

Gemma: un caso di Anoressia Nervosa Restrittiva

Sylvia Serena Schifano¹

¹ Psicoterapeuta Cognitivo - Comportamentale, APC Verona

Riassunto

Viene presentato il caso di Gemma, paziente di 18 anni con un esordio molto rapido e grave di Anoressia Nervosa Restrittiva. Il controllo sul peso si configura come una strategia di coping in risposta a una credenza di inadeguatezza e al bisogno di conferme esterne per riconoscere il proprio valore. La presenza di idee deliranti e di ideazione paranoidea pongono un dubbio diagnostico rispetto ad una possibile presenza di aspetti psicotici, da valutare nel tempo in seguito al recupero ponderale.

L'attenzione verso gli aspetti alimentari e sull'aspetto fisico è sempre stata molto elevata in famiglia, dove è presente anche familiarità psichiatrica e disregolazione emotiva. La paziente riporta di essere stata molto criticata in passato a causa del suo aspetto fisico e del rendimento scolastico, ambiti che, al momento della consultazione, vengono gestiti attraverso strategie di tipo perfezionistico.

L'intervento si configura attraverso psicoterapia individuale, presa in carico genitoriale ed invio a un medico nutrizionista. L'obiettivo iniziale è di tipo motivazionale ai fini di un ricovero in un reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale. Il trattamento si è articolato attraverso due ricoveri e successiva terapia ambulatoriale.

Parole chiave: disturbi dell'alimentazione, anoressia nervosa, iperattività, disregolazione emotiva, sottopeso grave, intervento multidisciplinare.

Summary

Gemma is a 18 years old girl who is experiencing a very severe onset of Anorexia Nervosa- Restricting type. She needs external confirmations to acknowledge her sense of self-worth and she uses weight control to cope with her inadequacy beliefs. Delirium and paranoid ideations are present in severe underweight conditions. It will be important to assess a possible presence of psychosis symptoms, after the weight recovery.

Gemma's family has always been very focused on food and body control. A family history of psychiatric morbidity and emotion dysregulation is also present. The patient reports to have been massively criticized in the past because of her physical appearance and school performance. She now manages this fields using perfectionist strategies.

The clinical intervention was composed by individual psychotherapy, nutritional counseling and parent counseling. The first aim was to motivate the patient to be admitted in a eating disorders Unit. Therapy was made by inpatient and outpatient treatment.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, hyperactivity, emotion dysregulation, severe underweight, multidisciplinary approach.

Introduzione

Gemma ha 18 anni. È una studentessa al quarto anno dell'Istituto Professionale Alberghiero, indirizzo cucina. È figlia unica ed abita con i suoi genitori, commercianti.

Sylvia Serena Schifano, Il caso di Gemma N. 23, 2019, pp.129 - 142.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

www.psicoterapeutiinformazione.it

A Novembre 2017, i genitori si rivolgono ad una mia collega, supervisore del caso, parte dell'équipe dell'Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale in cui lavoro, a causa della rapida perdita di peso della figlia. La collega valuta di prendere in carico i genitori e inviare a me la paziente, che è stata indirizzata anche da un'altra collega dell'équipe, medico- nutrizionista.

In prima seduta Gemma arriva piangendo e urlando contro i genitori. Molto curata nell'aspetto ma marcatamente sottopeso, pallida, rallentata nell'eloquio, visibilmente affaticata. L'atteggiamento è oppositivo, totalmente carente di insight rispetto al suo evidente sottopeso.

Descrizione del problema

Gemma riporta un marcato disagio corporeo, focalizzato soprattutto sulle gambe, causa della sua forma "a pera" che non le è mai piaciuta. Il BMI al momento della consultazione è di 15,01, con un incremento della rapidità della perdita di peso nel periodo immediatamente precedente. Nonostante ciò, la paziente presenta dispercezione corporea e idee deliranti rispetto all'essere grassa. Crede che il peso indicato dalla bilancia non sia realmente il suo. I sintomi principali sono la restrizione alimentare e l'iperattività (circa 3 ore di palestra al giorno), in assenza di abbuffate e/o condotte compensatorie.

