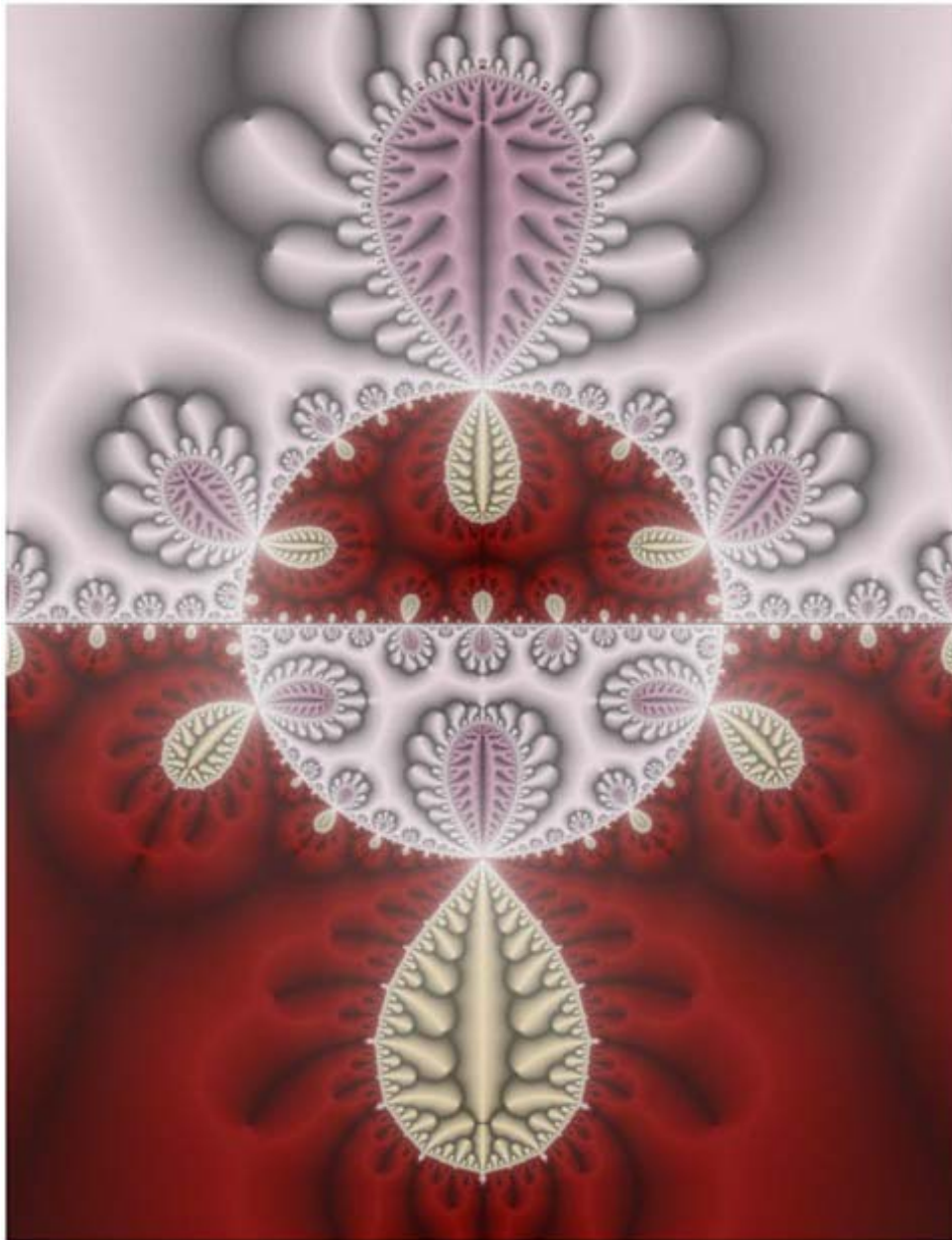


Psychomed

Periodico quadrimestrale
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Anno IV n. 1-2-3 Dicembre 2009

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibia

www.crpitalia.eu/psychomed.html

INDICE

Editoriale	pag. 4
Assessment dei DCA <i>di Adele De Pascale</i>	pag. 6
La valutazione cognitivo-comportamentale nell'obesità <i>Di Lucio Sibilia</i>	pag. 12
Assessment dell'obesità e DCA in età pediatrica <i>di Andrea Vania</i>	pag. 23
Il caso di Petra	pag. 28
Il caso di Petra: trattamento e catamnesi <i>di Stefania Borgo</i>	pag. 30
Il caso di Petra da un punto di vista psicodinamico <i>di Giuseppe Godino</i>	pag. 32
L' approccio relazionale sistemico nei disturbi della condotta alimentare <i>di Adele De Pascale</i>	pag. 38
La terapia centrata sulla Persona nel caso di Petra <i>di Alberto Zucconi</i>	pag. 42
Il caso di Petra nella prospettiva cognitivo-comportamentale <i>di Lucio Sibilia</i>	pag. 57
Il trattamento del Dca nella struttura di riabilitazione Psiconutrizionale Palazzo Francisci <i>di Laura Dalla Ragione</i>	pag. 66
I disagi psico-sociali dell'obeso <i>di Roberto Picozzi</i>	pag. 72

La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) <i>di Mario Becciu</i>	pag. 80
Pane, Amore e Fantasia: un programma psicoeducativo per genitori <i>di Anna Rita Colasanti</i>	pag. 84
Introduzione alla Psicologia Positiva <i>di Federico Colombo</i>	pag. 87
Prospettive internazionali Martin Seligman: Positive Psychology <i>di Martin E. P. Seligman e Mihaly Csikszentmihalyi</i>	pag. 91
Convegni	pag. 106

Direttore responsabile: Stefania Borgo mail: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: Lucio Sibilìa mail: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele de Pascale, Carlo Di Berardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibilìa, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Massimo Ambrosi, Dimitra Kakaraki, Adriano Martello

Sito Internet: <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html> Email: psychomed@crpitalia.eu

Editoriale

Cari lettori,

alla fine dell'anno vede finalmente la luce questo numero di *Psychomed*, che conclude la quarta annata della rivista. Anzitutto, si tratta di un numero monografico, come il precedente, stavolta però centrato sul tema dei disturbi alimentari e dell'obesità. Contiene tuttavia anche un'altra novità: l'inaugurazione di una sezione di "prospettive internazionali", che intende fornire un aggiornamento sulle attuali tendenze nell'area di interesse della rivista: l'interfaccia tra scienze del comportamento e medicina, e quindi la psicoterapia, la psicologia preventiva e l'intervento psicosociale. Una tendenza che ci sembra poter incidere significativamente nel campo della psicoterapia è quella della *psicologia positiva*; tale tendenza, già presente per numerosi aspetti nella psicologia della seconda metà del XX secolo, in particolare nell'approccio cognitivo-comportamentale, solo nell'ultima decade è stata unificata concettualmente. Ciò è accaduto per merito di alcuni autori, tra cui soprattutto M. E. P. Seligman, che aveva già ispirato e svolto ricerche importantissime nell'ambito della depressione, evidenziando il fenomeno della *learned helplessness* e proponendone la fortunata denominazione.

L'ultimo Convegno Clinico, organizzato dalla *Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-comportamentale ed Intervento Psicosociale*, tenutosi a Vitorchiano nel luglio 2009 ha determinato anche stavolta la scelta dell'argomento della monografia: sono state tre giornate di studio focalizzate appunto sulla valutazione e l'intervento psicoterapico nei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità. Le principali relazioni sono state tenute sia da docenti della Scuola (De Pascale, Sibilia, Picozzi, Becciu, Colasanti), il cui orientamento è chiaramente riferibile all'ambito cognitivo (comportamentale o sistemico), sia da relatori esterni, di orientamenti teorici diversi: il Prof. A. Vania, pediatra, il Prof. M. Casacchia, psichiatra e Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università de L'Aquila, per l'orientamento biologico, il Dr. G. Godino, psicoanalista, didatta dell'Istituto di Ricerche Europee in Psicoterapia Psicoanalitica, il Dr. A. Zucconi, psicoterapeuta di orientamento rogersiano, presidente dell'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, la Dr.ssa L. Dalla Ragione, psichiatra, responsabile del Centro DAI di Città della Pieve, per le problematiche organizzative.

Anche stavolta è stato possibile mettere in evidenza, attraverso le diverse impostazioni dello stesso caso clinico offerte dai vari relatori, le sostanziali differenze; tali differenze, in particolare tra l'orientamento cognitivo-comportamentale e altri orientamenti, quali la prospettiva psicomodinamica, la sistemico-relazionale, e la rogersiana, sono emerse a livello epistemologico, teorico, concettuale e pratico. Ad esempio, è stato abbastanza evidente come i vari orientamenti facciano riferimento a "saperi" il cui ancoraggio a metodiche osservative e sperimentali sia non sempre solido, anzi talvolta piuttosto indiretto o addirittura "nascosto". Un'altra importante dimensione differenziale sul piano clinico è stata l'impostazione della terapia verso il passato del paziente o verso il futuro, verso cioè l'approfondimento dei problemi, attuali o passati, o l'esplorazione di nuove soluzioni, una volta definiti i problemi. Sul piano teorico, poi, è emersa chiaramente un'antinomia tra la tendenza ad interpretare i problemi in termini intrapsichici e/o di personalità da una parte, e la tendenza a descriverli in termini contestuali-relazionali e/o di apprendimento dall'altra.

Numerose tuttavia sono state anche le somiglianze emerse. Tra queste, vorrei citare anzitutto il rispetto del paziente e dei suoi scopi, un aspetto esplicitamente fondante nell'approccio rogersiano, ma già assorbito, e quindi "implicito", negli altri orientamenti, a dimostrazione di come la lezione rogersiana abbia ormai plasmato tutta la cultura clinica.

Un'altra somiglianza è data dall'attenzione alla relazione terapeutica, sia pure concettualizzata con linguaggi diversi. Questo confronto, quindi, non ha avuto soltanto una valenza didattica, ma ha consentito di evidenziare in modo concreto e vivido le caratteristiche specifiche delle diverse prospettive, nonché il diverso contenuto scientifico dei vari orientamenti.

Ma forse l'aspetto comune più saliente del confronto sul caso clinico è stato la congruenza tra l'impostazione del caso stesso, sia a livello di valutazione che di intervento, e gli assunti teorico-metodologici di fondo della formazione del terapeuta. In un'altra relazione dello stesso Convegno, invece, riportata anche in questo numero, si può osservare che la mancanza di uno specifico orientamento costringa ad un attivismo terapeutico disorganico e confuso, anche se coperto da etichette come "integrato" o "bio-psicosociale", la cui efficacia, nel campo dei DCA come in altri ambiti, è ben difficile da valutare. Non crediamo che tale atteggiamento sia identificabile in una specifica prospettiva o orientamento; soprattutto, non pensiamo che ciò consenta progressi conoscitivi sulla genesi e quindi nella comprensione e prevenzione di tali disturbi.

Buona lettura.

L. Sibilìa

Assesement dei DCA

Adele De Pascale, psicoterapeuta, docente SITCC, UOD di Psicologia clinica Ospedale Fiorini di Terracina

Questa è una presentazione sugli aspetti che riguardano l'assessment dei disturbi del comportamento alimentare, delle condotte alimentari in età adulta. Voglio chiarire che il mio è un punto di vista sistemico, un punto di vista cognitivista-sistemico, che si avvale di contributi della psicologia cognitiva e della psicologia di un approccio sistemico – relazionale. Quindi un assessment psicologico-psicoterapeutico che tiene conto di tutti e due gli aspetti, ponendosi durante l'osservazione in una sorta di simultaneità che riguarda il fenomeno clinico che noi osserviamo nei suoi aspetti individuali e relazionali. Noi cerchiamo di fare questo assessment tenendo presente che sono molti, molteplici i livelli integrati di osservazione che noi possiamo e dobbiamo tenere in considerazione. Ovviamente componiamo una gestalt di tutti questi livelli quando vediamo il nostro paziente. Per esempio quando osserviamo gli aspetti biologici del defedamento o della obesità, alcuni segni che notiamo possono essere gli stessi osservati da un punto di vista medico ma allo stesso tempo teniamo in conto il modo di atteggiarsi, di comunicare, la comunicazione verbale, non verbale e così via. La sottolineatura degli aspetti importanti per chi opera in questo campo, cosidte nel ribadire che si dovrà cercare in ogni momento di operare, di osservare, di tenere presente i diversi, molteplici livelli di obiettivazione che riguardano questi casi clinici. Dobbiamo selezionare i dati di osservazione significativi per un approccio integrato, la possibilità di coniugare costantemente osservazioni e interventi che riguardano l'ambito medico, biologico e quelli più astratti psicologici, esistenziali e dei significati che ogni paziente ha di se stesso.

L'ottica sistemica consente e invita a ricostruire la mappa degli aspetti relazionali, individuali e di sviluppo, fin dal primo momento, cercare di tenere in condiderazione il momento evolutivo che l'individuo sta vivendo, in che momento della sua storia si trova e tenere, quindi, sempre presente il rapporto che c'è tra relazioni e contenuti, tra quello che la persona esprime, tra quello che la persona in quel momento sta dicendo e quello che in quel momento sta provando, nel tentativo di porci dal punto di vista del nostro interlocutore, in questo caso del nostro paziente, di quella persona alla quale in quel momento stiamo facendo l'assessment.

Questa è una precisazione teorica, di cornice, che a mio avviso è indispensabile, che ho proposto subito fin dall'inizio del mio discorso e che dobbiamo cercare di tenere presente perché ci farà da riferimento per i contenuti più precisi che andremo a dire. Stiamo cercando di "oggettivare", i dati della nostra osservazione, che riflettono comunque il nostro personale ordine percettivo, il nostro riferimento culturale, emotivo ecc. e che dunque sappiamo non essere assoluti bensì relativi a noi stessi, al nostro stesso modo di osservare. Nell'assessment e nell'obiettivazione abbiamo però dei riferimenti seppure non assoluti, ma che sono condivisi come ad esempio il BMI, il ritmo cardiaco, non sono illusioni però sono certamente dati condivisi a cui noi cercheremo di fare riferimento, pur sapendo che la nostra osservazione riguarda sempre noi che siamo gli osservatori, pur correndo il rischio di assumere una posizione identificabile come di un costruttivismo radicale.

