maturazione individuale a cui il sintomo viene associato. Pertanto nel trattamento si fa affidamento alla relazione terapeutica (Faccio, 1999).

Teorie dispercettive

La Bruch (1977) riferisce della mancanza di risposte adeguate da parte dei genitori verso i bisogni del proprio figlio/figlia, ne consegue un’incapacità da parte del bambino di riconoscere e differenziare le proprie sensazioni corporee tra cui la fame. Si manifestano quindi disturbi nel campo percettivo e concettuale (Ruggieri & Fabrizio, 1994). La Bruch riconduce la comparsa del disturbo anoressico ad un rapporto materno troppo opprimente che non lascia molto spazio ai bisogni del soggetto, dove il disturbo rappresenterebbe un modo per conquistare la propria autonomia (Bruch, 1977; Faccio, 1999). L’anoressia viene quindi considerata un modo per ribellarsi al potere soffocante genitoriale.

Teorie relazionali-sistemiche

L'approccio relazionale-sistemico pone l'accento sullo studio degli aspetti interattivi e comunicativi del comportamento umano (De Pascale, 1992), per questo motivo si dà importanza allo studio del sistema familiare del paziente anoressico ed in particolare alla situazione relazionale che ne sta alla base (Santoni Rugiu et al., 2000). Il contesto nel quale è collocato l'individuo, con i diversi processi di feed-back che ne stanno alla base, diventa il luogo della patologia (Minuchin et al., 1978).

Selvini Palazzoli (1998) afferma che una delle caratteristiche più eclatanti in queste famiglie è una difficoltà nello stabilire i ruoli dell'assunzione della leadership, un aspetto che viene sottolineato anche dalla Santoni Rugiu et al. (2000) in quanto in queste famiglie ognuno tende ad attribuire le proprie decisioni alle necessità imposte dalle situazioni e non alla propria volontà.

Minuchin et al. (1980) vede la famiglia del paziente con anoressia mentale come una famiglia senza confini interni, una famiglia "invischiata", iperprotettiva, con un alto coinvolgimento tra i membri. Ogni membro tende ad intromettersi nei pensieri e sentimenti altrui, e questa invadenza viene giustificata dalla necessità di prendersi cura dell'altro. Quella dell'anoressico è una famiglia che tende ad erigere una barriera più o meno rigida con il mondo esterno considerato pericoloso in quanto potrebbe spezzare quell'armonia patologica interna.

Quello che accomuna le diverse strategie terapeutiche nell'ottica sistemica è il miglioramento del paziente a partire da interventi centrati sulla famiglia che mirano all'acquisizione di modalità relazionali alternative che sostituiscano quelle patologiche (Minuchin et al., 1980; Selvini Palazzoli et al., 1998; Faccio, 1999).

Teorie strategico-interazioniste

Nell'ottica strategico-interazionista nessun comportamento umano può essere compreso senza prendere in considerazione il contesto che lo ha generato, le relazioni ed i significati personali che ne stanno alla base. Anche il disagio, di qualunque genere sia, è l'effetto di un vissuto personale e il trattamento dovrà portare l'individuo a una diversa rappresentazione e narrazione di sé (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

Teoria del set-point

Il nostro organismo tenderà in condizioni fisiologiche normali a mantenere costante il nostro peso corporeo bilanciando l'apporto calorico con il dispendio energetico (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Santoni Rugiu et al., 2000). In casi particolari questo equilibrio può rompersi generando cachessia, quando l'apporto energetico è minore di quello utilizzato, o portando all'obesità quando si verifica il contrario (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

Keesey et al. (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Santoni Rugiu et al., 2000) hanno formulato la "teoria del set-point" per evidenziare la capacità del nostro organismo di mantenere il nostro peso corporeo intorno ad

un punto critico (set-point), nonostante eventuali cambiamenti sia interni che esterni, mediante un processo di retroazione fisiologica situato nell'ipotalamo. Nei soggetti più facilmente influenzabili i meccanismi della regolazione del peso corporeo potrebbero subire delle variazioni in conseguenza anche all'influenza di fattori culturali, psicologici e biologici, in base ai quali divengono maggiormente disposti a violare i propri limiti biologici dando origine alla patologia alimentare, come ad esempio l'anoressia, per far fronte alla continua spinta esterna di adattarsi ai nuovi standard estetici proposti dal contesto sociale in cui sono inseriti (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

L'anoressia nervosa da un punto di vista cognitivo-comportamentale

La maggior parte dei modelli cognitivo-comportamentali per il trattamento dei disturbi alimentari definiscono l'anoressia nervosa come un disturbo caratterizzato da idee disfunzionali nei confronti del peso e delle forme corporee (Garner & Dalle Grave, 1999; Dalle Grave, 1998, 2000, 2001, 2003).

Nell'ottica cognitivo-comportamentale l'anoressia nervosa viene considerata un comportamento alimentare disadattato, e l'obiettivo fondamentale sarà quello di favorire un cambiamento più vantaggioso in grado di modificare le convinzioni errate riguardo il peso e l'aspetto corporeo che permetteranno di sostituire il regime alimentare patologico con comportamenti alimentari più "sani" (Santoni Rugiu et al., 2000), mettendo al corrente il paziente di quali saranno i passi del programma da affrontare e di quali saranno i compiti che lui e la sua famiglia dovranno eseguire (Ruggieri & Fabrizio, 1994).