Gli sbalzi d'umore sono intensi e frequenti, con viraggi tra la tristezza, che l'ha condotta ad uno stato di isolamento quasi totale, e la rabbia molto intensa, agita impulsivamente (lancio di oggetti, aggressioni verbali e fisiche, sporadici agiti autolesivi) soprattutto nei confronti dei genitori. Il livello di emotività espressa all'interno della famiglia è molto elevato: le liti sono all'ordine del giorno e spesso si concludono con aggressioni fisiche da entrambe le parti.

La scuola è vissuta in modo perfezionistico e ossessivo; per Gemma è molto importante ottenere il massimo dei voti. Studia molte ore al giorno, riducendo anche le ore di sonno, e presenta una forte ansia rispetto ai momenti di valutazione.

Dalla somministrazione dell'intervista SCID-IV per i Disturbi di Personalità, risultano soddisfatti i criteri diagnostici per un Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato e tratti di Disturbo Evitante di Personalità, Disturbo Dipendente di Personalità e Disturbo Borderline di Personalità.

Dalla somministrazione del questionario MCMI-II emerge un profilo di personalità Evitante-Dipendente.

Il sottopeso, molto grave soprattutto al momento della somministrazione della SCID-IV, potrebbe comunque avere influenzato i risultati. La paziente, inoltre, è molto giovane per porre una diagnosi categoriale di Disturbo di Personalità.

È possibile però fare delle considerazioni sul livello di funzionamento della personalità, utilizzando il modello alternativo del DSM-5. Vi è una moderata compromissione nell'area del Sé; per ciò che concerne l'Identità, dipende eccessivamente dagli altri per la sua definizione, i cui confini non sono ben delineati. Ha un'autostima fragile, controllata da un'esagerata preoccupazione per la valutazione esterna e dalla ricerca di approvazione. Ha un senso di incompiutezza o di inferiorità, con aspetti compensatori. La regolazione emotiva dipende dalla valutazione esterna positiva. Minacce alla stima di sé generano forti emozioni negative. Nell'Autodirezionalità, molto spesso, i suoi obiettivi sono un mezzo per ottenere l'approvazione esterna piuttosto che sentiti. I suoi standard personali sono irragionevolmente elevati. Ha una ridotta capacità di riflettere sulle proprie esperienze interiori. Nell'area Interpersonale, invece, la compromissione sembra di grado grave. Per ciò che concerne l'Empatia, la capacità di considerare e comprendere i pensieri, i sentimenti e il comportamento di altre persone è notevolmente limitata. Generalmente non è in grado di prendere in considerazione il punto di vista di altre persone; si sente fortemente minacciata da divergenze di opinioni o punti di vista alternativi. È frequentemente disorientata rispetto a pensieri e azioni delle persone, attribuendo loro, spesso ed erroneamente, intenti distruttivi. Nell'area dell'intimità, nonostante sia presente il desiderio di stabilire relazioni sociali e una vita privata, la capacità di avere legami positivi e duraturi è compromessa. Gli altri sono concepiti soprattutto in relazione all'impatto (negativo o positivo) che hanno su di sé; gli sforzi di collaborazione sono spesso interrotti a causa della percezione di offese da parte degli altri.

In ambito metacognitivo, i deficit più consistenti si ritrovano nelle funzioni di Integrazione, nel Decentramento, Differenziazione e Mastery.

La diagnosi, secondo DSM 5, è di Anoressia Nervosa di tipo restrittivo (Cod. 307.1 F50.01) senza condotte di eliminazione.

Tuttavia, sono presenti diversi indicatori che potrebbero segnalare la presenza di un disturbo di spettro psicotico: la presenza di idee deliranti rispetto al peso, un'elevatissima sensibilità interpersonale che si traduce in franca ideazione paranoidea quando è attiva un'emozione di rabbia, un funzionamento cognitivo e metacognitivo piuttosto povero (scarsi risultati scolastici con impegno elevato e deficit metacognitivi che riguardano l'esame di realtà). Gli aspetti deliranti e persecutori, inoltre, si sono

ridimensionati in concomitanza con l'assunzione di terapia farmacologica antipsicotica, a seguito della quale è avvenuto anche il rapido recupero ponderale. Sarà quindi necessario continuare a valutare la paziente nel tempo, con una maggiore conoscenza in condizioni di normopeso.