Andiamo ora a vedere come si svolge l'assessment nella pratica clinica, quando una persona viene da noi in un servizio pubblico o privato per portarci un problema. Innanzitutto possiamo guardare nel contenuto qual è il problema presentato. Possiamo avere una persona in grave sovrappeso o un grande sottopeso ma che ci può dare una

definizione del tutto diversa da quella che diamo noi o che daremmo noi. Quindi in che modo presenta il suo problema. Come fa la richiesta? Cosa tenta di dirci di sé?

Una prima cosa che dobbiamo certamente fare e questo deriva soprattutto dalla mia esperienza con i clinici in pediatria, è sicuramente un genogramma tris-generazionale. Un genogramma tris-generazionale ci consente di redigere graficamente che il nostro paziente è ad es. un uomo sposato che ha dei figli, con dei fratelli e le sorelle a loro volta sposati con dei figli e quindi due famiglie. Il nostro paziente può fare parte di uno di questi due livelli di generazione, può essere un nonno, può essere un genitore, può essere un figlio. Nell'ambito dei disturbi alimentari noi abbiamo di solito un disturbo che riguarda qualcuno nella fase del genitore o qualcuno nella fase di figlio. Ma quando tracciamo un genogramma, tracciamo le tre generazioni e questo ci serve per ovvie ragioni. Uno ci consente di contestualizzare quella persona all'interno di una famiglia fatta di tanti o di pochi membri ecc. Ci consente di contestualizzare le caratteristiche socio-economiche, culturali, di lavoro, ma un genogramma ci consente anche di raccogliere e considerare quelle informazioni che possono essere quelle mediche sulla familiarità. Per esempio possiamo vedere o sapere che i genitori o i nonni del nostro paziente sono diabetici o hanno qualche altra malattia organica (sono a loro volta in sovrappeso, sono morti per infarto, o altro). In aggiunta un genogramma ci consente di descrivere anche le relazioni e di considerare matrimoni, figli o quant'altro. Quindi la formalizzazione, la descrizione di un genogramma ci dà la possibilità di darci una cornice all'interno della quale contestualizzare il nostro paziente da un punto di vista socio-culturale, da un punto di vista medico-organico e dal punto di vista relazionale.

Successivamente chiediamo la storia del suo problema come lui/lei lo dichiara e iniziamo una definizione delle sue relazioni familiari. La storia del suo sviluppo, tanto più se il nostro paziente è giovane. Chiediamo naturalmente le condizioni della nascita, dello sviluppo, dell'allattamento, delle abitudini alimentari, sicuramente se c'è un bambino, un adolescente, un giovane adulto.

Facciamo in modo che la richiesta di aiuto venga esplicitata, cerchiamo di riformulare il problema in termini concreti, di obiettivi a breve, medio e lungo termine. Nel servizio che coordino abbiamo l'abitudine, anche ai fini di una ricerca futura, di somministrare dei test psico-diagnostici in modo di avere anche i dati confrontabili, sia all'inizio del trattamento che nelle fasi successive.

Successivamente all'elaborazione delle risposte ai test, abbiamo il colloquio di restituzione e l'eventuale piano terapeutico. Le sedute dedicate all'assessment possono essere una o tre, quelle necessarie per la raccolta di tutta questa serie di informazioni.

Sta di fatto che in una psicoterapia cognitivista –sistemica post.razionalista, qual quella che io presento, l'assessment continua per tutta la durata della terapia, facendosi di seduta in seduta più profondo e dettagliato nonché condiviso con il paziente. Tant'è che questo ci consente di fare un assessment introduttivo all'inizio, con i test, con il colloquio ma che, pian piano che la terapia comincia e va avanti, noi continuiamo a fare per tutta la durata della terapia con elementi più raffinati, più dettagliati, più profondi fino alla conclusione della terapia.

La terapia comincia da un piano, diciamo così, più concreto, nello specifico la persona come mangia, come reagisce, come si sente, come prova il disagio, tutto quello che attiene ad un primo livello di una obiettivazione comportamentale del suo vissuto: Livello 1, ovvero primo livello di obiettivazione.

Subito però, quasi contemporaneamente, aggiungiamo a questo livello di assessment appena descritto, quello dei resoconti del/la paziente: come si racconta. Come descrive e come spiega i fatti, per dirlo grossolanamente: un primo livello comportamentale e un secondo integrato livello cognitivo. Cosa il/la paziente pensa di ciò

che fa. Cosa pensa di ciò che sente, come se lo spiega, che significato gli dà. Quindi: livello uno cosa fa, livello due cosa pensa di quello che fa e di quello che sente. Il terzo livello è un livello chiamato di “deutero apprendimento”, per dirla con Bateson, o di meta cognizione, o se volete ancor meglio, un livello tacito: ossia quello che il paziente sa ma anche cosa sa di sapere. Come definisce il suo sapere, la sua storia. In qualche modo è il livello per cui la fanciulla adolescente, per fare un esempio banale, ha cominciato il suo disturbo in concomitanza di una crisi familiare, della crisi coniugale dei genitori che banalmente si interrompe e si ferma in quanto i genitori iniziano a preoccuparsi del suo sintomo drammatico che può essere l'anoressia o la bulimia o quel che sia. Ecco, fare in modo che la persona si renda conto della sua espressione sintomatica, eseguita con il livello uno, ma anche, con il livello due, di cosa pensa e con una meta riflessione, si renda conto che i suoi sintomi hanno forse anche un significato meta, un intento tacito, un tentativo di distogliere l'attenzione di un sistema più ampio da qualcosa di doloroso ad esempio. Questo è un livello di definizione ulteriore: è il livello dei significati, dei toni emotivi di base che caratterizzano l'esistenza di ognuno.

Questi tre livelli dell'assessment evidenziano e affrontano la complessità della esistenza e dunque dell'intervento e sono presenti per tutta la durata della terapia.

Le procedure di assessment in un modello relazionale-familiare consistono nel comporre, già dalla prima seduta, una visione relazionale del sintomo, una descrizione e comprensione delle relazioni interpersonali familiari, così come sono osservabili dall'esterno, ma anche delle relazioni “interne”, quelle dei vissuti e dei significati che il/la paziente costruisce con se stesso/a. Una ridefinizione cognitiva strategicamente perturbante, uno squilibrio dell'assetto dei significati che quella persona si è data, ad esempio “non valgo niente”, “dovrei fare di più”, “dovrei dare delle prestazioni massime invece non ce la faccio”, qualcosa di questo tipo che venga messo immediatamente e subito in discussione per creare, per individuare un primo nucleo di intervento, dove si costruirà tutta la relazione terapeutica.

Un modello integrato sistemico-cognitivista post razionalista, si basa sui presupposti della psicoterapia cognitiva e relazionale, e l'assessment è finalizzato a definire le procedure per l'“accoglimento”; soprattutto nei casi gravi, di sottopeso, ma anche dei normopeso che nascondono scompensi nutrizionali altrettanto importanti o di un sovrappeso, il tipo di accoglimento del paziente deve subito essere congruo con le condizioni dello stesso a seconda che a questi serva un trattamento ambulatoriale, in day hospital o in ricovero. Ci possono essere situazioni che non dobbiamo sottovalutare perché possono apparirci stabili, ma invece possono avere un improvviso scompenso e quindi dobbiamo tenere presente anche questo aspetto nell'assessment.

Una psicoterapia o un trattamento individuale che possa essere fatto in ambulatorio, è centrato sugli strumenti che ho di osservazione, per rendermi conto di quali sono le componenti comportamentali, emotive, cognitive, come il sintomo si esprime nelle contingenze quotidiane; tutto ciò allo scopo di elaborare e di far riconoscere al paziente gli schemi importanti sui quali il sintomo si va mantenendo e per fare un'analisi dello sviluppo, della storia affettiva fino alla riformulazione dei suoi significati personali. Questi sono i temi grosso modo della psicoterapia che cominciano e si basano sulla possibilità offerte da un assessment condotto a scopo terapeutico, immediatamente dopo quello descrittivo: ad esempio la paziente dice “l'altro giorno sono tornata a casa, ho preso 4 all'interrogazione di filosofia, sono tornata e appena ho visto mia madre ho sentito le farfalle nello stomaco, sono andata in cucina, ho mangiato tutta la torta e l'ho vomitata”. Questo resoconto diventa un'occasione per evidenziare, dall'atteggiamento verso la madre, un giudizio verso la madre, e su stessa, che si presta per un'attivazione dell'ansia

ecc. Quindi insegnare al paziente ad osservarsi, a guardare dentro e fuori di sé, cercando di fornirgli gli strumenti per farlo. Queste considerazioni riguardano l'ambito ambulatoriale.

Il Day Hospital è preferibile, o indicato per pazienti che hanno condizioni non gravissime, ma gravi. Pazienti che possono comunque essere lasciate nel loro ambiente familiare per la metà della giornata ma che per l'altra metà della giornata hanno bisogno di analisi, monitoraggio, trattamenti, osservazione dei comportamenti, rieducazione diretta del comportamento e trattamento psicoterapico continuo e quotidiano.

Il ricovero è indicato per quelle situazioni che non ci consentono la possibilità di non monitorare 24/24h. Pazienti in condizioni di particolare denutrizione, squilibrio elettrolitico, discrasie, condizioni gravissime a rischio di vita. Di queste pazienti l'assessment è immediatamente un assessment di tipo medico, organico che privilegia la gestione tempestiva del rischio fisico.

L'osservazione rimane sui dati clinici che ci servono per decidere anche il luogo del trattamento e i protocolli di trattamento.

Una indicazione importante ci viene da H. Bruck che nel suo testo ormai classico annovera sotto un'unica categoria tutti i quadri clinici che caratterizzano un Disturbo delle Condotte Alimentari. È lei per prima a chiamare "*Eating Disorders*" tutti disturbi alimentari e a dire che le condizioni estreme di eccesso alimentare-obesità o il rifiuto dell'alimentazione, le cosiddette condotte di evitamento, sono riferibili ad un unico quadro sindromico caratterizzato da simili tematiche psicopatologiche e caratteristiche di personalità. Come riferimento per la comprensione di questi disturbi, il DSM è l'ultima cosa che bisogna conoscere, in quanto descrive e non spiega. Inoltre la Bruck sottolinea anche che un disturbo del comportamento alimentare, come un qualsiasi disturbo o irregolarità del comportamento dell'individuo, influenza e si riferisce alla intera organizzazione o disorganizzazione di tutti gli altri sistemi comportamentali, o meglio di tutto il repertorio comportamentale di un individuo. Ad es., in una paziente nella quale noi osserviamo un disturbo del comportamento alimentare possiamo andare a guardare altre caratteristiche nel suo repertorio comportamentale, e trovare un disturbo affine nella sua sessualità, nel suo modo di comunicare, di interagire con gli altri, nel livello generale delle attività. Insomma, un disturbo della condotta alimentare esprime un disturbo o una caratteristica clinica precisa della personalità, per meglio dire dello stile affettivo e cognitivo che si esprime sì con un disturbo della condotta alimentare ma che ha a che fare con l'idea di sé spesso inadeguata e con la propria autostima spesso carente, insomma con la propria identità.

Non solo, i cognitivisti che si sono occupati di questo dopo la Bruck, dopo gli anni 60, hanno notato una specifica caratteristica nello stile cognitivo anche forse negli stili di attaccamento e comunque in tutto l'insieme dell'organizzazione dei significati personali.

Possiamo quindi osservare, comporre un assessment partendo dall'osservazione del repertorio comportamentale e vedere dunque che le persone che presentano un disturbo della condotta alimentare mangiano in un modo particolare: rifiutano il cibo o lo assumono in grande quantità, quelli che ingrassano mangiano solitamente velocemente, mentre quelli che vanno verso il sottopeso rifiutano il cibo mangiando quantità sempre minori, assumendolo sempre più lentamente, a piccoli pezzi, fino ad assumere comportamenti strani, nella modalità di masticare, o nascondere il cibo, o eliminarlo, o altro. In mezzo a queste ci sono tutte le condotte di eliminazione possibili: lassativi, il frequente vomito auto indotto, in una sorta di oscillazione dello stesso paziente, fra improvvisi attacchi bulimici e rigidissimi rifiuti ad alimentarsi, in un continuo avvicinarsi di iper- o ipo- alimentazione, del trattenere o del rifiutare.

Questa oscillazione, questo alternare, se osserviamo bene, la troviamo per esempio anche nelle modalità relazionali, che infatti presentano la tendenza a stare vicino

a qualcuno ma al tempo stesso a soffrirne la vicinanza e a volersene distaccare, tra il bisogno di essere accettati e confermati ed il timore di essere invasi, criticati, giudicati o rifiutati. Il comportamento comunicativo è caratterizzato dal tentativo di risultare gradevoli e accettabili agli altri ma nello stesso tempo animato dal proposito di chiudersi in sé e mostrano difficoltà a riconoscere ed esprimere i propri stati interni ed i propri sentimenti così come Nemiah e Sifneos li hanno descritti con il termine “*alexitimia*”; essi stessi dichiarano la difficoltà a riconoscere i propri stati interni e di aver avuto nella propria esperienza di sviluppo qualcuno, di solito i genitori, che hanno sempre scelto e anticipato ogni opinione al loro posto, finendo con l’impedire loro l’esperienza del riconoscere le loro propensioni personali. Il comportamento sessuale-affettivo è di solito assolutamente asettico, ovvero privo di emozioni, a volte o promiscuo, con un livello generale di attività che le rende attivissime ma inconcludenti e pigre. Insomma, un’oscillazione continua anche negli altri repertori comportamentali oltre a quello prettamente alimentare. Sappiamo infatti molto bene come i complessi livelli sistemici che costituiscono il comportamento, da quello biologico a quelli più astratti, (attaccamento ecc. cognizione, coscienza, etc) siano tutti collegati in una complessa unità comportamentale e motivazionale.

Se seguiamo su un piano più astratto del nostro livello di assessment e cerchiamo quindi di riconoscere anche le caratteristiche specifiche della modalità di ragionare di queste pazienti, vediamo come molto spesso esse confondano il riconoscimento degli stati interni, la fame e la sazietà, ma anche la fatica, la stanchezza, la temperatura. E tutto questo dà a loro la sensazione di non avere il controllo o di perderlo sui bisogni, sulle necessità del proprio corpo. In un insieme di costante attenzione rivolta al proprio corpo e lotta contro di esso, come quella che abbiamo visto sul piano comportamentale ed una oscillazione tra il bisogno di essere accettate e la paura di essere criticate. La conseguente tendenza ad essere perfetti tesa a fermare ‘nel modo giusto’ – per non correre il rischio di essere criticate, la suddetta oscillazione, e si muove con la paura di non essere all’altezza della posizione desiderata. Un timore, una necessità di controllo su se stessi, sul proprio corpo, sui desideri, sulle emozioni e su ogni bisogno, col risultato di negarsi ogni piacere come unico o principale tentativo di stimarsi appena un pò. Un timore di non poter controllare il partner, la necessità che questi stia vicino a loro e le accetti incondizionatamente e il timore di perdere, se si lasciano andare al coinvolgimento tutta la loro identità ed equilibrio, nel costante timore di restare delusi o di deludere gli altri.