Secondo la letteratura scientifica cognitiva, il perfezionismo e la bassa autostima vengono considerate come le più importanti credenze disadattive nei disturbi alimentari (Sassaroli et al., 2007; Halmi et al., 2000; McLaren et al., 2001). Secondo Dunkley et al., (2006) il perfezionismo sarebbe caratterizzato da due dimensioni importanti quali standard personali e preoccupazioni valutative, quest'ultima corrisponderebbe alla dimensione che Frost et al., (1990) chiamavano timore degli errori ed è proprio questa la dimensione che per molti studiosi starebbe alla base di una maggiore rilevanza clinica. Il timore degli errori rappresenta una credenza maladattiva di tipo ansioso che induce il soggetto a sovrastimare gli eventi minacciosi e di conseguenza ad una paura molto intensa di fallimenti dopo prestazioni molto importanti. I soggetti con disturbi del comportamento alimentare tendono ad interpretare ansiosamente ogni imperfezione corporea o del peso come fallimenti catastrofici del loro forte desiderio di una immagine impeccabile (Sassaroli et al., 2007).

Altra credenza di fondamentale importanza nei disturbi alimentari è la bassa autostima. Le persone con disturbi del comportamento alimentare sarebbero caratterizzate da un sentimento pervasivo, vago e generico di non essere sufficientemente qualificate, competenti o adatte alle richieste della vita e trascorrono molto tempo rimuginando proprio su questi pensieri negativi.

Il rimuginio è stato poco studiato nei disturbi del comportamento alimentare anche se alcuni studiosi sostengono che esso svolga un ruolo fondamentale nella psicopatologia di questi disturbi (Sassaroli et al.,

2007; Sassaroli et al., 2005; Sassaroli & Ruggiero, 2005; Kerkhof et al., 2000). I soggetti con DCA infatti passano molto tempo preoccupandosi e pensando al peso, al grasso e alla forma corporea poiché essi temono proprio delle conseguenze negative legate ad essi (relazioni interpersonali, senso di autoefficacia, paura di essere criticati o disprezzati dai genitori, dai coetanei, ecc.). Secondo Sassaroli et al., (2007) uno dei fattori di mantenimento più importanti del rimuginio sia un processo metacognitivo. Secondo Wells (2000) il rimuginio patologico è mantenuto da credenze metacognitive positive e negative riguardanti i vantaggi e i pericoli del rimuginare, a loro volta queste credenze diventano oggetto del rimuginio che viene chiamato “meta-worry” (meta-rimuginio).

Un fattore che sembra caratterizzare i DCA sembra essere la mancanza di autonomia personale. Nello specifico in una ricerca Esposito et al. (2007) affermarono che nei disturbi del comportamento alimentare il normale processo decisionale, e dunque la capacità di autonomia interpersonale, venga impedito dalla difficoltà nell'esperienza del piacere e delle emozioni.

Certi fattori individuali, familiari e socioculturali possono essere considerati come condizioni prossimali che mantengono il disturbo. I fattori di mantenimento sono divisi in specifici e non specifici.

Tra i fattori di mantenimento specifici troviamo (Garner & Dalle Grave, 1999; Beck, 1987, 1990; Dalle Grave, 2001, 2000, 1998; Dalle Grave et al., 1993; Faiburn et al., 2003):

Schema di autovalutazione disfunzionale. Le persone che soffrono di un disturbo alimentare hanno una valutazione di sé basata in modo esclusivo e predominante sul peso, le forme corporee e sul controllo dell'alimentazione. Diversamente, le persone che non hanno disturbi dell'alimentazione si valutano in base alla percezione delle loro prestazioni in diverse aree: scuola, relazioni interpersonali, sport, amicizie, ecc.. Questo schema di autovalutazione rappresenta dunque il nucleo patologico centrale dal quale dipendono tutti gli altri fattori di mantenimento dei Disturbi dell'Alimentazione. Come la persona valuta se stessa è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle caratteristiche presenti, i pensieri e le preoccupazioni che la paziente porta in terapia sono spiegabili direttamente a partire da questa psicopatologia nucleare: un soggetto con DCA si preoccupa molto per il peso e le forme corporee, fa esercizio fisico, usa lassativi, diuretici e ha comportamenti di controllo dell'alimentazione e del corpo solo se pensa che il peso e le forme corporee siano di primaria importanza per valutare se stesso. L'unico comportamento non legato direttamente allo schema di valutazione disfunzionale è l'abbuffata in quanto sembra essere la conseguenza del restringere l'alimentazione o del bisogno di modulare emozioni intollerabili; la psicoterapia cognitivo comportamentale dei Disturbi Alimentari ha l'obiettivo di portare il paziente a costruirsi uno schema di autovalutazione più funzionale. Per far questo è necessario interrompere tutti i fattori cognitivi e comportamentali innescati dallo schema di autovalutazione i quali contribuiscono a mantenere lo schema stesso.

Pensieri e preoccupazioni per il peso e le forme corporee e il controllo dell'alimentazione. I soggetti con DCA al cospetto di situazioni che possono attivare lo schema di autovalutazione disfunzionale hanno pensieri automatici, che operano al di fuori della propria consapevolezza ma che possono essere identificati, che riguardano il peso, le forme corporee e l'alimentazione. Ad esempio, una paziente che dopo essersi pesata scopre di essere aumentata di pochissimo (non importa se arrivi o meno ad un chilo) potrebbe avere un pensiero automatico del tipo "ho perso il controllo, ingrasserò all'infinito" e da questo pensiero potrebbero attivarsi una serie di preoccupazioni inerenti il peso, le forme del corpo e l'alimentazione che potrebbero di conseguenza indurla a continuare a rimuginare sul fatto di essere grassa, di aver fallito o di non piacere più a nessuno. I pensieri automatici ed ancor di più le preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e le forme del corpo mantengono in un continuo stato di attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale, che a sua volta produce preoccupazioni sugli stessi argomenti.