Profilo interno del disturbo

Lo scopo della paziente sembra essere quello dell'Autoimmagine e dell'Immagine, cioè quello di dimostrare a sé stessa e agli altri il suo valore personale. È sostenuto da una credenza di base su di sé "Io sono inadeguata, non valgo, sono un'incapace, sono stupida". Quando la paziente sente confermata la credenza di base di inadeguatezza, entra nello stato temuto, caratterizzato da emozioni molto intense di vergogna e tristezza, a causa della perdita del suo valore personale. Per tenersi distante dallo stato temuto ha sviluppato dei meccanismi di iper-compensazione basati sul controllo e sul perfezionismo: la restrizione alimentare e il controllo della forma fisica le restituiscono un senso di competenza e trionfo che la fanno entrare nello stato desiderato di valore, caratterizzato da umore elevato, forza fisica e lucidità mentale incongrue rispetto alle condizioni mediche che peggiorano al calare del peso. Anche lo studio sembra avere lo stesso ruolo; il fatto di passare moltissime ore sui libri e imparare tutto a memoria le permette di ottenere sempre voti eccellenti e, quindi, sentendosi brava e competente, disconferma l'ipotesi temuta di incapacità e stupidità. Questo le permette anche di ottenere dei rinforzi sociali, soprattutto dai suoi genitori, da cui invece si è sempre sentita criticata e non apprezzata.

Ogni volta che sente che qualcuno minaccia il suo scopo di sentirsi e mostrarsi come una persona di valore, per esempio attraverso una critica, e rischia quindi di entrare nello stato temuto di vuoto, Gemma risponde con una rabbia intensa, disregolata, che agisce in modo violento e che sfocia in un vissuto persecutorio.

Un'idea irrazionale della paziente sembra, quindi, essere di tipo "Io valgo se e solo se gli altri mi dicono che sono brava", dove i suoi genitori sono presi come riferimento principale della suddetta dinamica, costituendosi come elemento di dipendenza per la definizione del sé, le scelte, la gestione del tempo.

Ne consegue che anche i limiti e le regole diventano una minaccia allo scopo, in quanto letti come punizioni e quindi la dimostrazione che non è stata abbastanza brava. Anche in questo caso, la risposta è rabbiosa e disregolata, in quanto "Gli altri devono riconoscere i miei sforzi e se non lo fanno è intollerabile".

Le gravi conseguenze cliniche delle condotte restrittive diventano oggetto di una valutazione secondaria su di sé, dove la necessità di un trattamento intensivo viene letta come conferma della sua incapacità e della sua mancanza di valore, oltre che minaccia alle sue strategie di coping. L'atteggiamento è, quindi oppositivo, con comportamento aggressivo e di svalutazione nei confronti dell'équipe curante. Le emozioni di rabbia e di tristezza, inoltre, sono accentuate dall'effetto della denutrizione.

Fattori e processi di mantenimento

L'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione, fa sì che le condotte restrittive e di iperattività siano molto difficili da abbandonare, nonostante gli elevati costi del disturbo. A questo livello intervengono anche il perfezionismo, la rigidità e la bassa autostima di Gemma; abbandonare l'ideale della magrezza significherebbe confermare l'ipotesi temuta di disvalore.

Il basso peso, inoltre, porta alla "Sindrome da malnutrizione", che esacerba ed amplifica le emozioni negative, gestite a loro volta attraverso la sintomatologia del DA.

L'elevata emotività espressa in famiglia e gli scontri frequenti esacerbano le difficoltà di regolazione emotiva, che la paziente gestisce attraverso i sintomi.

In famiglia, inoltre, vi è un atteggiamento generalmente critico, svalutante e sfiduciato rispetto al Disturbo Alimentare di Gemma, soprattutto da parte paterna; questo contribuisce al peggioramento della sua valutazione secondaria e, di conseguenza, alla messa in atto dei sintomi.