Vedete bene come un assessment di questo tipo dettagliato, ricco di elementi non è possibile esporlo in uno spazio di presentazione di un convegno. Richiederebbe un vero e proprio training specifico, perché conoscere in dettaglio l’insieme di questo repertorio comportamentale, di come esso si integra con il sistema cognitivo e affettivo, richiederebbe una conoscenza e un dettaglio che necessita di molto più tempo, però in linea generale, a grandi linee forse può essere sufficiente l’indicazione che sto cercando di dare.

Un altro aspetto dell’assessment è considerare la qualità evolutiva di queste persone, perché tutti questi, maschi e femmine, sembrano riportare uno sviluppo caratterizzato dalla difficoltà di demarcazione tra sé e gli altri. Questo sembra essere legato sia alla qualità dell’attaccamento e dell’esperienza affettiva precoce sia di come questo sia andato confermandosi negli anni successivi, tanto da risultare espresso dalla continua oscillazione, nel corso dello sviluppo e dal punto di vista di come hanno percepito lo stile affettivo ricevuto, tra le polarità del controllo e dell’indifferenza, la confusione tra l’iperprotezione e l’attaccamento rifiutante. Questo corrisponde al terzo scalino o livello della psicoterapia, tra quelli che abbiamo visto all’inizio.

Anche a livello familiare, troveremmo delle ridondanze. Uno stile familiare che oscilla tra l'ambiguità e l'indefinitezza. Uno stile di vita caratterizzato dalla "coerenza della apparenza". Tutte famiglie che ci tengono molto all'immagine e che quando accompagnano il loro giovane in terapia, di solito tendono a sdrammatizzare quello che succede e a dare di sé l'immagine migliore: leggono e narrano il loro problema come se il figlio o la figlia avessero cominciato all'improvviso a vomitare o a mangiare in maniera anormale. Un'importanza all'immagine, dunque, con un controllo esagerato degli aspetti esteriori da parte di tutti i membri della famiglia. Una sorta di contraddizione nella quale il paziente si è venuto a trovare tra la distanza emotiva, in quanto sono tutti occupati dell'apparenza e non della sostanza in realtà, e il continuo e costante controllo dell'immagine stessa e di come potrebbero essere giudicati, tanto da percepire in maniera contraddittoria questo sentirsi continuamente invasi e soffocati, (come la percezione dell'anoressica) e assolutamente distaccati, che nessuno si occupa di loro, oggetto dell'indifferenza che finiscono col colmare con l'abnormità del comportamento alimentare.

Ci sono molti modelli che fanno "colpo" agli adolescenti in un'età in cui questi cerca di ottenere la propria autonomia rispetto alla famiglia, demarcarsi dai modelli e dalle regole dei quali però ha ancora bisogno; in un momento di contraddizione come il nostro e con queste caratteristiche sociali, i disturbi alimentari hanno presa non solo per via di queste caratteristiche familiari che abbiamo detto, ma anche per i luoghi comuni, e per i significati e le immagini spesso spesso diffusi anche dai media. Il corpo di un'adolescente è il modo attraverso il quale comunica nel gruppo dei pari ed in famiglia, la propria autonomia e allo stesso tempo è il tema su cui costruisce la propria identità. Quindi è un aspetto che richiede una riflessione e un'attenzione estremamente necessaria durante l'assessment.

Gli aspetti centrali però da tenere in considerazione durante l'assessment sono anche il perfezionismo, l'immagine di sé e l'autostima. Quindi sarebbe opportuno dire che non si tratta di un disturbo che abbia a che fare con il cibo, ma che ha a che fare con l'autostima e l'idea di sé. L'illusione della perfezione, del tutto e subito, tutti aspetti centrali da considerare per la corretta ed efficace costruzione della relazione terapeutica. All'interno e nella cornice di queste considerazioni su esposte possiamo tenere conto delle caratteristiche nosografiche così come sono espresse nei manuali diagnostici.

Bibliografia

De Pascale A. (1992), *Disturbi alimentari psicogeni*, ed Bios.

De Pascale A. (2007), *L'approccio cognitivo post-razionalista alla psicopatologia dei disturbi delle condotte alimentari (DCA)*, In Costa E., Loriedo C., *Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e terapia*, Franco Angeli.

Guidano VF. (1991), *Il sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri.

Guidano VF. (1987), *La Complessità del sé*, Bollati Boringhieri.

La valutazione cognitivo-comportamentale nell'obesità

Lucio Sibilìa, psichiatra, Dipartimento di Scienze Cliniche, Università di Roma Sapienza, Didatta del Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma.

lucio.sibilìa@uniroma1.it

Premessa

L'obesità si definisce come condizione di eccesso di massa grassa nell'organismo. Tuttavia, come e perché si realizzi questo eccesso, a che punto inizi e come vada affrontato, sono ancora in buona misura argomenti di ricerca e dibattito, nonostante si tratti di conoscenze cruciali per un adeguato approccio al problema. In questa relazione, vorrei illustrare il contributo della prospettiva cognitivo-comportamentale (CC) nella comprensione della genesi e del mantenimento dell'obesità, nonché alcuni strumenti per la valutazione cognitivo-comportamentale del soggetto obeso.

Sarà bene anzitutto premettere che le dimensioni del problema si sono ingigantite, nonostante la diffusione di accurate linee-guida (2007). L'obesità è stata chiamata "malattia del millennio", in quanto da circa tre decenni ormai la sua incidenza è andata aumentando vertiginosamente sia nei paesi ricchi che in quelli "in via di sviluppo". Per questo motivo, già dodici anni fa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità avvertiva (1997) che *"Il problema dell'obesità è stato finora ampiamente ignorato come problema di salute pubblica. Ma coloro che ne sono affetti sono ormai così numerosi che chi soffre di problemi associati ad obesità già minaccia di sopraffare i servizi sanitari di [molti] paesi."*

Tale condizione, infatti, è fonte di gravi conseguenze mediche: l'obesità è riconosciuta come un importante fattore di rischio per lo sviluppo di artrosi nonché di svariate patologie croniche gravi, quali ipertensione, diabete, aterosclerosi ed alcuni tipi di tumori. Inoltre, è anche associata ad una comorbidità psichiatrica particolarmente elevata e spesso trascurata. Per quanto esista una quota di soggetti obesi senza disturbi psichiatrici, questi costituiscono una minoranza. Infatti, circa metà dei soggetti obesi ambulatoriali mostra quantomeno elevati punteggi di depressione (Sibilìa et al., 1982); sono presenti anche una varietà di problemi psichiatrici quali disturbi di ansia, disturbi della personalità, bulimia ed altri disturbi alimentari (ad eccezione ovviamente dell'anoressia mentale), nonché disturbi psicotici.

Valutazione bio-medica e cognitivo-comportamentale

La valutazione dell'obesità dal punto di vista CC è sostanzialmente diversa da quella bio-medica. Mi soffermerò su tali differenze non per implicare che vi sia una contrapposizione inconciliabile, ma per meglio cogliere gli scopi della valutazione CC, meno nota rispetto a quella bio-medica.

In campo bio-medico, la diagnosi di obesità sembrerebbe semplice. Come qualcuno sostiene, la diagnosi di obesità "si fa con la bilancia"; ma di quale obesità si sta parlando? Infatti, è noto che nell'impostazione bio-medica, che vede nell'obesità essenzialmente una malattia cronica, si ammettono molte varianti, a seconda dei processi causali ipotizzati: obesità endocrina, farmacologica, genetica, sintomatica di altre malattie mentali o neurologiche, oppure "essenziale". È purtroppo un dato assodato che il tipo di obesità di gran lunga più frequente sia proprio quest'ultimo, chiamato "essenziale" proprio in quanto i suoi processi causali sono meno compresi.

La valutazione del soggetto obeso, per essere utile alla clinica, dovrà includere non soltanto la massa grassa e le variabili biomediche alterate dal suo eccesso, ma anche i fattori causali di questo eccesso. Mentre l'adiposità si misura, sia pure in modo indiretto,

con il Body Mass Index (BMI), l'indice di massa corporea, più complessa è la valutazione delle cause di tale eccesso.

Fattori causali

C'è accordo unanime sull'assunto che il peso corporeo risenta direttamente del bilancio energetico. Con questa espressione si intende il rapporto tra l'energia calorica introdotta da un organismo animale con gli alimenti (cibi o bevande) e quella spesa per l'intera gamma delle attività dell'organismo, comprese quelle indispensabili alla vita cellulare che vanno sotto il nome di metabolismo. Chiamiamo *apporto* calorico il primo fattore, e *fabbisogno* calorico il secondo. Ogni alimento, in quanto contenente del carbonio metabolizzabile, ha un proprio contenuto energetico, espresso in calorie, appunto il contenuto calorico. Poiché tale bilancio per ogni individuo è continuamente variabile, in dipendenza delle varie attività e stati funzionali dell'organismo, si sono sviluppate nella scala animale, compreso l'uomo, svariate modalità di accumulo interno di questa energia metabolica. È comprensibile il vantaggio evolutivo di tali depositi, da cui l'energia metabolica viene tratta per averla a disposizione quando serve, e in cui poterla immagazzinare quando è stata introdotta ma non è immediatamente spendibile: un esempio è il glicogeno epatico, da cui l'organismo trae il glucosio di cui ha bisogno per mantenere stabile la glicemia. Ma indubbiamente i depositi più ampi sono quelli costituiti dal tessuto adiposo. E' un dato biologico che il tessuto adiposo cresca quando l'apporto supera regolarmente il fabbisogno e scenda invece quando il fabbisogno supera l'apporto. Quando questo sbilancio (a favore dell'apporto) persiste in modo abituale, cresce la massa grassa, ed aumenta conseguentemente il peso corporeo. In questo caso, si realizza quindi uno stato di sovrappeso prima e di obesità poi. All'opposto, quando il fabbisogno supera costantemente l'apporto, il tessuto adiposo si riduce.

I comportamenti quotidiani

Determinanti per l'apporto e buona parte del fabbisogno sono i comportamenti quotidiani, come il comportamento alimentare e le attività fisiche volontarie. C'è accordo sul fatto che tali comportamenti, quando siano abituali, possano incidere in modo importante su tale bilancio e quindi sul peso corporeo.

Su questa base si fonda l'approccio medico-dietetico, in cui si richiede al soggetto obeso di osservare un regime ipocalorico (la "dieta"), e al tempo stesso lo si incoraggia ad aumentare l'attività fisica, eventualmente aiutandolo con farmaci che attenuino il cosiddetto "senso di fame". Le diete ipocaloriche mirano infatti a produrre proprio questo deficit energetico, riducendo drasticamente l'apporto calorico rispetto al fabbisogno. La restrizione calorica volontaria, tuttavia, non si dimostra persistente: la maggior parte delle diete viene interrotta, prima di aver perduto il peso in eccesso ed anche nei casi in cui venga perduto in modo sostanziale, viene di regola riguadagnato in momenti successivi.

L'assunto implicito in questo approccio, e cioè che il soggetto obeso possieda un controllo volontario completo del suo comportamento alimentare, sembra in contrasto con questo deludente risultato empirico: gli insuccessi dell'approccio medico-dietetico mostrano che l'assunto di autocontrollo del comportamento alimentare è quantomeno insufficiente.

Da un punto di vista CC, invece, il processo di autocontrollo è un processo di natura biopsicosociale (Fig.1), determinato cioè da processi di condizionamento e di apprendimento cognitivo. Ciò significa che i determinanti del comportamento alimentare, sia normale che anormale, si trovano sia nelle variabili biologiche (dette variabili beta), sia nelle variabili ambientali (alfa) che quelle relative alla soggettività (gamma). Inoltre, sia le variabili ambientali (stimoli fisici e sociali) che quelle biologiche (stato nutrizionale, parametri bio-umoral, riempimento gastrico, etc.) possono influenzare quelle soggettive (cognitive ed

emotive), così come possono essere anche influenzate da queste ultime. Infine, il comportamento alimentare stesso ha conseguenze ambientali e soggettive oltre che biologiche.

E' un assunto base della prospettiva CC che senza un'adeguata conoscenza di questi determinanti comportamentali non possano essere costruiti programmi terapeutici con effetti stabili. I rapporti di contingenza temporale tra le diverse classi di variabili sono quelli che meglio ci rendono conto dei processi di condizionamento ed apprendimento. Per il suo ruolo centrale, la valutazione CC deve iniziare dalla valutazione delle abitudini alimentari quotidiane e dell'attività fisica. Tuttavia, non può prescindere dalla valutazione di questi rapporti temporali, che hanno valore di "contingenze" dell'alimentazione: contingenze somatiche (nel senso di sensazioni corporee) ma anche emotive, cognitive, ambientali:

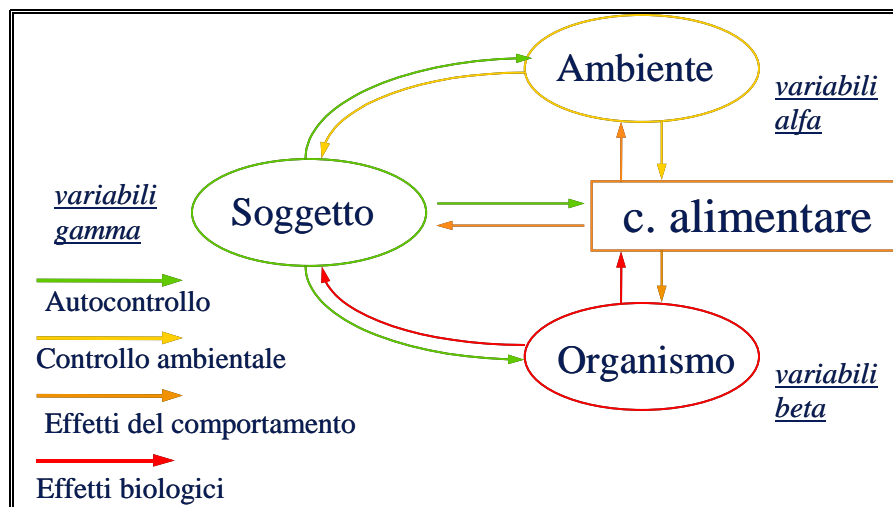


Fig.1 - La regolazione bio-psicosociale del comportamento alimentare

Metodi di analisi e valutazione

La valutazione nel contesto clinico, cioè in soggetti liberi non ricoverati, sia dell'attività fisica che del comportamento alimentare, si avvale soprattutto di due modalità: 1) l'analisi CC trasversale e longitudinale, e 2) apposite schede e questionari di auto-valutazione.