Rinforzo positivo. I rinforzi che possono contribuire a mantenere il paziente all'interno del disturbo alimentare sono rinforzi cognitivi e rinforzi sociali-interpersonali. I rinforzi cognitivi sono caratterizzati dal senso di trionfo, di autocontrollo e di superiorità che un soggetto percepisce quando riesce a controllare l'alimentazione, il peso e le forme del proprio corpo., mentre i rinforzi sociali-interpersonali sono caratterizzati da commenti positivi da parte di altre persone che il soggetto può ricevere con una iniziale perdita di peso, soprattutto se era un po' in soprappeso. È importante sottolineare la funzione di questo rinforzo che, a differenza dei rinforzi sociali, continua ad essere attivo anche quando il soggetto è in un evidente stato di emaciazione.

Rinforzi negativi. La perdita di peso può far evitare alcune situazioni avverse, come ad esempio avere un corpo da donna adulta e i conflitti e le sfide psicosessuali tipiche dell'adolescenza. Il dimagrimento, con la conseguente assunzione di caratteristiche fisiche e psicologiche prepuberi, per alcune persone può costituire un nido sicuro che protegge dalle sfide ambientali dell'adolescenza.

Dieta ferrea. La dieta implicata nei disturbi alimentari è una dieta inflessibile, ferrea, che deve essere rispettata alla lettera. Il soggetto con un Disturbo dell'Alimentazione si impone di seguire rigidamente un'alimentazione restrittiva che se non viene eseguita alla lettera lo induce ad un profondo senso di fallimento che scatena profondi sensi di colpa. Molto spesso questa "dieta" induce il soggetto a saltare i pasti, ridurre le porzioni di cibo, eliminare alcuni cibi. La dieta rappresenta dunque in questo modo un potente fattore di mantenimento in quanto: incrementa lo sviluppo di pensieri e preoccupazioni nei confronti dell'alimentazione, che a loro volta mantengono attivo lo schema di autovalutazione disfunzionale. Ecco dunque che più il soggetto fa la dieta più pensa al cibo perché più salta i pasti, più avverte fame e più inevitabilmente inizia a pensare al cibo; porta al basso peso corporeo e conseguentemente favorisce la sindrome da digiuno; favorisce la comparsa di abbuffate che a loro volta contribuiscono a mantenere il disturbo. Inoltre, la dieta ferrea determina immediatamente un senso di

benessere dovuto all' eccessiva produzione di endorfine e di oppioidi endogeni, fenomeno funzionale alla ricerca del cibo e che determina iperattività, riduzione della stanchezza e del sonno e accentuazioni dei sensi.

Esercizio fisico eccessivo. Si parla di esercizio fisico eccessivo se è tale da interferire con attività giornaliere importanti, oppure se è praticato in ore o in posti impropri ed è protratto nonostante condizioni mediche non adeguate. Generalmente l'esercizio fisico viene eseguito in modo compulsivo e soprattutto in solitudine ed è portato avanti per molte ore in modo estenuante. Una caratteristica particolare di questo comportamento è rappresentata dal fatto che le pazienti trovano molto difficile rinunciarvi, anche quando i costi superano notevolmente i benefici. Spesso infatti, le pazienti vanno incontro a complicanze fisiche da eccesso di esercizio fisico proprio per il fatto che nonostante le condizioni avverse non rinunciano a tale comportamento. Questa pratica rappresenta un fattore di mantenimento in quanto: aumenta la preoccupazione per il peso e per le forme corporee: più il soggetto dedica tempo a fare movimento per mantenere il peso e più aumenta la preoccupazione per il peso e le forme corporee; favorisce l'isolamento sociale: più il paziente si isola e più si concentra su se stesso, sul suo peso e sulle forme corporee; produce euforia, sensazione di leggerezza, controllo e benessere psicofisico, sensazioni che possono essere ricercate quando un individuo sperimenta emozioni o sensazioni negative; può causare anoressia e perdita d'interesse per il cibo. A volte l'esercizio fisico può essere effettuato non per perdere peso ma per modulare le emozioni.

Basso peso e sindrome da digiuno. Questa sindrome fu individuata in uno studio effettuato da Ancel Keys et al., 1950 (il Minnesota study) e si caratterizza da importanti modificazioni fisiche, psicologiche e sociali: atteggiamenti e comportamenti nei confronti del cibo (preoccupazione per il cibo, collezionare ricette, libri di cucina e menù, tagliuzzamento del cibo o il nascondere, incremento del consumo di caffè, di tè e spezie, occasionali abbuffate accompagnate dai sensi di colpa); modificazioni emotive e sociali (depressione, ansia, irritabilità e rabbia, labilità, talora episodi psicotici, comportamenti autolesionistici, isolamento sociale) modificazioni cognitive (diminuita capacità di concentrazione, diminuita capacità di pensiero astratto, apatia) modificazioni fisiche (disturbi del sonno, debolezza, disturbi gastrointestinali, ipersensibilità al rumore e alla luce, edema, ipotermia, parestesie, diminuzione del metabolismo basale, diminuzione dell'interesse sessuale); aumento della fame e precoce senso di sazietà. La sindrome da digiuno mantiene il disturbo dell'alimentazione in quanto: aumenta la preoccupazione per il cibo inducendo il soggetto alla paura di perdere il controllo sull'alimentazione, di mangiare troppo ed ingrassare all'infinito e di conseguenza per evitare ciò egli tende ad impegnarsi ancora di più per ottenere controllo e restrizione; l'intensa fame aumenta la percezione del rischio di incorrere in abbuffate e perdere il controllo per evitare ciò restringe ancora di più l'alimentazione; il precoce senso di sazietà e pienezza dovuto al rallentato svuotamento gastrico secondario alla denutrizione può essere vissuto come un