Da un punto di vista relazionale, la dinamica familiare è generalmente impostata sull'alleanza di Gemma con la madre (iperprotettiva, che tende ad accontentarla in tutto e assecondare ogni sua richiesta) contro il padre (più autoritario, severo e ipercritico); questo mantiene la credenza di poter avere dei diritti speciali, non confrontandosi mai con limiti, divieti, no. In alcuni momenti, però, la madre, satura dalle continue richieste di Gemma, improvvisamente si allea con il padre, diventando espulsiva e svalutante; questo aspetto di imprevedibilità e incontrollabilità delle sue relazioni con le figure di riferimento potrebbe mantenere la necessità del ricorso a strategie basate sul controllo.

Scompenso

Nell'inverno 2017 la paziente ha una delusione amorosa per via di un ragazzo fidanzato che la prende e la lascia diverse volte per poi tornare sempre insieme alla sua ragazza, descritta come magrissima.

Gemma è triste, per questo inizia a mangiare meno, perdendo un po' di peso, cosa che la rende contenta. Pochi mesi dopo avviene l'esordio anoressico.

A Maggio 2017 il peso era circa 51 kg (BMI= 20,7). La paziente riporta che, in quel periodo, lo stress dovuto alla scuola si era intensificato, anche a causa di uno stage in un ristorante, dove era sottoposta a continue critiche da parte dello Chef, da lei vissute molto male. Piangeva spesso e si sfogava con i suoi genitori, che le rimandavano che doveva impegnarsi di più. L'insoddisfazione per il proprio corpo, da sempre presente, si è intensificata. L'ulteriore perdita di peso è avvenuta spontaneamente, poiché a causa delle molte ore trascorse in cucina era sempre in piedi, i ritmi erano molto frenetici e non aveva tempo per mangiare. A inizio luglio il peso era di 45kg. Si piaceva di più, quindi ha iniziato intenzionalmente a restringere e ad andare in palestra tutti i giorni, per 2-3 ore al giorno, cosa che la aiutava anche nello studio, promuovendo la concentrazione.

Restrizione e iperattività si sono fatte sempre più intense, anche a causa dell'inizio della scuola, vissuta in modo molto preoccupato rispetto alla mole di interrogazioni e verifiche, affrontate in modo perfezionistico.

Gemma ha un crollo nel tono dell'umore e frequenti viraggi tra tristezza e rabbia. Questo la porta ad isolarsi sempre di più, appare ritirata e disinteressata al rapporto con gli altri. I genitori, preoccupati, consultano un primo psicoterapeuta e una biologa-nutrizionista, il cui aggancio però non va a buon fine. La perdita di peso continua rapidissima, fino ad arrivare a 38 kg a Novembre, momento della consultazione.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

La paziente riporta che il padre è sempre stato anaffettivo nei suoi confronti, respingendola quando lei cercava un contatto fisico con lui. Ricorda di aver sempre pensato che forse non era abbastanza brava e che, se lo fosse stata, allora lui le avrebbe voluto bene.

Le scuole medie sono state vissute da Gemma con forte disagio. Il peso, all'epoca, era intorno ai 60 kg (BMI=23,34), nel range più elevato del normopeso. Gemma ricorda di essere stata spesso criticata dalla madre rispetto al peso, che le faceva notare che non poteva permettersi certi vestiti, come i pantaloncini corti, perché "faceva schifo". Inizia a costituirsi il senso di disgusto nei confronti delle sue gambe. Alle scuole medie, inoltre, viene iscritta in un istituto distante dal suo paese, dove i suoi

compagni si conoscono tra loro e lei non conosce nessuno. Si sente esclusa e si isola molto, pensando che qualcosa non va in lei, idea che le viene confermata dai genitori che le ripetono che tutti hanno degli amici tranne lei. Riporta un'elevata criticità anche nei confronti dei suoi risultati scolastici, scarsi. I professori suggeriscono una valutazione psicologica, ma lei si rifiuta, interpretando questa richiesta come la prova della sua inadeguatezza e stupidità. Quando inizia le scuole superiori, decide di ripartire da zero e di voler essere una persona diversa: simpatica, solare, brava a scuola, bella. Il suo modo di relazionarsi agli altri diventa più spigliato, si impegna moltissimo nello studio per essere tra le prime della classe, inizia ad andare in palestra e consulta un nutrizionista, perdendo una decina di kg in 4 anni. Questo le permette di ottenere dei rinforzi, da parte dei suoi genitori e da parte del contesto sociale, tenendo a distanza i vissuti di vergogna e inadeguatezza.