A. Attività fisica. La sua valutazione si deve avvalere di schede di auto-osservazione comportamentale, al cui uso il soggetto deve essere addestrato. Per esempio, può trattarsi di semplici schede settimanali, in cui il soggetto annoterà ogni giorno il tempo in minuti speso in varie attività (camminare, stare in piedi, seduti, ecc...), per la durata di almeno due settimane. Tali "tempi" andranno a costituire delle medie giornaliere che, inserite in una apposita scheda come quella in Fig.2, ci daranno il dispendio energetico giornaliero (DEG), parametro ottenuto moltiplicando il dispendio calorico teorico (diverso per uomini e donne) nelle varie attività per i tempi osservati.

Sarà anche importante l'analisi comportamentale longitudinale, per comprendere come il soggetto abbia acquisito eventuali abitudini sedentarie, di comune riscontro negli obesi, le contingenze che le hanno indotte nella sua vita, nonché l'esame di convinzioni ed atteggiamenti circa l'attività fisica e la sedentarietà, ed i loro rapporti con il peso e l'immagine di sé.

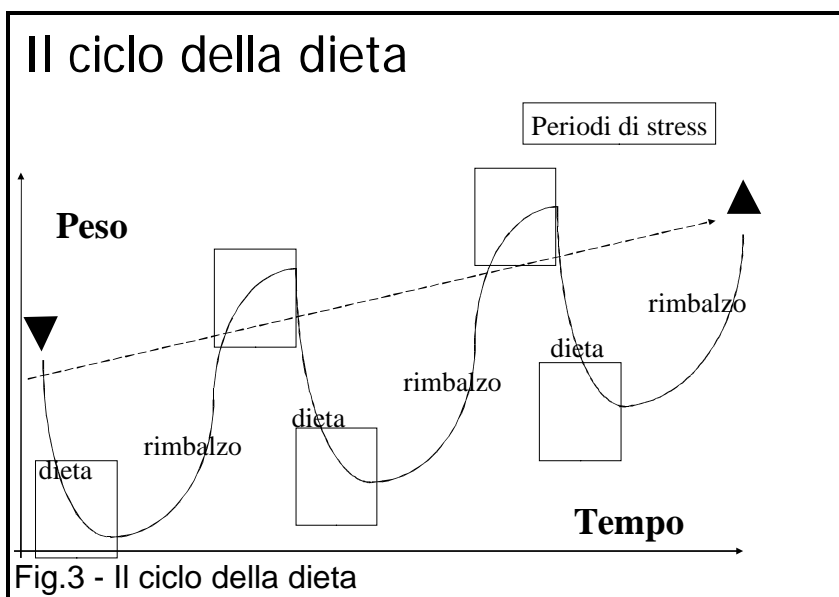
B. Abitudini alimentari. Prima della valutazione delle abitudini alimentari, è importante sapere se il soggetto stia osservando una dieta, e in questo caso, in quale fase del "ciclo della dieta" (Fig.3) si trovi. Infatti, le abitudini alimentari durante la dieta sono alterate

dall'intento consapevole di osservare le prescritte restrizioni caloriche, intento che può venir tradotto in comportamento effettivamente restrittivo con vari gradi di successo. Tale comportamento è accompagnato da vari gradi di tensione psicoemotiva, per effetto del conflitto tra intenzione consapevole di limitare i consumi e la spinta biologica a mangiare. Tale tensione può introdurre varie distorsioni autoservative.

L'esatta valutazione dell'apporto alimentare è essenziale, ma anche difficile in un soggetto in ambiente libero: non esiste uno strumento adeguato per l'esatta valutazione dell'apporto alimentare, né di tipo psicometrico né di tipo strumentale. Lo strumento che si può considerare più approssimato è il *diario alimentare* (DA), qualora il soggetto sia ben istruito nel suo uso. Questo consiste in una annotazione quotidiana dei comportamenti alimentari, qualitativi e quantitativi, insieme alle loro contingenze cognitive ed emotive, mediante l'uso di una scheda, come quella di Fig.4, a cui il soggetto deve essere addestrato.

VALUTAZIONE DEL DISPENDIO ENERGETICO GIORNALIERO (D.E.G.)								
Cognome: _____		Nome: _____		Età: _____				
Professione: _____		h.: _____		Peso: _____				
				BMI: _____				
		Maschi	Femmine	Min.	Kcal.			
I. Attività fisiologiche e lavorative (1):								
A. sonno			1.1	1				
B. attività in stazione assisa:		1.5	1.1					
1. guida di auto								
2. giochi di società								
3. lavoro di ufficio o lavoro intellettuale								
C. attività svolte in stazione eretta:		2.5	1.5					
1. toilette personale								
2. lavori eseguiti su una superficie limitata								
D. camminare:		3	2.5					
E. lavori domestici:		1.2 - 5	1.4					
1. spazzare, lavare, cucinare								
2. ordinare una stanza, stirare		3.1	2.5					
		Min-Max	Minuti	Kcal.				
II. Attività ricreative (2):								
A. alpinismo		10.5 - 11						
B. bowling		5						
C. calcio		8.8						
D. canoa		3 - 7						
E. canottaggio		4 - 11						
F. ciclismo		4.5 - 11						
G. corsa campestre		10.5						
H. danza		4.6 - 7.8						
I. equitazione		3 - 10						
J. giardinaggio		2.5 - 6.5						
K. ginnastica		2.5 - 6.5						
L. golf		5						
M. nuoto		5 - 14						
N. pallavolo		3.5 - 10						
O. pattinaggio		6.1						
P. sci		10 - 20						
Q. tennis		7.1 - 10						
R. tiro con l'arco		5.1						
Attività fisiologiche (sonno, pasti...)		kcal/die					
Attività lavorative		kcal/die					
Attività ricreative		kcal/die	Totale:				
ore:	0	6	9	12	15	18	21	24
minuti:	0	360	540	720	900	1080	1260	1440
ore:	1	2	3	4	5	6	7	8
minuti:	60	120	180	240	300	360	420	480

Fig. 2 - Dispendio energetico giornaliero.



PROGRAMMA CARPES - CORSO DI AUTO-REGOLAZIONE DEL PESO E STABILIZZAZIONE

DIARIO ALIMENTARE DEL GIORNO: _____ PROGRAMMA iniziato il: _____

Qui trascrivo ogni alimento che ho consumato, uno per riga, usando per ognuno la stessa unita' di misura, insieme a come ho mangiato e cio' che ho pensato e sentito prima durante e dopo

COSA HO MANGIATO:	QUANTO:	QUANDO:	DOVE:	COME HO MANGIATO?	COME MI SENTIVO?	HO ECCEDEUTO?

Fig. 4 - Il diario alimentare.

I parametri quantitativi ricavati dal DA (quantità e frequenze di consumo di cibi e bevande) saranno poi inseriti in una scheda settimanale, che ci fornirà i consumi alimentari settimanali. Questi saranno confrontati con quelli delle settimane successive, se il soggetto inizierà un percorso terapeutico, sia che il soggetto sia ufficialmente "a dieta" o meno.

I determinanti comportamentali: lo strumento Senical

E' da notare che l'autosservazione alimentare svolge non solo una funzione di valutazione quantitativa, ma anche di preparazione ad un programma terapeutico: il suo esercizio fornisce infatti al soggetto un atteggiamento più oggettivo e distaccato, consentendo di migliorare la consapevolezza sia degli errori abituali nelle proprie abitudini alimentari che degli errori concettuali nel valutarle; inoltre, risulta un ottimo metodo per affinché il soggetto obeso si renda conto delle contingenze ambientali, affettive e cognitive che ne costituiscono il contesto psicologico.

Tali contingenze infatti, nonché le modalità qualitative del consumo dei cibi, possono essere determinanti per provocare un surplus di apporto calorico rispetto al fabbisogno; tale surplus è di solito inavvertito dal soggetto, in quanto poco apparente, ma poiché

risulta quotidiano è tale da ostacolare il calo ponderale o indurre un aumento di massa grassa.

Numerosi studi hanno consentito di definire tali aspetti, che possono essere considerati dei veri e propri fattori determinanti dell'iperfagia (o iperalimentazione). E' da notare che, affinché vi sia iperfagia non è necessaria la presenza di abbuffate, ma è sufficiente una lieve discrepanza tra apporto e fabbisogno, purché abituale.

Per mettere in evidenza e misurare queste alterazioni marginali, al limite cioè tra normale e patologico, nei comportamenti alimentari del soggetto obeso, è stato sviluppato uno strumento psicometrico apposito (Fig.5): la scheda *Senical* (*Scala degli Eccessi Nutritivi Inavvertiti e dei Comportamenti Alimentari Limite*). Si tratta di una scala autocompilata tipo Lickert a 4 gradini (da "Mai o quasi" a "Molto spesso") che richiede al soggetto di valutare la frequenza di abitudini alimentari, che possono considerarsi comportamenti al limite del normale. La scala (forma revisionata) contiene 22 items a scelta multipla, selezionati in base agli obiettivi dei programmi CC per la riduzione del peso, nonché i comportamenti alimentari più comuni emergenti dall'analisi CC dei soggetti obesi. Un'analisi fattoriale dei punteggi del *Senical* ha fornito una soluzione a quattro fattori, così identificati:

- 1) *Alimentazione distribuita (spazio-temporalmente)*,
- 2) *Alimentazione emozionale (stato-dipendente)*,
- 3) *Alimentazione rapida-vorace (compulsiva)*,
- 4) *Preoccupazioni simil-bulimiche*.

Il fattore 1 si riferisce all'ampiezza della gamma di stimoli sensoriali cui l'alimentazione risulta associata: tanto maggiore sarà, tanto più difficile sarà raggiungere l'autocontrollo alimentare da parte del soggetto obeso. L'ampiezza della distribuzione dei comportamenti alimentari è da considerarsi sia in senso topografico (luoghi, occasioni) che temporale (orari, attività diverse).

Il fattore 2 si riferisce alla tendenza a mangiare in risposta a sollecitazioni e stati di natura emozionale, in genere come modalità appresa di fronteggiamento (*coping*) di emozioni negative, quali noia, ansia, rabbia, tristezza, dispiacere, etc. Talvolta anche come risposta ad emozioni positive.

Il fattore 3 si riferisce ad una modalità di consumo rapido e vorace dei cibi, con scarsa masticazione dei bocconi; questa modalità mette il soggetto in condizione di mangiare in poco tempo quantità superiori a quelle necessarie per saziarsi. Il senso di sazietà, infatti, necessita di un certo intervallo temporale (10-15') dopo l'inizio dei pasti per manifestarsi.

Il fattore 4 può conferire un motivo supplementare per l'emergenza di emozioni negative (ansia, rabbia o colpa), e quindi favorire indirettamente le risposte misurate dal fattore 2.

Il punteggio totale della Scala *Senical* dovrebbe fornire quindi una misura di quelle irregolarità marginali del comportamento alimentare rilevanti per lo sviluppo o il mantenimento del sovrappeso.

SENICAL-R - Data: _____ Cognome e Nome: _____ Programma di autocontrollo [Abitudini alimentari - SEMI_R_F2.doc]

A proposito del mangiare, a me succede che...
(indicate quanto sono tipiche del vostro modo di mangiare le abitudini elencate)

	IRI O QUASI	TALVOLT A	SPESO	SEMPRE O QUASI	Qui non scrivete
1) Faccio più di uno spuntino tra i pasti...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
2) Mangio di abitudine negli stessi posti...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
3) Mi sottopongo a diete o digiuni, oppure tento di saltare pasti o pietanze...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
4) Smetto di mangiare non appena ho finito la mia porzione...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
5) Aspetto l'ora di pranzo o di cena anche se ho appetito...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
6) Quando mi sento in tensione mangio di più...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
7) Mangio di più quando mi sento annoiata o arrabbiata...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
8) Faccio fantasie a occhi aperti sui miei cibi preferiti...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
9) Mangio regolarmente nelle stesse ore della giornata...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
10) Faccio uso di farmaci che riducono la mia voglia di mangiare...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
11) Se sono addolorata, dispiaciuta o delusa, mangio più del solito...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
12) Non resisto alla vista o al profumo di qualche cibo "invitante"...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
13) Mastico a lungo ogni boccone che mangio...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
14) Mi preoccupo moltissimo se mi sento troppo piena o sazia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
15) Mi trovo in situazioni che stimolano la mia voglia di mangiare...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
16) Metto qualcosa sotto i denti quando ne sento il bisogno...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
17) Mangio lentamente e assaporo i cibi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
18) Mangio soltanto se ho veramente appetito...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B
19) Appena sento lo stomaco pieno, mi sento male pensando a quanto ingrasserò...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
20) Ogni tanto sento una fame insopportabile...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
21) Ho a portata di mano o ben in vista biscotti, frutta o altri cibi, in caso di fame...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A
22) Smetto di mangiare non appena mi sento sazia ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B

Fig. 5 - Lo strumento SENICAL.

Il Senical è stato utilizzato in ricerche sia su soggetti obesi (Sibilia, Tridici, Carro, 2004) che normali (Sibilia, Abruzzo, Capezzuto, 2008), allo scopo di confermare la validità di costruito. I suoi punteggi hanno mostrato una correlazione diretta e lineare con il BMI (Figg.6-7). In particolare, risultano correlati con il BMI i fattori 1 (*Alimentazione spaziotemporalmente distribuita*) ed il fattore 2 (*Alimentazione emozionale o stato-dipendente*). Ciò conferma la validità di indirizzare la valutazione su queste particolari irregolarità del comportamento alimentare dell'obeso. Inoltre, obesi che hanno una storia più frequente di diete o auto-restrizioni risultano avere irregolarità più pronunciate.