fallimento dell'autocontrollo e portare il soggetto a restringere ulteriormente l'alimentazione; la diminuita capacità di concentrazione può essere vissuta come una minaccia nel senso di autocontrollo dell'individuo dato che può determinare, a volte, una riduzione nella capacità di seguire gli eventi e di prevedere ciò che può succedere aumentando in conseguenza a ciò il controllo; determina isolamento sociale che da una parte impedisce lo sviluppo di relazioni positive che possono migliorare l'autostima, dall'altra favorisce l'uso dell'alimentazione, del peso e delle forme corporei come mezzi principali per valutare se stessi; genera uno stato di ansia che da una parte può portare ad utilizzare il controllo dell'alimentazione per ridurre tale stato, dall'altra può favorire le abbuffate che a loro volta aumentano nuovamente la preoccupazione per il peso e le forme corporee; aumenta l'irritabilità la quale determina un aumento della perdita di controllo che a sua volta intensifica i pensieri, le preoccupazioni, i comportamenti eliminativi e di compenso; aumenta la depressione che peggiora l'autostima e favorisce l'uso dell'alimentazione, del peso e delle forme corporei come mezzi di autovalutazione; determina una diminuzione dell'interesse sessuale che impedisce lo sviluppo di relazioni con soggetti del sesso opposto

Le abbuffate. Questo meccanismo di compenso mantiene il disturbo per diversi motivi: dopo i primi momenti di piacere il soggetto che ha compiuto un'abbuffata può sperimentare un'intensa paura di ingrassare, con un aumento della preoccupazione per il peso e forme del corpo. Questa condizione porta alla messa in atto di diversi comportamenti restrittivi, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, o di compenso come l'uso di vomito, lassativi e diuretici, e tali comportamenti, a loro volta, contribuiscono a mantenerne il disturbo; favoriscono la comparsa di emozioni negative intense e di una nuova abbuffata atta a modularle; favoriscono la comparsa di forte autocritica per il mancato controllo e attivano, così, lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Vomito auto-indotto. E' un comportamento di compenso che può essere messo in atto dopo abbuffate oggettive o soggettive. Questo comportamento si riscontra in pazienti con anoressia nervosa di tipo abbuffate/condotte di eliminazione e bulimia nervosa ma non lo si ritrova in pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata. Quando un soggetto si procura il vomito lo fa con l'intenzione di eliminare tutto le calorie assunte durante l'abbuffata. Il vomito rappresenta un fattore di mantenimento per diversi motivi: determina una riduzione del controllo sull'alimentazione in quanto portando il soggetto a pensare di poter eliminare tramite il vomito tutto il cibo assunto, egli perde il controllo sull'alimentazione e si abbuffa. Tuttavia, dato che il soggetto si valuta sulla base di quanto riesce a controllare l'alimentazione finisce per criticarsi e sperimentare forti sensi di colpa; favorisce lo sviluppo di abbuffate oggettive (più lo stomaco è pieno più è facile vomitare); può comparire un'infiammazione di alcune ghiandole salivari (le parotidi) che aumentano di volume determinando un gonfiore caratteristico nella regione anteriore del collo dando al volto un aspetto rotondo e paffuto destando nei soggetti la sensazione di essere ingrassati inducendoli quindi ad intensificare la pratica eliminatoria (Santoni Rugiu et al., 2000); crea uno stato di

deprivazione psicobiologica che, con gli stessi meccanismi descritti per la dieta ferrea, facilita le abbuffate; peggiorano la valutazione negativa attivando lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Uso improprio di lassativi. E' un comportamento meno frequente rispetto all'uso del vomito auto-indotto. L'utilizzo di essi può essere saltuario, allo scopo di eliminare le calorie assunte in eccesso durante un'abbuffata (in questo caso il comportamento ha le stesse finalità e gli stessi meccanismi di mantenimento descritti per il vomito auto-indotto), o regolare indipendentemente dal verificarsi o meno di abbuffate (in questo caso è un comportamento che può essere paragonato alla dieta ferrea). L'uso di lassativi è una pratica rischiosa e poco efficace. I lassativi inoltre sono potenti irritanti le pareti addominali che vengono continuamente stimulate da questi ultimi a contrarsi per espellere il contenuto provocando con il tempo gravi danni. Inoltre proprio perché agiscono solo sulla seconda parte dell'intestino, tendono a determinare soprattutto perdita di liquidi provocando come i diuretici la sensazione di essere meno "gonfi". In realtà i lassativi ingeriti dopo i pasti permettono di perdere solo il 15% delle calorie consumate (Bo-Lynn et al., 1983; Santoni Rugiu et al., 2000), viene invece perduta una notevole quantità di acqua corporea che porta all'errata concezione di perdita di peso.