Nella famiglia paterna sembra esservi una familiarità per Disturbi dell'Alimentazione; la zia, cui Gemma è molto legata, ha sofferto di Anoressia Nervosa, effettuando diversi ricoveri. Il padre è un ex-obeso, a oggi normopeso ma molto attento agli aspetti alimentari e al mantenimento del peso, ricorrendo a frequenti diete. Da parte materna non sembra esservi patologia alimentare, ma è presente un'elevata attenzione all'aspetto fisico.

La disregolazione emotiva rispetto alla rabbia è presente nella famiglia paterna, dove gli scontri fisici tra nonna, padre e zia erano frequenti e molto violenti.

Vulnerabilità attuale

La scelta dell'indirizzo cucina esacerba gli aspetti di controllo rispetto al cibo. A Settembre 2018, dopo aver perso il precedente anno scolastico, la paziente è stata inserita in una classe dove i professori adottano dei metodi di valutazione diversi, per cui Gemma sta avendo delle difficoltà nello studio, vissute con forte ansia e ricorso al perfezionismo.

Terapia

Il contratto terapeutico prevedeva la presa in carico multidisciplinare dell'intero sistema familiare. I genitori sono stati seguiti dalla collega inviata a cadenza settimanale, allo scopo di lavorare sui meccanismi di mantenimento del Disturbo Alimentare e sul clima violento presente in famiglia al momento della consultazione. La paziente è stata vista, a cadenza settimanale, da me e da un medico-nutrizionista, al fine di prepararla ad un eventuale ricovero nel caso in cui il peso non fosse aumentato entro il primo mese di trattamento, con un monitoraggio dei parametri medici.

La prima fase del trattamento si è concentrata sulla regolazione dell'alleanza terapeutica e la motivazione all'eventuale ricovero, attraverso l'analisi dei pro e dei contro del Disturbo Alimentare, la promozione della consapevolezza rispetto ai costi del disturbo e interventi psicoeducativi sugli aspetti emotivi (lettura del Minnesota Study). Era molto difficile interagire con la paziente, a causa dell'elevato livello di ossessività rispetto alla paura di ingrassare e della presenza di pensiero delirante, il tutto peggiorato dall'elevatissima sensibilità alla critica, che ha reso molto difficile anche l'aggancio con il medico- nutrizionista.

Durante l'ultima delle 4 settimane previste, la paziente ha perso 1,8 kg, raggiungendo un BMI di 14,69. È quindi stata richiesta una valutazione psichiatrica urgente presso un'Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale in regime di ricovero. La paziente è stata inserita in lista d'attesa urgente e ha iniziato il ricovero due settimane dopo, a Gennaio 2018, con un peso di 29 kg (BMI 11,76), perdendo ulteriori 1,5 kg durante la prima settimana di ricovero (BMI 11,15).

È stato disposto il riposo assoluto, con controllo quotidiano da parte degli operatori soprattutto nei momenti successivi ai pasti, ed è stato predisposto l'invio ad un reparto di Medicina Generale per nutrizione tramite sondino nasogastrico, nel caso in cui la paziente non avesse recuperato peso. La sintomatologia psichiatrica generale e alimentare era elevatissima (vedi testologica in allegato) e Gemma mostrava una grave refrattarietà alle cure. È stata introdotta una terapia farmacologica con sertralina 100 mg, per gli aspetti depressivi e ossessivi e, per gli aspetti di intenso rimuginio, olanzapina 5mg.