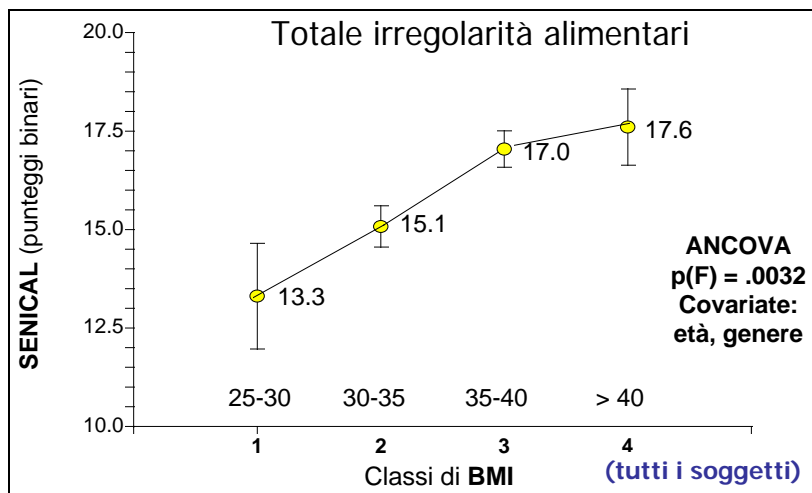


Fig. 6 - Punteggi Senical nelle classi di BMI di pazienti obesi ambulatoriali (1: sovrappeso; 2: obesità lieve; 3: obesità media; 4: obesità grave).

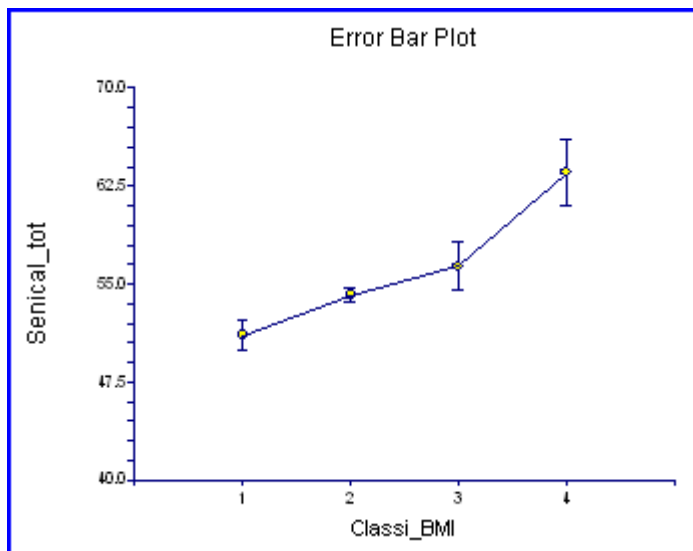


Fig. 7 - Punteggi Senical nelle classi di BMI di studenti universitari (1: sottopeso; 2: normopeso; 3: sovrappeso; 4: obesità).

Lo strumento Senical va a colmare un vuoto psicométrico. Mentre infatti si hanno molti strumenti psicométrici per la valutazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), valutare queste varianti marginali ma abituali del comportamento alimentare nella popolazione generale è ancora un problema. In particolare, mancano strumenti di *screening* rapido, in grado di identificare comportamenti alimentari *intermedi* tra alimentazione normale e abnorme, normalmente inavvertiti e trascurati anche dagli specialisti.

I determinanti cognitivi

Una serie di distorsioni cognitive si incontrano facilmente nel soggetto obeso, che vanno valutate. Anzitutto, sono molto diffusi alcuni stereotipi circa l'obesità e il dimagrimento, quali le seguenti:

1. *L'unico modo di perdere peso è quello di fare una dieta.*
2. *Essere obesi dipende sostanzialmente dalla propria costituzione ereditaria.*
3. *Per dimagrire ci vorrebbe una profonda trasformazione della personalità che richiede un'analisi psicologica lunga e profonda per cambiare il proprio rapporto col cibo.*
4. *Le persone grasse sono tali perché hanno qualche disfunzione ormonale o metabolica.*
5. *L'obesità è una malattia, che non sempre si può curare.*
6. *Il movimento fisico non serve a dimagrire perché dopo lo sforzo si ha più fame di prima.*
7. *Per dimagrire ci vuole una grande forza di volontà.*
8. *Digiunare ogni tanto fa bene alla salute.*
9. *I cibi dietetici non servono a dimagrire.*
10. *Non ci si può controllare quando si sente fame.*

Poiché tutte queste convinzioni sono di ostacolo ai tentativi di riduzione del peso che richiedo la collaborazione del paziente, andranno accuratamente rilevate in fase di valutazione. Inoltre, i pregressi fallimenti nel perdere peso, almeno in soggetti con attribuzione interna negativa, possono favorire a lungo termine un senso di non solo di sfiducia nelle proprie possibilità (Auto-inefficacia), ma anche di autodisistima; tali variabili andranno valutate in particolare perché favoriscono e si accompagnano a segni di depressione.

Una particolare importanza, quindi, ha la valutazione dei pensieri depressivi. Questa si può eseguire sia mediante la valutazione cognitiva del dialogo interno, sia con strumenti psicometrici. Un metodo di valutazione cognitiva è l'ABC della Terapia Razionale-Emotiva (RET) di A. Ellis, ma anche altri metodi di esplorazione del dialogo interno sono altrettanto validi.

Per uno *screening* rapido, nonché una valutazione *in itinere* del trattamento, un buono strumento si è rivelato l'Inventario dei Pensieri Automatici (IPA). Tradotto in italiano (Sibilia e al., 1982) dall'*Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)* di Hollon e Kendall (Hollon, Kendall, 1980), è un elenco di pensieri automatici caratteristici della ideazione ansioso-depressiva; il suo punteggio esprime la frequenza della ideazione ansioso-depressiva. I punteggi IPA nei soggetti obesi si sono dimostrati associati sia all'abitudine alle diete o autorestrizioni, sia alle irregolarità alimentari, misurate come punteggio Senical.

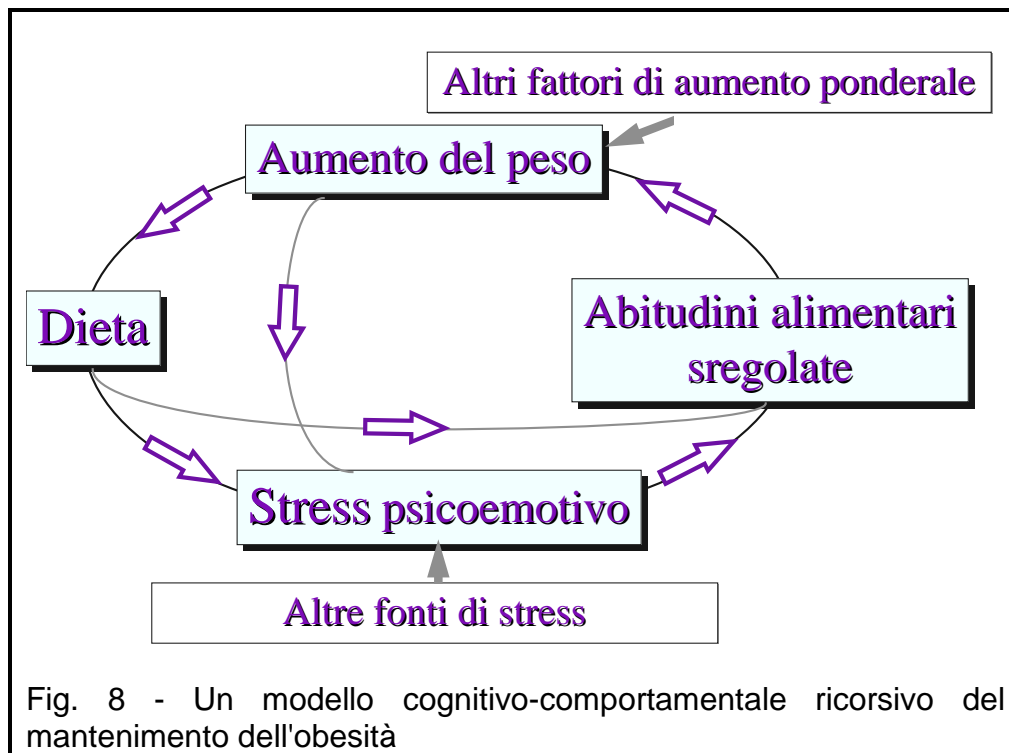
Una particolare convinzione va indagata in profondità nei soggetti obesi: il concetto di "fame". Il "senso di fame" è un fattore cui vengono attribuiti dal soggetto obeso una serie di effetti, quali comportamenti osservabili o reali sensazioni: ad esempio, l'avvio dell'alimentazione, oppure sensazioni gastriche sgradevoli, associate sia ad appetito o languore pre-prandiale che a stati emotivi di varia natura, o effetti soggettivi da ipoglicemia.

Generalmente, nessuno di questi effetti soggettivi ha nulla a che vedere con uno stato di denutrizione, di cui la fame è il segnale biologico. Eppure, il soggetto obeso spesso attribuisce il proprio impulso a mangiare proprio a queste sensazioni soggettive. Gli impulsi sono considerati tanto più "irresistibili", quanto più forte è la loro interpretazione soggettiva come "fame" (ed elevata è la propria auto-inefficacia).

Tale irresistibilità è probabilmente correlata alla inaccettabilità di tale sensazione. Nella concezione comune, infatti, non si accetta di "soffrire la fame", in particolare in una società come la nostra, in cui non esistono carestie, il cibo è ubiquitario, e in cui, almeno per la stragrande maggioranza della popolazione, la fame è un problema inesistente perché risolto. Interpretate come "fame" sensazioni come il normale appetito, o altre sensazioni gastriche di diversa origine, queste possono dar luogo ad una alimentazione

"supplementare" che contribuisce a quel surplus di apporto calorico inavvertito che mantiene il sovrappeso.

Nonostante quanto sopra scritto, il soggetto obeso si sottopone spesso a restrizioni eccessive, quali sono spesso diete incongrue, che possono aumentare molto l'impulso a mangiare. L'analisi CC degli obesi, nonché la letteratura in merito (Laessle e al., 1996), ci mostra che ciò da luogo sia a stress emotivo che a disregolazione delle abitudini alimentari. Si tratta di risposte comportamentali ed emotive al conflitto tra intenzioni cognitive a limitarsi ed impulso biologico a mangiare. Si forma così un circolo ricorsivo (Fig.8), che può considerarsi un fattore comportamentale rilevante di mantenimento dell'obesità.



Conclusioni

La valutazione cognitivo-comportamentale nell'obesità deve prendere attentamente in esame le abitudini di vita ed in particolare le abitudini alimentari e l'attività fisica. Tale valutazione si svolge tramite il Diario Alimentare, questionari appositi e l'analisi CC.

Nelle abitudini alimentari sarà data particolare attenzione non solo agli aspetti quantitativi (consumi), ma soprattutto alle modalità qualitative di consumo dei cibi; tra queste, ha particolare rilievo sia l'alimentazione emozionale, come modalità di autoregolazione delle emozioni e degli stress, sia l'alimentazione compulsiva, specie se topograficamente e temporalmente distribuita. Tali fattori risultano particolarmente pronunciati in rapporto alla frequenza di diete ed altri comportamenti auto-restrittivi.

Oltre a ciò sarà essenziale valutare variabili cognitive quali stereotipi ed attribuzioni circa i cibi, l'obesità ed il dimagrire, nonché l'autoefficacia nel controllare l'alimentazione, e soprattutto identificare il concetto di "fame" ed il suo ruolo nel mantenere i comportamenti alimentari irregolari.

Infine, data la particolare frequenza di disturbi psichiatrici nei soggetti obesi, non bisogna dimenticare la presenza di depressione dell'umore, da esplorare di *routine* mediante questionari appositi, nonché praticamente tutte le altre forme di psicopatologia. Tale

psicopatologia potrà in molti casi essere così pronunciata da imporre la precedenza come obiettivo terapeutico.

Bibliografia

- Bray G.A. & Delaney J. (1992) *A survey of the opinions of obesity experts on the causes and treatment of obesity. American Journal of Clinical Nutrition*, 55: 151-154.
- Bouchard C. (1991) *Current understanding of the etiology of obesity: Genetic and nongenetic factors. Am J Clin Nutr*;53:1561S–5S.
- Hollon S.D. & Kendall P.C. (1980) *Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thought Questionnaire*: *Cogn. Ther. & Res.*, 4 (383-395).
- Laessle R.G. & al. *Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behaviour in Young Women. Physiology & Behaviour*, 1996, 60(1): 1-5.
- Laitinen J., Ek E., Sovio U. (2002) *Preventive Medicine*, 34, 29–39.
- Lau D. C.W., Douketis J. D., Morrison K. M., Hramiak I. M., Sharma A. M., Ur E. (2007) *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ*, 176(8 suppl): Online-1–117
- Sibilia L., (2001) *La trappola delle diete. Psicologia Contemporanea*, mar.-apr., 164: 58-64.
- Sibilia L. Abruzzo P. e Capezzuto S. (2008) *The illusion of hunger and learning of overeating as a passive coping. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol.14, n.2 (107-108).
- Sibilia L., Abruzzo P., Capezzuto S., Pagliariccio C. & Tridici D. (2006) *Borderline eating behaviors and the learning of obesity. International CIANS Conference, Book of Abstracts*, a cura di Colombo F., Cassitto M.G., Goldwurm G.F., Masaraki S., Milan, June 16-18.
- Sibilia L. & Borgo S., a cura di (1983). *Comportamento Alimentare e Obesità*. Società Editrice Universo, Roma.
- Sibilia L., Francioni G., Borgo S., Bollea M.R. & Cairella M. (1982). *Depressione e autosfiducia quali fattori psicologici predittivi dell'esito nel trattamento dietetico dell'obesità. Clin. Dietol.*, 9, 3 (258-259).
- Sibilia L., Tridici D. & Carro L. (2004) *A study of Borderline Eating behaviours (BEB) in the Obese*, (Abstract) *Int. J. Behav. Med.*, 11 suppl., 256.
- Shaw K., O'Rourke P., Del Mar C., Kenardy J. (2005) *Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (2):CD003818. Epub: Apr 18.
- Stahre L., Tärnell B., Håkanson C., Hällström T. (2007) *A Randomized Controlled Trial of Two Weight-Reducing Short-Term Group Treatment Programs for Obesity With an 18-Month Follow-Up. International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 14, No. 1, 48–55.
- World Health Organisation (1997) *Press Release /46*, 12 June.