Uso improprio di diuretici. L'assunzione di diuretici non ha nessun effetto sull'assorbimento delle calorie ma causano solamente una temporanea modificazione del bilancio idrico che determina il cosiddetto effetto "pancia piatta" che scompare appena si assumono nuovamente liquidi, per questo motivo i soggetti che utilizzano diuretici li assumono regolarmente trasformando questo comportamento in una pratica molto pericolosa.

Pillole dimagranti o ormoni tiroidei. Una percentuale ridotta di pazienti utilizza pillole dimagranti oppure ormoni tiroidei che aumentano il dispendio energetico. Tali mezzi sono pericolosi ed inefficaci: i soppressori della fame agiscono solo per un breve periodo di tempo mentre gli ormoni tiroidei determinano principalmente una perdita di massa muscolare. Una pratica che viene spesso effettuata da pazienti con diabete di tipo 1 è caratterizzata dalla riduzione di insulina dopo un'abbuffata con conseguente aumento di zuccheri nel sangue, che superando la soglia renale di eliminazione del glucosio, vengono eliminati con le urine.

Food-checking. Altro comportamento molto diffuso è quello del controllo sistematico del cibo attraverso il contare le calorie, pesare il cibo di continuo, tagliuzzarlo in piccoli pezzi, scolare l'olio. Il food checking contribuisce a mantenere il disturbo dell'alimentazione aumentando i pensieri e la preoccupazione che a loro volta attivano lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Body checking. I soggetti con anoressia nervosa passano molto tempo al giorno ad ispezionare, scrutare, misurare e controllare il proprio aspetto fisico; ispezionando in dettaglio il proprio corpo davanti allo specchio; misurando le parti del corpo con un metro; pesarsi spesso; confrontare il proprio corpo con altre

persone e/o con le modelle dei giornali e della televisione; chiedere assicurazioni sul proprio aspetto fisico. Il body checking è un meccanismo di mantenimento del Disturbo Alimentare per diverse ragioni:

- maggiore è il tempo passato a controllare le parti del corpo e maggiore è la preoccupazione per il peso e le forme che a sua volta mantiene in uno stato di attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale body checking;

- i comportamenti di body checking sono effettuati ponendo un'attenzione selettiva su alcune parti del corpo

Evitamento dell'esposizione del corpo. Un sottogruppo di soggetti tende ad evitare qualsiasi esposizione del proprio corpo; il paziente escogita tutta una serie di meccanismi che gli consentano di mascherare la sua apparenza: indossare abiti che nascondono il corpo, evitare luoghi dove si espone il corpo, evitare il contatto con le persone, evitare di guardarsi. In alcuni casi gravi, l'evitamento arriva fino a determinare un completo isolamento sociale. Gli evitamenti mantengono il disturbo per due motivi: 1. non permettono di fare esperienze che potrebbero sconfiggere alcune convinzioni irrazionali nei confronti del proprio peso e delle proprie forme corporee; 2. aumentano la preoccupazione e i pensieri sul peso e le forme corporee mantenendo in continuo stato di attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale.

Sensazione di essere grassi. Molti pazienti riportano spesso la "sensazione di essere grasse" che contribuiscono al mantenimento del disturbo in quanto agiscono sulla percezione dello stato dell'umore che risulta essere negativo (depressivo), sulla percezione degli stati fisici avversi (gonfiore), sulla percezione della risposta affettiva all'alimentazione in eccesso percepita, alla risposta affettiva alla vista del proprio corpo e al proprio peso.

Tra i fattori di mantenimento non specifici dei DCA ma riscontrati in un sottogruppo di pazienti troviamo:

- *Perfezionismo clinico:* valutazione di sé eccessivamente dipendente dall'inseguimento e dal raggiungimento di standard personali esigenti ed auto-imposti in almeno un dominio altamente saliente, nonostante le conseguenze avverse (Shafran et al., 2002).
- *Bassa autostima nucleare:* visione negativa di sé incondizionata e pervasiva che fa parte permanente dell'identità e che porta a fare delle valutazioni negative su di sé che sono autonome e indipendenti dallo stato del Disturbo dell'Alimentazione.
- *Intolleranza alle emozioni:* con il termine "intolleranza alle emozioni" ci si riferisce all'incapacità di tollerare stati emotivi intensi sia negativi, che positivi.
- *Problemi interpersonali:* un sottogruppo di pazienti ha problematiche interpersonali che contribuiscono a mantenere il disturbo (lutti, dispute di ruolo, difficoltà nel formare nuove amicizie o nel mantenere quelle in atto, transizioni di ruolo, ecc..., oppure il relazionarsi con altri soggetti che soffrono di DCA o che danno molta importanza al peso e alle forme corporee).

La Terapia Cognitivo-Comportamentale

Il trattamento nell'anoressia nervosa normalmente dura da uno a due anni, e la maggiore lunghezza del trattamento rispetto agli altri disturbi alimentari, risulta necessaria per far fronte agli innumerevoli ostacoli motivazionali delle pazienti e per favorire un aumento ponderale adeguato (Gardner & Dalle Grave, 1999).

La terapia cognitiva è suddivisa in tre fasi:

- costruzione di un buon rapporto di fiducia e dei vari parametri del setting clinico.
- modificazione dei pensieri disfunzionali relativi al cibo e al peso corporeo, intervenendo anche sul deficit del concetto di sé e sulle relazioni familiari ed interpersonali che risultano disturbate;
- prevenzione delle ricadute e preparazione alla conclusione terapeutica.