L'intervento psicoterapeutico, in questa fase, è stato svolto attraverso colloqui brevi due volte la settimana, poiché la paziente non presentava le risorse cognitive necessarie per affrontare un colloquio più lungo di 20- 30 minuti. Gli obiettivi erano principalmente motivazionali, il cui raggiungimento è stato ostacolato da importanti aspetti di impulsività e di disregolazione emotiva che hanno reso molto complesso il lavoro, soprattutto da un punto di vista della relazione terapeutica. La paziente rispondeva alle ossessioni che si presentavano dopo i pasti mediante richiesta compulsiva di rassicurazioni al personale, ai genitori e alle pazienti dei vari reparti, infrangendo il regolamento del programma e rischiando le dimissioni. Abbiamo lavorato sulla sospensione della richiesta di rassicurazioni, mediante strategie di regolazione emotiva (pallina antistress, colorare, distrazione) e scrivendo una lista delle frasi che la aiutavano a rassicurarsi, in modo che potesse leggerla quando le altre strategie non funzionavano.

La gestione delle relazioni con l'équipe curante è stata molto difficile, a causa dell'interpretazione di ogni intervento come una critica, in risposta alla quale G. si disregolava sulla rabbia, offendendo e maltrattando gli operatori. Il ricorso alla dialettica è stato fondamentale per la gestione della relazione terapeutica, dove ogni richiesta doveva passare attraverso la validazione delle sue emozioni e il riconoscimento del suo impegno.

Dopo 2 mesi di ricovero il BMI è di 14, le funzioni cognitive sono ripristinate, le ossessioni meno invalidanti, la paziente è più lucida e adeguata e la disregolazione emotiva meno intensa e frequente; il lavoro si concentra principalmente sulla raccolta della storia di malattia e la condivisione dello schema di funzionamento, per favorire una migliore comprensione del disturbo e del ruolo della sensibilità alla critica come ostacolo al trattamento.

Dopo 3 mesi di ricovero, la paziente viene dimessa dall'Unità per aver concluso il programma terapeutico in regime di ricovero ospedaliero, con un BMI di 14,67. Viene riammessa dopo 3 settimane, a causa della difficoltà nel mantenere i progressi alimentari in regime ambulatoriale. Gemma è molto ambivalente nei confronti del secondo ricovero; da una parte ne riconosce la necessità, dall'altro lo vive come un'imposizione. Fa molte richieste all'équipe (permessi, uscite, telefono prima dei termini, etc) e si arrabbia molto quando queste non vengono soddisfatte, agendo i sintomi con un aspetto rivendicativo. Attraverso tecniche di monitoraggio, riconoscimento e validazione dell'emozione rabbia, pro e contro della gestione attraverso i sintomi e l'esplorazione di strategie alternative per gestirla, G. riesce maggiormente a tollerare e a stare alle regole.

Emergono emozioni di vergogna e tristezza rispetto al secondo ricovero, vissuto come un fallimento e come dimostrazione della sua inadeguatezza e incapacità. Inoltre, G. decide di rinunciare alla possibilità di fare un esame integrativo e perde l'anno scolastico. Tramite tecnica del doppio standard vengono messi in luce l'ipercriticismo e gli standard perfezionistici. Attraverso l'utilizzo di ponti temporali la paziente ricollega queste sensazioni al periodo delle scuole medie, arrivando al tema della bassa autostima nucleare e del perfezionismo come fattori di mantenimento. L'esplorazione degli stati mentali "Balena" (stato temuto, inadeguatezza e vergogna) e "Bolt" (stato desiderato, competenza e potere) permette una maggiore integrazione e promuove la consapevolezza di malattia. L'emergere degli aspetti depressivi legati allo stato di fallimento, inoltre, permette di esplorare tutto quello che sta perdendo a causa del disturbo (scuola, patente, vita sociale, autonomia) e di portare a termine il lavoro motivazionale sulla presa di consapevolezza dei costi del disturbo. L'emergere della tristezza, però, le rende ancora più difficile la condizione di ricovero, aggravata dall'attuarsi di

interventi medici contenitivi rispetto all'iperattività, vissuti come punizione e mancato riconoscimento dei suoi risultati, a cui la paziente reagisce con rabbia e disperazione.