Assessment dell'obesità e DCA in età pediatrica

Andrea Vania, Membro del Consiglio Direttivo SIO e SINUPE, Responsabile del Centro di Dietologia e Nutrizione Pediatrica, Università di Roma "Sapienza"

L'integrazione tra medici e psicologi, portata avanti dal nostro gruppo ormai da oltre 20 anni, ci ha insegnato l'importanza che ognuno delle due figure professionali sappia qualcosa di ciò che succede dall' "altra parte del campo", espressione peraltro non particolarmente felice, dal momento che lavoriamo tutti nello stesso campo, l'essere umano. Diventa dunque estremamente importante e vantaggioso per tutti, che – ad esempio – se il medico parla di diabete, lo psicologo sappia di cosa si tratta, così come se lo psicologo sta parlando di relazioni familiari (o di qualunque altro aspetto non organico), il medico sappia di cosa si sta parlando. Ciò serve naturalmente ad aiutare il paziente, ma serve anche ad evitare la brutta figura di un intervento a sproposito sulle tematiche dell'altro operatore.

Nell'affrontare da medico il tema dell'*assessment*, farò riferimento per lo più all'obesità, soprattutto perché l'obesità è la patologia con cui più di ogni altro DCA il pediatra si trova a che fare. Personalmente, infatti, sono da tempo convinto che l'obesità, almeno quella pediatrica, sia un vero e proprio DCA: forse nell'adulto quest'affermazione sarebbe questionabile, ma in età pediatrica è davvero raro vedere famiglie di "bambini con obesità" (espressione più corretta che non quella di "bambino obeso") dove non sia presente una componente non organica. Nella nostra esperienza, non più del 10% dei bambini (delle famiglie!) presenta una problematica nutrizionale "pura", senza alcun correlato relazionale, cognitivo, affettivo; ciò spiega e giustifica la necessità di un approccio che sia sempre integrato.

La diagnosi di obesità (come quella di magrezza) di per sé non è particolarmente complicata. Potremmo dire che è una diagnosi "a vista", dove comunque basta una bilancia ed uno stato metro, eventualmente con qualche misura aggiuntiva. La bilancia in età pediatrica è sicuramente fondamentale, al contrario di quanto può avvenire in altre età. Esistono infatti obesità nell'anziano definite sarcopeniche (da mancanza di tessuto muscolare) nelle quali l'obesità non si accompagna con aumento di peso: vi è solo l'eccesso di tessuto adiposo rispetto al tessuto magro. Ma questo nel bambino non succede mai, motivo per cui nel bambino abbiamo bisogno della bilancia. Ma ne abbiamo bisogno non tanto per misurare il numero di chili in eccesso, quanto piuttosto per le proporzioni tra peso e altezza. Inoltre, abbiamo bisogno delle tabelle percentili, che consentono di individuare la posizione di qualsiasi parametro misurabile di quel particolare bambino rispetto alla sua età ed a una popolazione di riferimento.

L'obesità, come noto, è malattia multifattoriale, che coinvolge la genetica e l'ambiente, e dove le due componenti giocano un ruolo sostanzialmente paritario, dal momento che si attribuisce una responsabilità tra il 40-70% alla componente genetica e tra il 60-30% ai fattori ambientali.

Rientra almeno in parte nel ruolo della genetica il ruolo più specifico giocato da quello che oggi viene correntemente definito l' "organo adiposo", composto di grasso bianco (definibile con molta semplificazione come grasso *cattivo*) e grasso bruno (con forte valenza metabolica e definibile, con altrettanta ampia semplificazione, come grasso *buono*), e con una valenza endocrina particolarmente importante perché ad esso è deputata la produzione di molti ormoni (tra cui adiponectina, resistina, leptina). Ben diverso è il caso delle obesità genetiche vere, come ad esempio la sindrome di Prader-Willi: in questi casi l'obesità si accompagna sempre ad altre caratteristiche, la più costante

delle quali è la bassa statura. Già questo dato consente di porre una diagnosi: nell'obesità essenziale la statura è normale, più spesso aumentata, mentre nelle forme genetiche, sindromiche, è diminuita.

Una delle domande fondamentali che ci si pone è perché l'obesità sia aumentata tanto nel tempo, fino a divenire quella che oggi è chiamata Globesità (definizione dell'OMS). La teoria di una selezione genetica che tenderebbe a favorire l'obesità non regge, perché lo status spontaneo di qualsiasi mutazione è dello 0,5% per milione di anni: dunque in 10.000 anni di storia documentata non si può esser verificato più dello 0,005% di mutazioni. D'altro canto, è sotto gli occhi di tutti che sono bastati 100 anni per modificare profondamente la nostra vita e il nostro ambiente in senso obesiogeno; per questa ragione le componenti ambientali dell'obesità sembrano giocare un ruolo decisamente più importante. Ciò che è probabile, e che mette insieme le due teorie, è che nei tempi passati – quando l'ambiente e le possibilità non erano particolarmente obesiogene – si siano selezionati più facilmente genotipi (e fenotipi) risparmiatori, o perlomeno tali genotipi non siano stati penalizzati rispetto a quelli non-risparmiatori; quando poi l'ambiente lo ha reso possibile, l'intera popolazione ha iniziato a muoversi verso pesi più elevati, ma i genotipi risparmiatori si sono mossi molto più degli altri, perché è ciò che la loro genetica li portava a fare: di qui la crescita esponenziale del numero di obesi.

Poiché dunque il sovrappeso e l'obesità sono essenzialmente condizioni multifattoriali ed in esse, genetica a parte, contano molto la spesa energetica e le condizioni di vita, ciò che è necessario indagare per un'assessment medico del bambino sono proprio le modalità di spesa energetica, gli stili di vita e gli stili di alimentazione.

La valutazione dello stato nutrizionale del bambino dovrebbe sempre esser parte integrante della visita pediatrica. Di frequente si pensa che "valutazione dello stato nutrizionale" significhi "peso". In realtà il peso è solo una parte dell'assessment nutrizionale, raccolta di dati ben più ampia di una semplice visita medica. Fanno parte dell'assessment nutrizionale sia dati di base che di approfondimento. Dati fondamentali sono l'anamnesi, personale e familiare, lo stato nutrizionale vero e proprio (cioè la visita medica), lo studio dei comportamenti alimentari, degli stili di vita e dei dati socio-economici. I dati di approfondimento riguardano sia metodi antropometrici non alla portata di tutti gli ambulatori, sia gli esami di laboratorio, di primo e secondo livello, nonché l'assessment psicologico.

In tutta quella parte che riguarda la raccolta dati, è d'importanza centrale che il colloquio includa il bambino, non appena l'età lo consente, senza peraltro escludere la famiglia anche quando si tratti di un pre-adolescente / adolescente. È ovvio che i genitori non possano comunque essere esclusi, ad esempio perché molte informazioni (sulla nascita, sull'aumento del peso materno durante la o le gravidanze; sulla storia clinica del bambino; sui suoi problemi dal punto di vista dello sviluppo) il bambino/ragazzo può non conoscerle, e su altre c'interessa il doppio punto di vista (ad es. resa scolastica, acquisizione di abitudini di vita, stili alimentari).

L'abbiamo già detto: sulla genetica dell'obesità non possiamo, sfortunatamente, intervenire. Ma ci interessa poter valutare quanto la genetica abbia potuto influire su un particolare bambino. Dunque ci interessa sapere, oltre al peso dei genitori (dato peraltro che solo in parte può dipendere da cause genetiche) se in quella famiglia vi sono malattie legate a fattori nutrizionali: non solo obesità e DCA ma anche diabete, allergie alimentari, malattie cardiovascolari e dislipidemie.

Tra i dati che si raccolgono in anamnesi ve ne è uno che può apparire curioso: ci interessa sapere quale sia la statura dei genitori (naturalmente se ciò è possibile, ovvero se il bambino è figlio naturale; ovviamente il dato è mancante in caso di bambini adottati).

Questo dato è invece importante perché nel bambino si fa riferimento a valori di normalità che variano secondo il sesso, ma dipendono anche dalla statura dei genitori.

Nella visita medica a fini nutrizionali, le misure antropometriche di base, ovvero peso e altezza, forniscono il 90% delle informazioni che ci interessa avere. Ma naturalmente altre misurazioni possono fornirci ulteriori dati, utili a precisare la tipologia di obesità: le principali pliche cutanee (sottoscapolare, tricipitale, bici pitale e sovra iliaca) ed alcune circonferenze; anche queste misure vanno sempre confrontate con i dati delle tabelle percentili.

Perché peso e altezza da soli danno il massimo delle informazioni? Perché in età pediatrica ciò che ci interessa è il rapporto tra questi due parametri, in quanto questo rapporto non è costante, anzi varia secondo l'età del bambino già in condizioni normali, il che ci serve per valutare la crescita del bambino nel tempo, se adeguata o inadeguata (in eccesso o in difetto). Esistono due tipi rapporto utilizzati in pediatria. Il primo è il cosiddetto RBW, o Deviazione dal Peso Ideale per l'Altezza, e misura quanto distante quel dato bambino o ragazzo si trova dal peso che dovrebbe avere, data la sua altezza attuale. È dunque una misura fortemente dipendente dall'altezza, mentre non è vincolata all'età, inoltre non dà una misura del grasso corporeo; il principale vantaggio è che appare di immediata comprensione anche per i genitori meno acculturati, trattandosi di una percentuale: i soggetti normali si situano tra il 90 e il 110%; al di sotto del 90% il soggetto è sottopeso, mentre al di sopra del 110% e progressivamente aumentando andiamo sul versante del sovrappeso e poi dell'obesità.

Il metodo alternativo, in uso anche nell'adulto, è l'indice di massa corporea o IMC o BMI, ovvero il rapporto tra il peso e il quadrato dell'altezza. Esso rappresenta oggi il rapporto universalmente accettato per lo studio dell'obesità. Ha anch'esso dei limiti, ad esempio non dice nulla sul sottopeso, soprattutto in età pediatrica (nell'adulto 18 o $18,5$ kg/m^2 è un limite accettato, ma non è facilmente duplicabile in pediatria), né sulla situazione di eccesso di tessuto adiposo vs. eccesso di massa muscolare. Il vantaggio principale è quello di consentire di seguire l'evoluzione nel tempo del tessuto adiposo, così rappresentando un metodo per valutare precocemente un'alterazione dello stato nutrizionale. Nel bambino infatti il BMI ha un andamento particolare: nelle prime età della vita, dopo i 2 anni, tende a scendere, per poi risalire verso i 5-6 anni. Questo fenomeno di risalita si chiama *adiposity rebound* (letteralmente: rimbalzo del tessuto adiposo) ed è una fase del tutto fisiologica. Tuttavia, se avviene troppo precocemente indica che il bambino sta andando incontro ad obesità, mentre se avviene troppo tardivamente indica, solitamente, la presenza di una patologia probabilmente di tipo cronico.

Come detto, né RBW né BMI danno informazioni sulla massa grassa. Per studiare questo compartimento sono molto più utili le pliche cutanee e le circonferenze corporee, sebbene nessun metodo fornisca dati di validità assoluta. I due citati forniscono informazioni indirette sulla quantità di grasso "sottocutaneo". Attualmente si attribuisce molto valore alle circonferenze, soprattutto perché sono stati individuati dei rapporti, ad esempio il più recente di tutti, il rapporto W/H (circonferenza vita / altezza), che è considerato un indicatore molto specifico dell'accumulo di grasso addominale-viscerale (un bambino con un rapporto W/H $> 0,5$ è a maggior rischio di futuro sviluppo di malattie cardiovascolari e di malattie metaboliche [diabete]).

Terminata la visita medica, un'altra importante sorgente di informazioni è rappresentata dall'anamnesi alimentare. Certamente è più importante soffermarsi sulla "qualità" dell'alimentazione, dato peraltro difficile da stimare, e non – come spesso si dice – perché il paziente menta ma spesso per difficoltà oggettive. Esistono comunque a tal fine

questionari di tanti tipi, da quelli estremamente precisi dal punto di vista quantitativo a quelli molto più qualitativi. Andranno scelti sulla base delle informazioni che di volta in volta ci interessa raccogliere, ma tutti forniscono molte informazioni sullo stile alimentare di quel bambino.

La nostra valutazione medica di quel bambino giunto all'osservazione si conclude con la prescrizione (pressoché universale) di esami di laboratorio. Molti, e soprattutto i genitori, pensano agli esami di laboratorio come un modo per svelare difetti endocrini, soprattutto della tiroide. Va precisato con forza che, a meno di patologie concomitanti che nulla hanno a che vedere con l'obesità, un ipotiroidismo non è praticamente mai presente nell'obesità essenziale; può essere invece presente un modesto ipertiroidismo, come – per essere semplici – tentativo di compensazione da parte dell'organismo rispetto all'eccesso di peso. Dunque la prescrizione di esami non ci serve ad evidenziare una patologia delle ghiandole endocrine. Essi aiutano invece a comprendere se esista una vera malnutrizione, per difetto o per eccesso. Da questo punto di vista va detto però che mentre abbiamo moltissimi indici utili quando il paziente, bambino o adulto, è sottopeso, non abbiamo altrettanti indici di malnutrizione per eccesso. Ma, a dire il vero, nel caso del sovrappeso/obesità interessa soprattutto diagnosticare la presenza di eventuali complicanze (metaboliche soprattutto, ma anche cardiovascolari, osteo-articolari, respiratorie, ecc.). Perché sono proprio le eventuali complicanze che ci faranno poi modulare anche l'approccio terapeutico.

E l'approccio terapeutico, anch'esso integrato, sarà volto da un lato ad eliminare progressivamente (né Roma né l'obesità sono state fatte in un giorno!) gli errori nutrizionali fondamentali compiuti da quella famiglia, sostituendoli con abitudini e stili di vita più corretti, e dall'altro – ma in realtà in conseguenza dei cambiamenti ottenuti – a modificare le proporzioni corporee di quel bambino o ragazzo. Questo punto è fondamentale: a meno che non siano dimostrabili complicanze metaboliche già in atto, quali un diabete o una dislipidemia (colesterolo o trigliceridi elevati), non ha senso cercare di ottenere una riduzione del peso, se esso, pur patologico in quel bambino, rientra nella normalità per il futuro adulto. Un esempio pratico può servire a chiarire questo punto: se un bambino di 8 anni, per il resto sano, pesa 60 kg, egli è sicuramente in uno stato di obesità. Ma a 14 o 15 anni quel peso sarà per lui, verosimilmente, normale. Cercare di riportarlo allora ad un peso adeguato alla sua età, per poi farlo risalire “quando sarà il momento” è un controsenso, soprattutto considerando che nel dimagrimento si ha sempre, è bene sottolinearlo, perdita non solo di massa grassa ma anche di massa magra (= muscolo). Sarà dunque sufficiente accompagnare quel bambino con una serie di misure che gli consentano di non acquisire peso ulteriore: la fisiologica crescita in altezza sposterà progressivamente le proporzioni corporee verso la normalità.