Nei DCA e dunque anche nel trattamento dell'anoressia nervosa viene recentemente utilizzata la cosiddetta Terapia Cognitivo-Comportamentale-Multi-Step (CBT-MS), un innovativo trattamento derivato dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale transdiagnostica (CBT-E) da Fairburn, Cooper e Shafran nel 2003. Questa teoria si basa sull'assunto che l'eccessiva valutazione del controllo sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo sia centrale nel mantenimento del disturbo.

L'obiettivo fondamentale del trattamento consiste nell'aiutare il paziente a modificare la relazione con il suo disturbo aiutandolo quindi a sviluppare una sorta di autoconsapevolezza metacognitiva. L'intervento è dunque mirato a cambiare lo stato mentale del paziente aiutandolo a decentrarsi dal disturbo, a tal proposito egli non si sentirà più un anoressico ma un soggetto che ha l'anoressia nervosa. Il paziente viene aiutato a considerare i pensieri come eventi passivi della mente e non come aspetti inerenti alla persona. Il fine ultimo di questo percorso è dunque quello di aiutare il paziente ad acquisire una modalità di pensiero che influenzi in maniera globale il suo modo di definire se stesso, sperimenta il mondo, il passato ed il futuro (Teasdale et al., 2002; Dalle Grave et al., 2007).

La CBT-MS introduce alcune procedure innovative rispetto alla CBT-E da cui deriva, tra cui:

- l'adozione di una équipe multidisciplinare non eclettica composta da medico, psicologo, dietista e infermiere, tutti con una formazione cognitivo-comportamentale trasdiagnostica.
- Tre setting diversi intensivi di cura (terapia ambulatoriale intensiva, day hospital e ricovero) con uso della stessa teoria di riferimento e delle stesse procedure a diversi livelli di cura;
- Per i pazienti di età inferiore ai 18 anni, c'è un modulo di CBT familiare
- L'alimentazione alimentare programmata e pianificata nei casi di grave denutrizione.

Nel trattamento dell'anoressia nervosa per ovviare all'ansia generata dalla convinzione errata che se si abbandona il rigido controllo alimentare si aumenta il peso corporeo in modo incontrollato, viene utilizzata una strategia chiamata alimentazione pianificata e meccanica. Questa strategia consiste nell'incoraggiare i pazienti a pianificare in anticipo in dettaglio la quantità e la qualità del cibo che dovrà

essere consumato, la frequenza dei pasti, e il contesto in cui dovrà essere consumato (luogo e tempo). La pianificazione dei pasti è finalizzata ad interrompere i principali meccanismi di mantenimento del disturbo come: i sintomi da denutrizione, i rinforzi positivi e negativi associati alla scelta dei cibi, l'ansia associata all'assunzione di cibo e la preoccupazione per i pensieri sul controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo attraverso la concezione del cibo visto come una "medicina" (Garner e Dalle Grave 1999; Dalle Grave et al., 2007). L'alimentazione meccanica aiuta i pazienti, inoltre, a non fidarsi dei segnali di fame e sazietà che risultano profondamente alterati nei casi di grave denutrizione (Bernini et al., 2004; Dalle Grave et al., 2007), e risulta vantaggiosa poiché soddisfa lo stile cognitivo tipico delle anoressiche caratterizzato dall'ordine, esattezza, pianificazione e precisione (Dalle Grave et al., 2007). Successivamente quando avviene un recupero del peso il paziente viene gradualmente incoraggiato ad abbandonare la pianificazione dei pasti e il mangiare in modo meccanico sostituendo al diario della pianificazione il diario alimentare che viene compilato subito dopo aver mangiato. In questa fase il paziente viene aiutato ad affrontare gli evitamenti (es. eliminare alcuni cibi, ridurre le porzioni, ecc.), i check dell'alimentazione (es. pensare al cibo, contare le calorie, ecc.), le regole dietetiche (es. "non devo trasgredire la dieta", ecc.), e le reazioni alla trasgressione delle regole dietetiche (es. pensiero tutto o nulla, ecc.).

Conclusioni

Negli ultimi anni lo studio del comportamento alimentare ha costituito un argomento di forte attrazione dell'interesse psicologico e scientifico e ciò lo testimoniano i diversi lavori e le diverse teorie nate con lo scopo di poter far luce al variegato mondo dei disturbi alimentari dove l'anoressia nervosa ha da sempre rappresentato nel pensiero comune una sorta di "prototipo" dei DCA in quanto, più facilmente riconoscibile rispetto alla bulimia nervosa, spesso mascherata da un normopeso, e considerata da sempre la forma più grave dei disturbi del comportamento alimentare (Faccio, 1999).

Dal mio punto di vista, i DCA hanno da sempre destato in me un forte interesse professionale avendo avuto la fortuna di poterli osservare da vicino lavorando per diversi anni nell'Unità Operativa Semplice dei Disturbi Alimentari della ASL RME.

In quegli anni ho avuto modo di poter osservare le diverse sfaccettature dell'anoressia nervosa spesso in comorbilità con un disturbo di personalità che ne caratterizzava l'andamento terapeutico. Ho potuto constatare inoltre che, a mio avviso, un punto di forza per "sconfiggere" il disturbo, oltre che naturalmente la motivazione ed una buona alleanza terapeutica con il paziente, è rappresentato anche da un armonico lavoro tra le varie figure professionali.

Il presente lavoro vuole dunque rappresentare una rassegna delle ultime "scoperte" scientifiche nel panorama dei DCA analizzate soprattutto da un punto di vista cognitivo-comportamentale, rappresentando non un punto di arrivo ma un punto di partenza per successive ricerche sull'argomento.