La paziente decide quindi di autodimmettersi a Luglio 2018, dopo quasi 2 mesi di ricovero, con un BMI di 15,45 e con la richiesta di continuare la terapia in regime ambulatoriale. Il contratto prevedeva la presa in carico multidisciplinare (psichiatra, medico nutrizionista, psicoterapia individuale e genitoriale) e l'aumento costante del peso, da verificarsi settimanalmente.

La riduzione al ricorso dei sintomi al di fuori del contesto contenitivo del ricovero è stata, inizialmente, difficile per G. Questo ha promosso il ripetersi di dinamiche esplosive nel contesto familiare, che esacerbavano le difficoltà della paziente. È stato quindi ripreso il lavoro sul monitoraggio e sulla regolazione emotiva, in parallelo alla promozione della mentalizzazione rispetto al suo ruolo nell'instaurarsi di cicli interpersonali esplosivi, attraverso self-disclosure e rispecchiamento. Questo, parallelamente alla psicoterapia dei genitori con la collega, ha permesso una riduzione dell'emotività espressa e un miglioramento parziale delle sue abilità sociali. È stata promossa l'esplorazione attiva di aree di piacere e interesse, in modo da promuovere un abbandono dell'eccessiva importanza data a peso e forma corporea. La paziente ha ripreso le sue relazioni sociali e sta frequentando un ragazzo.

Il tema dell'immagine corporea, relativo soprattutto alla dispercezione rispetto alle gambe, è rimasto molto importante per Gemma ed è stato affrontato attraverso compiti di riduzione del body checking e interventi di accettazione, cercando di spostare l'attenzione su quanto la sua qualità della vita sia migliorata nonostante le sue gambe non le piacciono. Attraverso l'esplorazione in mindfulness della sensazione di disagio corporeo, G. ha raggiunto la consapevolezza che essa è sempre stata presente, anche a un peso bassissimo. È riuscita quindi a definirla come segnalatore dello stato mentale di inadeguatezza e, tramite ABC e catene comportamentali, a risalire alle situazioni che lo attivano. Abbiamo lavorato in ristrutturazione cognitiva sulla credenza "Io valgo se e solo se i miei genitori mi riconoscono", ottenendo una parziale desensibilizzazione della paziente alle critiche e al mancato riconoscimento paterno. In particolare, G. sta imparando a riconoscere i limiti dei suoi genitori e, quindi, a iniziare a mettere in discussione l'assoluta veridicità del loro giudizio.

L'inizio di una relazione ha aperto il tema della sessualità, di cui G. non ha mai fatto esperienza. L'intervento si è concentrato soprattutto sul ridimensionamento delle aspettative positive e sulla promozione di un maggior esame di realtà rispetto al ruolo che il disagio corporeo avrà nell'eventuale

rapporto. Abbiamo concordato che, quando si sentirà pronta, me ne parlerà, in modo da evitare agiti impulsivi e poter valutare insieme gli eventuali rischi connessi alla malattia.

A Settembre 2018 la paziente ha ripreso la scuola, in una nuova classe, a causa della bocciatura. I primi voti negativi, dovuti alla sua aumentata difficoltà nello studio e al cambio di professori, la costringono a confrontarsi con lo stato temuto, a cui risponde mettendo in atto strategie perfezionistiche di studio. Al momento attuale, quindi, stiamo lavorando sulla possibilità di fare dei collegamenti tra la sintomatologia alimentare e il suo rapporto con lo studio, attraverso il monitoraggio e l'analisi dei pensieri automatici e della Not Just Right Experience che emerge durante lo studio, sottolineando i costi dell'eccessivo studio. Attraverso grafico a torta, inoltre, è stato analizzato il ruolo di tutte le variabili che al momento incidono sui suoi risultati scolastici, al fine di ridimensionare il peso dell'ipotesi temuta "sono stupida".