Bibliografia

Cimbolli P., Foderaro M., La Prova A., De Vita L., Ferrari A., Nicolai R., Vania A., De Pascale A. *Un modello integrato sistemico-cognitivista post-razionalista dell'équipe multidisciplinare per l'obesità pediatrica*, Comunicazione in: Abstract delle Giornate Capresi di Terapia Cognitivo-Comportamentale “Per una Terapia Cognitiva Integrata: approcci farmacologici e psicoterapeutici a confronto”, Capri, 4-6 novembre 2005.

De Pascale A., Vania A., Ferrante E. *L'approccio cognitivista sistemico in un servizio di Dietologia Pediatrica*, IX Congresso Nazionale SITC, Torino, 12-15 novembre 1998, Volume Atti.

De Pascale A., Reali G., Agazio E., Guidi R., Galastri E., Licheri M.E., Vania A., Pitzalis G., Ferrante E. *Aspetti psicologici dei disturbi alimentari in età evolutiva*, in Atti "III Incontro sulle problematiche dell'età evolutiva", Roma, 15 giugno 1996.

Lo Castro I., Fontana L., Crisogianni M., Pitzalis G., Vania A., Ferrante E., De Pascale A. *Protocollo di intervento psicologico-pediatrico sull'obesità in un ambulatorio di dietologia pediatrica*, in Convegno "Psicologia e Pediatria Insieme per il Bambino", Roma, 5 febbraio 1998

Mordenti F., Caiazza A.M., Nicolai R., Foderaro M. e Vania A. *Famiglia e modalità alimentari nel bambino con eccesso ponderale*, Comunicazione in: Atti su CD-Rom del 22° Incontro Pediatrico di Ostia Lido della Sez. Laziale della SIP, Lido di Ostia, 17-19 marzo 2005

Scaglioni S., Ambruzzi M.A., Banderali G., Brambilla P., Caroli M., de Toni T., Gambarara M., Giovannini M., Gobio Casali L., Maffei C., Morino G., Radice N., Ripoli C., Riva E., Rossi S., Usuelli M., Valenti M., Vania A., Zedda M.A. *Terapia dietetica dell'obesità in età evolutiva*, Doctor Pediatria febbraio 2001.

Vania A. e De Pascale A. *L'alimentazione e i suoi disturbi*, In "Psicologia Pediatrica", a cura di Baldini L., Edizioni Kappa, Roma, 2005.

Vania A., De Pascale A., Cantelli F., Procaccini N., Di Sessa C., Fontana L., Mordenti F., Caiazza M.A. *Indicatori indiretti di compliance familiare alle raccomandazioni del pediatra. L'esperienza di un ambulatorio per l'obesità*, Riv. Ital. Ped. 2001.

Vania A., De Pascale A., Pitzalis G. e Monti S. *Il bambino, la sua famiglia e il cibo*, Quaderni di Aggiornamento in Pediatria, Ediz. Dieterba, Milano 1999, n° 30.

Vania A., De Pascale A., Agazio E., De Angelis P., Guidi R., Ferrante L., Chiarini Testa M.B., Ferrante E., Tarsitani G. *Obesità in età evolutiva: solo abitudini alimentari ed attività fisica?*, Clin Dietol 1999.

Il caso di Petra

Stefania Borgo, Centro per la Ricerca in Psicoterapia, docente di Health Promotion, Università di Roma "La Sapienza".

Petra viene in studio accompagnata dai genitori: ha il volto pieno di ecchimosi e numerosi cerotti, ma il particolare più evidente è la forma allargata del viso che la fa somigliare a un gattone.

Colloquio con Petra

P. ha 26 anni e vive per conto suo con un figlio di 4 anni. I genitori hanno insistito perché facesse una terapia dopo che A., il suo "amico" gangster, l'ha "gonfiata di botte" pensando che lo avesse contagiato. Infatti, un medico consultato per le evidenti tumefazioni sottomandibolari aveva fatto diagnosi di AIDS. Solo successivamente è emersa la reale causa: una ipertrofia parotidea bilaterale collegata ad una bulimia (ipersalivazione).

P. ingurgita quantità inverosimili di cibo e le rivomita: il ciclo si ripete più volte al giorno, intramezzato da numerose "canne". Parla con un tono di voce sfumatamente aggressivo e a tratti ha uno sguardo improvvisamente diffidente. Non sembra motivata al trattamento, ma chiacchiera volentieri usando spesso il gergo della "mala".

Colloquio con i genitori

Piuttosto anziani e di statura piccola sembrano intimoriti da una figlia alta 20 cm. più di loro e di corporatura atletica, che li tratta bruscamente e non somiglia loro per nulla. Infatti P. è stata adottata all'età di 6 anni (adozione internazionale). Quando è arrivata non parlava l'italiano e solo la madre adottiva riusciva a comunicare con lei conoscendo la sua lingua.

Ricordano che il primo giorno ha "rubato" una banana e una scatoletta, e se le è messe sotto il letto.

È stata una bambina difficile e ancora di più lo è stata da adolescente, quando è divenuta ribelle e aggressiva. A 17 anni ha lasciato la scuola (liceo) senza concluderla. I litigi con il padre (magistrato) si sono fatti più frequenti, finché dopo uno di questi il padre ha avuto un infarto.

Le hanno allora comperato un piccolo appartamento in periferia e da allora la mantengono, dato che non ha un lavoro, insieme al figlio di 4 anni.

Avevano anche adottata un'altra bambina della stessa età di Petra che ora è una brillante professionista e lavora all'estero.

Sono preoccupati per Petra, e ancor più per il bambino, che sospettano essere trascurato, maltrattato e non abbastanza nutrito. Cercano quindi di tenerlo il più possibile con loro.

La storia di Petra

Petra ha un vuoto totale rispetto alla prima infanzia, ricorda però nitidamente la "fattoria-lager" in montagna (me ne disegna una pianta) dove viveva a 6 anni con molti altri bambini insieme al fratellino, più piccolo di lei di circa un anno, di cui non ha saputo più nulla. I due "aguzzini" (marito e moglie) che gestivano l'orfanotrofio erano molto severi: quando i bambini erano troppo vivaci li mettevano sotto la doccia gelata. Il cibo era scarso: ricorda una punizione esemplare per aver rubato un cestino pasquale.

Non è riuscita a inserirsi nella famiglia adottiva, si è sempre sentita un'estranea, anche perché l'altra figlia, quella "giusta", sarebbe in realtà una nipote dei genitori adottivi.

Quando è andata a vivere da sola ha conosciuto un ragazzo, che viveva di rapine, con cui ha avuto il bambino. Ora lui è in galera e lei in attesa di processo con l'accusa di complicità. Recentemente si è messa con A., un boss della "mala".

Descrive la madre come una brava donna ma scarsamente affettiva e il padre come un uomo giusto ma troppo assente, ancor più adesso in quanto le è di fatto impedito di vederlo. Teme di perderlo da un giorno all'altro data l'età e la salute precaria.

I toni aggressivi li riserva alla madre vera che l'ha abbandonata. Vorrebbe farle personalmente questa domanda: perché? Ma le informazioni sulla sua adozione sono coperte da segreto e non vi è alcuna possibilità di accesso.

A volte, nei momenti caldi, si alza in preda alla rabbia gesticolando. Se le sorrido e le parlo dolcemente torna a sedersi, mi sorride e magari si scusa facendo comparire una espressione cupa.

Il comportamento alimentare

Riferisce un periodo "anoressico" circa 2 anni fa per dimagrire (assunzione di sostanze anoressanti) e poi l'instaurarsi di un comportamento bulimico sempre più frequente, ora più volte al giorno. Attualmente la giornata di P., non avendo altre attività, ruota intorno alla preparazione e all'ingestione del cibo. Forse con un po' di esagerazione, parla di chili di pasta inaffiati da litri di coca-cola. Alla richiesta di quantificazione risponde (quasi con vanto) che pesandosi prima e dopo possono esserci quasi 5 chili in più, e commenta dicendo "da sfondarsi!".

In un'autosservazione del suo stato interno riporta prima del pasto: vuoto, voragine, noia, tristezza, confusione, salivazione, bisogno d'amore, incompletezza, paura, qualcosa che scacci i pensieri, un abbraccio di persona.

Dopo il pasto: appagata, meno sola, a posto, meno vuota, con la pancia piena e calda, tranquilla.

È normopeso, anzi ha una bella figura e nessun problema di salute a parte l'ipertrofia parotidea. Unica motivazione al trattamento sembra essere l'aspetto economico: non riesce a coprire la spesa del cibo con i soldi che le danno!

Il caso di Petra: trattamento e catamnesi

Stefania Borgo, Centro per la Ricerca in Psicoterapia, docente di Health Promotion, Università di Roma "La Sapienza".

Il *primo obiettivo* del trattamento ha riguardato la relazione terapeutica: creare un rapporto di fiducia con una persona ferita, diffidente e arrabbiata con il mondo intero.

Inizialmente mi ha messo "alla prova" più volte, prima di rassicurarsi. Ma è rimasto un atteggiamento di sfida, che ho ritenuto una risorsa (se finalizzato) e quindi ho incoraggiato e cercato di direzionare, mantenendo una posizione ferma. Questa mia risposta ha probabilmente veicolato un messaggio di accettazione, permettendomi di divenire un'alleata nella sfida con il mondo.

Il *secondo obiettivo* è stato l'autoregolazione emozionale. La capacità di gestire positivamente le emozioni, in particolare rabbia e dolore, era estremamente limitata. Il cibo e le sostanze drogastiche si inserivano in un "coping emozionale" (vedi comportamento alimentare, nella presentazione del caso). Era quindi improbabile che i comportamenti consumatori, così come i gesti aggressivi, venissero a cessare senza il raggiungimento di un maggior controllo sulle emozioni.

Il *terzo obiettivo*, ma forse il primo per importanza, ha riguardato la formulazione di un progetto di vita praticamente inesistente, a parte il copione di una "vita contro".

Il *quarto obiettivo*, più specifico, era relativo ai comportamenti consumatori: ricominciare a mangiare senza vomitare, cosa che ormai non avveniva più, e ridurre le "canne". Le due abitudini consumatorie si intersecavano in vari modi, dato l'effetto di cannabinici sull'appetito e sullo stato di coscienza. Entrambe inoltre sembravano legate ad un senso di vuoto, vuoi pregresso vuoi prodotto dall'uso della droga stessa (probabilmente una forma di automedicazione).

La frequenza delle sedute è stata teoricamente unisettimanale, con moltissime defezioni.

Petra ha lavorato a modo suo, con alti e bassi, ma ottenendo risultati.

Nel giro di un anno ha lasciato il gangster (e la relativa fornitura di "roba"!), ha trovato un lavoretto, ha preso il diploma di maturità (artistica). Ha cercato di controllare i suoi accessi di ira e migliorato i rapporti con i genitori e il figlio, spesso accudito da nonni con cui si trovava molto bene.

Il processo si è concluso con la sua assoluzione.

Non fosse altro che per motivi economici, ha diminuito le canne (sono allora comparse lucidità e determinazione nonché maggiore capacità di controllo emozionale) e l'ingestione di cibo (si è ridotta fino a scomparire l'ipertrofia parotidea), ma questi due abusi non sono stati eliminati finché non è stato colmato il "vuoto" esistenziale.

Con l'abilità di un detective (e ammirevole costanza) è riuscita ad avere informazioni sulla sua adozione, a scovare la madre (governante di un anziano e ricco signore) e a scontrarsi con lei più volte, a parlare con la madre adottiva del fratello (morto per incidente e tossicodipendente), ad incontrare la nonna materna e gli zii. Il padre, alcolista, era morto molti anni prima.

Ha ritrovato il suo lager, che era ancora più o meno come ricordava, ma i suoi aguzzini erano ormai due vecchietti malmessi.

Catamnesi

Il caso è stato seguito più di 20 anni fa. Nel corso del tempo P. mi ha ricontattata 3-4 volte per motivi vari: darmi notizie, invitarmi ad uno spettacolo, mandarmi in terapia il suo compagno... La visita più recente è stata 3 anni fa: mi ha portato in regalo una sua *gouache*, mi ha detto di aver trovato un lavoro interessante, ma penso che volesse farmi

sapere che la nonna, morendo, l'aveva ricordata nel testamento. Mi ha precisato che lasciato è stato modesto ma le ha dato una grande gioia.

Ho avuto anche notizie del figlio da una collega particolarmente "empatica" che, su richiesta, avevo suggerito per alcuni colloqui in età adolescenziale. Recentemente mi ha riferito che, quando lo ha seguito per un breve periodo, il ragazzo viveva stabilmente con i nonni e, nonostante l'adolescenza, sembrava cavarsela bene.

Il caso di Petra da un punto di vista psicodinamico

Giuseppe Godino, psicologo, psicoanalista, didatta del Istituto di Ricerche Europee in Psicoterapia Psicoanalitica (IREP)

Il caso di Petra nella prospettiva psicoanalitica – dinamica è un approccio, un modello che ovviamente come tutti i modelli verte la sua ragion d'essere su un suo assunto, un suo paradigma, su alcuni presupposti teorico-clinici fondamentali, che io cercherò brevemente di mixare con quello che poi è il fascino dello studio del caso clinico. Come dicevo ho cercato di strutturare la relazione inserendo sia aspetti relativi all'approccio e quindi il ragionamento, qual è il modello con cui noi approcciamo un caso di bulimia, sia cercando di valorizzare un po' alcuni indicatori specifici della storia di Petra: lei, la sua famiglia, i suoi genitori, il suo romanzo familiare così terribile, così carico di colori, così ricco di lutti, di abbandoni, di privazioni, di violenze; una storia che ha veramente il suo carico di dolore molto forte che ha delle caratteristiche cliniche già diagnosticate (per esempio l'intervento dello psichiatra che allo psicologo serve).