Bibliografia

- American Psychiatric Association*, (2001), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali IV*, Text-Revision, Trad. it., Masson, Milano.
- Arkell J., Robinson P., (2008), "A pilot case series using qualitative and quantitative methods: biological, psychological and social outcome in severe and enduring eating disorder (anorexia nervosa)", vol. 41(7), pp.650-656.
- Basile B., d'Angerio S., Russo M., Semerari A., (2007), "I disturbi di personalità in pazienti con disturbi del comportamento alimentare", *Cognitivismo clinico*, vol.4 (1), pp.3-21.
- Beck, A.T. et al. (1987). *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri: Torino
- Beck, A.T. et al. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Bell R.M., (1985) La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi, *Mondatori, Milano, 1992*. (Tit. Orig. *Holy Anorexia*, University of Chicago Press, Chicago).
- Bernini L., Todesco T., Dalle Grave R., Deiorio F., Saladini L., Vantini I. (2004), "Gastric emptying in patients with restricting and bingepurgino subtypes of anorexia nervosa", *American Journal of Gastroenterology*, vol.99 (8), pp.1448-1454.
- Bruch H., (1977), *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli Editore, Milano. (Tit. Orig. "Eating Disorder. Obesity, Anorexia Nervosa and The Person Within ", 1973 by Basic Book, Inc., New York, USA).
- Carano A., De Bernardis D., Scali M., Sagripanti U., Campanella D., Crisolidi A., Salerno R.M., Ferro F.M., (2007), "Correlazione tra alestitimia e dissociazione in soggetti con disturbo del comportamento alimentare: uno studio clinico", *Cognitivismo clinico*, vol.4(1), pp. 22-33.
- Chowdhury U., Lask B., (2000), "Neurological correlates of eating disorders" , *European Eating Disorders Review* , vol.8, pp. 126-133.
- Crisp A.H., Palmer R.L., Kalucy R.S., (1976), "How common is anorexia nervosa? A prevalence study", *British Journal of Psychiatry*, vol.128, pp.549-554.
- Custers K., Van den Bulck J., (2009), "Viewership of pro-anorexia websites in seventh, ninth and eleventh graders", *European Eating Disorders Review*, vol.17 (3), pp.214-219.
- Dalle Grave R., Sartirana M., Camporese L., (2007), "Trattamento cognitivo-comportamentale multi step per i disturbi dell'alimentazione: basi teoriche e aspetti pratici", *Cognitivismo Clinico*, 1, pp.54-71.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (2003). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (2001). *Fattori cognitivo-comportamentali nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare*. In Brunetta M. e Frolidi M. (Eds). *I meccanismi del mantenimento del sintomo nei disturbi del comportamento alimentare: Anoressia nervosa e bulimia nervosa* (pp. 93-118). Milano: Pitagora Press.

- Dalle Grave, R., (2000). *Trattamento cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione: aspetti pratici*. In Lucchini (Eds.), *Malnutrizione. Una sfida per il terzo millennio per la società postindustriale. Strategie di prevenzione e cura* (pp. 569-587). Roma: Il pensiero Scientifico.
- Dalle Grave, R. (1998). *Anoressia nervosa: I fatti*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. e Di Flaviano, E. (2002). *Alimentazione meccanica: il cibo come medicina*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (2001). *Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità*. Positive Press: Verona.
- Dalle Grave, R. (1998). *Il trattamento multidisciplinare dell'anoressia nervosa: aspetti teorici e pratici*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 5, 31-44.
- Dalle Grave, R., Bartocci C., Todisco P., Pantano M., Bosello O. (1993). *Inpatient treatment for anorexia nervosa: A lenient approach*. *European Eating Disorder Review*, 1 (3): 166-176.
- De Pascale A., (1992), *Disturbi alimentari psicogeni. L'interazione dei processi sistemici cognitivi e relazionale*, Editoriale Bios, Cosenza.
- Dunkley D.M., Blankstein K.R., Mashed R.M., Grilo C.M., (2006), "Personal standards and evacuative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: a reply to Shafran et al., (2002,2003) and Hewitt et al., (2003)", *Behaviour research and therapy*, vol.44, pp.63-84.
- Esposito R., Zecca L., Imperatore V., Russo S., De Filippo M., Grassi R., Cappelluccio R., Caserta D., (2007), "Il piacere nel processo decisionale e i DCA", *Cognitivismo Clinico*, vol.4 (1), pp.47-53.
- Fabrizio M.E., Brusca N., Ruggieri V., (2004), "Comportamento oro-alimentare e stili di evacuazione nell'anoressia mentale: dati preliminari", *Alimenti e Comportamenti. Periodico scientifico: nutrizione, disordini dell'alimentazione e obesità*, vol.3, n.2, pp.13-18.
- Faccio E., (1999), *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*, Carocci editore, Roma.
- Faiburn, C. G., Cooper Z., Shafran R. (2003). *Cognitive behaviour Therapy for Eating Disorder: a "Transdiagnostic" Theory and Treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-28.
- Falugi G., (1992), *La madre di un' anoressica contesta teorie e terapie*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Frost R.O., Marten P., Lahart C., Rosenblate R., (1990), "The dimensions of perfectionism", *Cognitive Therapy and Research*, vol.14, pp.449-468.
- Garner, D.M., Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press: Verona.
- Gordon R.A., (1991), *Anoressia e bulimia. Anatomia di una epidemia sociale*, Cortina, Milano.
- Gordon R. (2004). *Anoressia e bulimia : anatomia di un'epidemia sociale / - 2. ed. - Milano : R. Cortina.*
- Halmi K.A., Sunday S.R., Strober M., Kaplan A., Woodside D.B., Fichter M., Treasure J., Berrettini W. H., Kaye W.H., (2000), "Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behaviour", *American Journal of psychiatry*, vol.157, pp.1799-1805.
- Kerkhof A., Hermas D., Figeet A., Laermans I., Pieters G., Aardema A., (2000), "De Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: first results in dutch and Flemish in-and outpatient groups", *Gedragstherapie*, vol.33, pp.135-145.