A Novembre 2018, Gemma ha raggiunto un BMI di 18.7. Sono stati ripetuti l'SCL-90 e l'EDI-3, in allegato. La restrizione alimentare e l'iperattività sono marcatamente diminuite. È diminuita l'importanza attribuita al peso e al corpo, è aumentato l'esame di realtà e l'insight rispetto alle cause e ai fattori di mantenimento del disturbo è buono. Migliorata la regolazione emotiva, con una riduzione delle difficoltà interpersonali, e la capacità di mettersi nei panni degli altri, con una maggior comprensione dei cicli interpersonali. La qualità della vita, in generale, è nettamente migliorata, con la ripresa delle sue attività quotidiane e delle relazioni sociali.

Il lavoro successivo comprenderà il trattamento degli aspetti ossessivi legati allo studio, per evitare che la sintomatologia viri, semplicemente, da un polo perfezionistico ad un altro. L'obiettivo è soprattutto il lavoro sugli aspetti di personalità relativi all'area del Sé. Nello specifico, si cercherà di promuovere il riconoscimento autonomo dei desideri, la promozione dell'autonomia, l'incremento del senso di efficacia personale e la gestione degli stati problematici. Da proseguire anche il lavoro sull'integrazione tra stati mentali, ancora deficitario, e nell'area interpersonale.

Nonostante le difficoltà iniziali, la relazione terapeutica appare adesso buona: la paziente non mostra aspetti di dipendenza nei miei confronti, appare affidata e riesce a tollerare la critica, rimanendo nei confini in modo sufficientemente adeguato.

La psicoterapia prosegue a cadenza settimanale, anche per permettere un monitoraggio attento degli aspetti di gravità emersi all'inizio della terapia in condizioni di normopeso.

ALLEGATO 1. SCL-90 PRE-POST TRATTAMENTO

SUBSCALE SCL-90	GENNAIO 2018	NOVEMBRE 2018
Somatizzazione	2,25	0,5
Area Ossessivo-compulsiva	3	2,2
Sensibilità interpersonale	3,33	2,22
Depressione	3,69	2,31
Ansia	3,2	1,3
Rabbia Ostilità	3,33	0,67
Ansia Fobica	2,14	0,14
Ideazione Paranoidea	3,83	2,17
Psicoticismo	3,8	1,3
TOTALE	285	129
TS/90	3,17	1,43

ALLEGATO 2: EDI-3 PRE-POST TRATTAMENTO

SUBSCALE EDI-3	CLASSIFICAZIONE	Gennaio 2018	Novembre 2018
SCALE DI RISCHIO DI DCA			
DT-Impulso alla magrezza	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	85	99
B-Bulimia	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	95	52
BD-Insoddisfazione per il corpo	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	89	95

SCALE PSICOLOGICHE			
LSE-Bassa Autostima	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	95	99
PA-Alienazione Personale	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	99	99
II_Insicurezza Interpersonale	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	26	62
IA-Alienazione Interpersonale	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	99	66
ID-Deficit Interocettivi	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	82	88
ED-Disregolazione Emotiva	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	97	84
P_Perfezionismo	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	93	63
A_Ascetismo	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	99	0
MF – Paura della maturità	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico >85 range clinico elevato	90	93

SCALE DI VALIDITA'			
IN-Scala Incoerenza	0-15 tipico 16-19 atipico 20-40 molto atipico	8	7
IF_Scala Infrequenza	0-2 tipico 3-4 atipico 5-10 molto atipico	2	4
NI-Scala Impressione Negativa	0-44 tipico 45-54 atipico 54-90 molto atipico	36	38
PUNTEGGI COMPOSTI			
EDRC-Rischio di DCA	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico	96	91
IC_inadeguatezza	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico	98	99
IPC-Problemi Interpersonali	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico	67	67
APC-Problemi Affettivi	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico	97	88
OC-Ipercontrollo	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico	97	32
GPMC-Disadattamento Psicologico Generale	1-70 range non clinico 70-85 range di interesse clinico	96	90

Sylvia Serena Schifano
Psicologa e Psicoterapeuta, Padova, Vicenza e Verona
Specializzata a Verona, training Nisi e Mansutti
e-mail: sylvia.schifano@gmail.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