- MacSween M., (1999), *Corpi anoressici*, Feltrinelli Editore, Milano. (Tit. Orig. Anorexic bodies, Routledge, London, 1993).
- McClelland L., Crisp A., (2001), "Anorexia nervosa and social class", *International Journal of Eating Disorders*, vol.29, pp.150-156.
- McLaren L., Gauvin L., White D., (2001), "The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: replication and extension", *International Journal of Eating Disorders*, vol.29, pp.307-313.
- Maskell C.J., (2009), "A demographic and symptom descriptive study of callers to the national association of anorexia nervosa and associated disorders: linking research and advocacy", *Eating Disorders*, vol. 17 issue 4, pp.293-301.
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L., (1980), *Famiglie Psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Astrolabio, Roma. (Tit. Orig. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context, M.A. Harvard Press, Cambridge, 1978).
- Montecchi F., (1994), *Anoressia mentale dell'adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato*, Franco Angeli, Milano.
- Montecchi F., (1996), "Diagnosi precoce e indicatori di rischio nelle anoressie mentali dell'adolescenza", *Informazioni in psicologia, psicoterapia, psichiatria*, n.24/25, pp.9-14.
- Palmer R.L., *L'anoressia mentale. Guida per chi soffre e per la sua famiglia*, Edizioni Borla, Roma, 1991. (Tit. orig. Anorexia nervosa. A guide for sufferers and their families, 1988).
- Polivy J., Herman C.P., (2002), "Causes of eating disorders", *Ann. Rev. Psychol.*, vol.53, pp.187-213.
- Ripa di Meana G., (1995), *Figure della leggerezza. Anoressia- Bulimia Psicoanalisi*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Robinson P.H., (1989), "Perceptivity and paraceptivity during measurement of gastric emptying in anorexia and bulimia nervosa", *British Journal of Psychiatry*, vol. 154, pp.400-405.
- Robinson P.H., McHung P.R., (1995), "A physiology of starvation that sustains eating disorders", *Handbook of Eating Disorders : Theory Treatment and Research*, Szmulker G.I., Dare C., Treasure J. (eds.). John Wiley and Sons.
- Robinson P.H., (2000), "The gastrointestinal tract in eating disorders", *European Eating Disorders Review*, vol.8, pp. 88-97.
- Ruggieri V., (1987), *Semeiotica dei processi psicofisiologici e psicosomatici*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Ruggieri V., Fabrizio M.E., (1994), *La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale.*, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Santonastaso P., Bosello R., Tenconi E., Degortes D., Favaro A., (2009), "Typical and atypical restrictive anorexia nervosa: weight history, body image, psychiatric symptoms, and response to outpatient treatment", *Int Eat Disord*, vol.42 (5), pp.464-470.
- Santoni Rugiu A., Calò P., De Giacomo P., (2000), *Anoressia e bulimia: la svolta. Manuale di auto-aiuto per il trattamento dei disturbi alimentari*, FrancoAngeli, Milano.

- Sassaroli S., Bertelli S., Boccalari L., Sangiorgi E., Giovini M., Lamela C., Rebecchi D., Scarone S., Vinai P., Ruggiero G.M., “Contenuti metacognitivi dei disturbi alimentari e interazione con il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio”, (2007), *Cognitivismo clinico*, vol.4 (1), pp.34-46.
- Sassaroli S., Bertelli S., Decoppi M., Cosina M., Milos G., Ruggiero G.M., (2005), “Worry and eating disorders: a psychopathological association”, *Eating Behaviors*, vol.6, pp.301-307.
- Sassaroli S., Ruggiero G.M., (2005), “The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders”, *International Journal of Eating Disorders*, vol.37, pp.135-141.
- Selvini Palazzoli M., (1981), *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano.
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore,
- Selvini Palazzoli M. (2006). *L'anoressia mentale : dalla terapia individuale alla terapia familiare.*– Milano : R. Cortina.Milano.
- Teasdale J.D., Moore R.G., Hayhurst H., Pope M., Williams S., Segal Z.V., (2002), “Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.70 (2), pp.275-287.
- Tierney S., (2006), “The dangers and draw of online communication: pro-anorexia websites and their implications for users, practitioners, and researchers”, *Eating Disorders*, vol.14, pp.181-190.
- Turner J., Batik M., Palmer L.J., Forbes D., McDermott B.M., (2000), “Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa”, *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol.39, n.3, pp.378-385.
- van Deth R., Vandereycken W., (2000), “Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in victorian asylums” , *International Journal of Eating Disorders* , vol.27, pp. 390-404.
- Wells A., (2000), *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*, Chichester, UK: Wiley.
- Williams R.D., Olmstedt W.M., (1936), “The manner in which food controls the bulk of the feces”, *Annals of International Medicine*, vol.10, pag.717.

Autore: Nunzia Brusca

Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata a Roma, training Prof. Francesco Mancini SPC

e-mail: nunzia_brusca@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it