Allora ecco i punti chiavi del modello: l'approccio psicoanalitico-dinamico (nel tentativo di sintetizzarlo spero di non banalizzarlo). Quali sono gli aspetti che caratterizzano l'investigazione psicodinamica? In questo momento nella nostra scuola si parte con l'accoglienza del paziente fatta con 4 colloqui, nei quali si cerca di far appoggiare il paziente al terapeuta e attraverso questa modalità di accoglienza, destinata all'assistenza cioè ad una raccolta in chiave anamnestica di alcuni elementi che caratterizzano la storia del paziente, ma anche e soprattutto delle modalità con le quali si appoggia al terapeuta. Quindi un primo concetto fondamentale è il terapeuta come è "utilizzato" in termini di appoggio oggettuale, cioè cosa la paziente esprime nei primi colloqui finalizzati a formulare una ipotesi di diagnosi psicodinamica, ossia il concetto di organizzazione di personalità.

Il primo punto è andare a sapere come funziona in termini di personalità la paziente che noi accogliamo. La cosa importante, e il concetto su cui ci si fonda, è quello di pensare in termini psicodinamici–psicoanalitici alla correlazione forte che c'è tra gli aspetti relativi al mondo interno e che quindi costituiscono lo psichismo del paziente e quello che viene detto il carattere. L'analisi del carattere è importante perché nell'approccio è importante riflettere sulle modalità caratteriali. Il carattere viene "utilizzato" come indicatore, nella relazione terapeutica indica le modalità con le quali la paziente si appoggia all'altro e quindi in questo caso si appoggia al terapeuta. Quindi il carattere come modalità di stare in equilibrio nelle relazioni esterne per cercare di tenere a banda quelli che potrebbero essere i possibili disagi, le angosce, le paure del mondo interno, ecc. In questa correlazione molto forte tra interno ed esterno in una dimensione psicodinamica.

Quindi cominciamo un po' a ragionare, entrando nel merito. Allora nel caso di Petra quali sono i punti di attenzione dell'approccio? Cioè su che cosa viene formulata quella che sarà la possibile diagnosi psicodinamica, che è tutta centrata sui colloqui? Che come iter diagnostico non assume una diagnosi psicodinamica piuttosto che una diagnosi psichiatrica attraverso la nosografia del DSM. La diagnosi psicodinamica si fonda su un ragionamento clinico molto preciso: cioè andare a percepire, rintracciare, individuare, scoprire all'interno dei primi 4 colloqui, il funzionamento psichico della paziente, ovvero la sua organizzazione di personalità, come percepisce la realtà.

Quando si parla di organizzazione di personalità si fa come un macro riferimento alle macro-strutture della personalità, alle aree e quindi all'area nevrotica, all'area degli stati

limiti, all'area psicotica. All'interno di queste aree che caratterizzano le possibili strutture di personalità, il livello di organizzazione della personalità della paziente sta ad indicare che stadio di sviluppo psichico ha maturato nelle sue tappe evolutive. Ci sono due concetti che si inseriscono: l'appartenenza macro-tipologica alla struttura e, all'interno di questa struttura, quale percorso evolutivo ha fatto la paziente, come possibile indicatore del suo funzionamento psichico, ovvero quale è il suo rapporto con la realtà: viene percepita, non viene percepita, viene negata, non viene negata. Quindi un ragionamento che si muove su questo tipo di ragionamento.

L'altro punto di attenzione della formulazione di una diagnosi psicomica è l'angoscia da cui la paziente si difende: quindi che cos'è che ha caratterizzato i primi anni di vita della paziente e che ha lasciato all'interno di un grande contenitore di sofferenza e di dolore, contro cui la paziente combatte. E qui intuitivamente possiamo pensare che tutto l'iter legato ai legami primari, tutta questa storia terribile ha determinato dei danni che hanno inciso, ovviamente, sullo sviluppo psichico, che è lo psichismo della paziente, al cui dolore ha risposto con modalità relazionali, comportamentali e caratteriali che vengono descritte nel caso.

Quindi il ragionamento per noi è: in base a quello che è stato il suo percorso di sviluppo psichico si sono determinate delle situazioni, dei danni, delle angosce alle quali la paziente ha risposto strutturando un comportamento e una risposta adattativa - difensiva che poi si manifesta nelle modalità che voi ben conoscete.

Il terzo punto su cui si pone l'attenzione sono i meccanismi di difesa, cioè quei mezzi fisici che sono di ausilio alla persona per cercare di rimanere in equilibrio, magari possono più far parte di un linguaggio psicoanalitico (rimozione, spostamento), ma sostanzialmente non è tanto un problema di terminologia concettuale, quanto di quelle strategie, quelle modalità con le quali ognuno di noi si difende.

Quindi questi sono i paradigmi del modello con le quali il terapeuta approccia la paziente durante questi primi 4 colloqui per arrivare poi a rispondere a questi 3 punti.

Entriamo nel caso di Petra: noi Petra la riceviamo, la accogliamo, cominciamo a dialogare con lei immedesimandoci un po' nel suo caso.

Allora, su che cosa abbiamo posto l'attenzione, quali sono gli indicatori sui i quali riflettere?

Arriva allo studio con i genitori: perché? Perché può essere significativo l'arrivo in studio con i genitori, ci fa riflettere su che cosa? Uno sul grado di autonomia o di dipendenza della paziente. Due sul grado di percezione che lei ha della realtà sua piuttosto che della bambina. Per cui il motivo della consultazione, la richiesta di consultazione, come una paziente arriva allo studio sono elementi significativi per riflettere su quello che poi è il caso da affrontare.

Quindi, l'arrivo in studio, il figlio di 4 anni, il rapporto con il cibo e le canne, quello che è legittimo rispetto alla sua organizzazione della giornata, quindi le modalità sulle quali lei investe; qui abbiamo una giornata ben scandita, abbiamo un prima, un dopo, la giornata dedicata ad (A), quindi tutti aspetti importanti. L'adozione a 6 anni, l'adozione tremenda perché già proveniente da un lager, immaginiamo cosa può essere stato per questa ragazzina il primo impatto con le figure genitoriali, con i caregiver o con chi per loro, quindi le modalità di accudimento, che cosa questo ha provocato e che cosa ha determinato nelle strategie difensive di Petra per stare in equilibrio, fino ad arrivare a forme autodistruttive. L'abbandono scolastico sarà importante perché ci dirà qualcosa circa la difficoltà dei genitori nel relazionarsi a Petra. Quindi sarà significativo perché evidenzia un aspetto delle figure genitoriali. L'altra adozione, il distacco dal fratellino, qui ci sono lutti su lutti ed anche il distacco biologico: nel senso che c'era un riferimento conosciuto in termini di legame di sangue, nel senso di origini che poi è sparito. Poi, come dicevo, la giornata

tipo di Petra e la motivazione al trattamento, nel senso perché questa ragazza viene in terapia e che cos'è che la spinge?

Dunque queste sono le basi sulle quali operare la prima riflessione sul modello.

Enucleando alcuni aspetti del caso, da quella che è la sua descrizione, ci poniamo alcune domande sul funzionamento psichico di Petra. Come primo punto abbiamo visto angoscia e minaccia, i meccanismi di difesa. Come funziona psichicamente Petra, ci ha colpito innanzitutto una cosa: Petra "non pensa" come funzione di elaborazione, non pensa al suo benessere, né alle sofferenze in generale, perché come vedete attraversa esperienze dolorosissime, ma neanche alla richiesta di consultazione. Perché viene? Come viene? Viene accompagnata dai genitori, le ultime 3 righe della descrizione del caso dicono: "l'unica motivazione al trattamento è che con quello che spende in soldi che ha a disposizione per mangiare non ce la fa più". Ecco, questo come lo trattiamo nell'ambito del modello? Come un elemento che non è elaborato. È un elemento che è più come un agito, come tanti agiti che Petra compie. Petra non percepisce i bisogni del bambino, questo bambino sta lì ma... non si sa.. non viene fuori. Viene fuori la preoccupazione dei genitori, ma nei termini di percepire il funzionamento di un bambino nei suoi bisogni, dalla descrizione del caso non emerge. Perché quello che emerge è la forte concentrazione su di sé e sul dolore personale che la annienta.

Altro elemento importante sul funzionamento psichico di Petra è il basso livello di mentalizzazione. Vuol dire la difficoltà di elaborare il significato delle proprie emozioni e questo si evidenzia nella patologia che lei ha. Petra ha avuto una storia terribile e non ha avuto la possibilità di sperimentare un legame di appoggio oggettuale, si dice in termini psicoanalitici, che l'ha nutrita, che l'ha protetta, che l'ha rinforzata. Non ha potuto sperimentare l'aspetto prima fusionale e poi di distacco sano, funzionale al funzionamento psichico. Diciamo che è stata costretta a fermarsi ad un certo punto nel suo iter di sviluppo psichico, cosa che sembra non averle dato la possibilità di sviluppare risorse psichiche per mentalizzare, ossia di elaborare il significato di ciò che le capita. Quindi le capita una storia terribile, le capitano delle relazioni affettive improntate alla distruttività e alla violenza, le capitano una serie di cose che fa fatica ad elaborare.

Come funzionano i genitori? I genitori sembrano funzionare solo sul piano concreto, cioè rispondono a esigenze di tipo concreto, un accudimento esterno che non guarda il mondo interno di questa ragazza, sembra che non abbiano mai aiutato Petra ad elaborare il dolore precedente. È arrivata, è stata trasferita, è stata inserita in un contesto familiare, c'è stata un'altra adozione vicina, che poi si scoprirà essere anche governata da un diretto legame di sangue, e in qualche modo le viene fatta un'operazione terribile, cioè le è stata fatta un'ulteriore de-legittimizzazione sul piano psichico-affettivo della ragazza. Quindi non c'è stata questa funzione di accudimento, accoglienza all'elaborazione. Il padre sembra essere quello che pone delle regole abbastanza fredde e la madre non ha fornito calore, nel senso che nel suo maternage o caregiving si ferma ad aspetti di un certo tipo.

In generale l'adozione di Petra vista a 360° rispetto al funzionamento psichico dei genitori, sembra non aver fornito contenimento e non è stato possibile per Petra elaborare il significato di nulla. Un altro punto che colpisce sono i segnali dell'adolescenza e l'abbandono scolastico in un momento in cui c'è il cambiamento adolescenziale, dove, se non si fa un buon contenimento, una buona elaborazione, la personalità ne risente. Quindi, diciamo, che da parte dei genitori si notano questi indicatori, volti solo alla realtà concreta.

Comportamento alimentare di Petra: cosa ci colpisce? Per l'approccio psicoanalitico-dinamico, il comportamento alimentare di Petra è quindi la bulimia conclamata, attraversando fasi di anoressia propedeutiche che poi l'hanno portata a sviluppare una sintomatologia così forte, così dura nella sua vita quotidiana. Come lo trattiamo il

comportamento alimentare di Petra? Come un sintomo con il quale cerca di segnalare uno stato di abbandono irreversibile. Quindi ci sono anche aspetti depressivi. Per noi lo stato di abbandono depressivo è quello contro cui Petra combatte. Minacciata da questo disagio risponde con varie strategie, tra queste anche il comportamento alimentare. Che significa nell'approccio psicoanalitico-dinamico il rito bulimico? L'ingozzarsi prima e il vomitare poi, qual è la riflessione, come viene raccolto? Come viene interpretato, come viene inserito nel ragionamento clinico che porterà poi a sviluppare la possibile ipotesi diagnostica, ovviamente tutta da confermare? L'ingozzarsi e poi il vomitare ha a che fare con il danno, la sofferenza legata alle cattive, difficili e travagliate relazioni oggettuali, relazioni d'oggetto; non può trattenere il cibo, ha bisogno di buttarlo fuori (ossessivo-compulsivo). Perché non può tenere il cibo? Perché simbolicamente nel significato psicoanalitico-dinamico, il cibo nel rapporto con la madre "frigo" (che non esprime mai emozioni) la riporta alla cattiva relazione d'oggetto, nel senso che non ha avuto con la madre un rapporto di nutrimento, di fortificazione.

Quindi, usando il linguaggio psicoanalitico, il cibo è l'oggetto cattivo che lei deve buttar fuori, che deve espellere. Quindi nel movimento di ingozzarsi prima ed espellere poi, cerca di strutturare una strategia per combattere questa angoscia. Quindi il movimento che fa è funzionale a questo tipo di discorso.

La relazione d'oggetto, questa relazione con la madre, al livello simbolico della relazione d'oggetto è disperante. Questo cosa comporterà nel funzionamento psichico di Petra? Non riconoscendo l'oggetto, non potendo riconoscere il valore simbolico, il valore fortificante che ha avuto nel rapporto con la madre, fa fatica a riconoscere anche l'altro, perché questa possibilità di percepire la madre come differente da sé, lei non l'ha mai vissuta. Non ha mai raggiunto questo livello di sviluppo psichico e quindi è bloccata nelle sue tappe dello sviluppo psichico a un livello di funzionamento psichico basso, non evoluto, non capace di elaborare significati.

Quindi citando Baldassare, il nostro direttore di Istituto, che si è occupata molto di disturbi alimentari: "la bulimia è la forma di più fattori evolutivi in cui la tensione viene allentata attraverso l'uso del cibo...e che la persona assume il controllo delle proprie funzioni con l'uso perverso del corpo".

Quindi, andando a sintetizzare e chiudere la riflessione legata all'approccio, la diagnosi psicodinamica, ossia ipotesi che guidano il terapeuta nella possibile formulazione di un piano terapeutico successivo.

Le nostre tre domande iniziali: cerchiamo di capire qual è l'organizzazione di personalità che sembra sottendere al funzionamento psichico, il funzionamento psichico di Petra, i meccanismi di difesa o il meccanismo di difesa principe che Petra utilizza per stare in equilibrio.

Premesso che nella formulazione della diagnosi uno deve stare molto attento, perché non è un discorso così immediato, una paziente così, in termini di organizzazione di personalità è sull'area border o poteva già essere inserita, come funzionamento, nell'area psicotica? È un dubbio che viene sciolto successivamente.

Allora, l'angoscia contro cui combatte Petra, l'angoscia di frammentazione, l'angoscia di potersi crollare giù, quindi l'angoscia di frammentazione si muove all'interno delle strategie comportamentali.

Il meccanismo di difesa più evidente che è apparso nella storia di Petra è il diniego. Nega tutto, fino all'ultimo il rapporto con il compagno. Quindi una vita fatta di molti passaggi di cui la negazione della realtà sembra caratterizzarla.

L'ipotesi diagnostica è che l'organizzazione di personalità di Petra è psicotica, ma direi che c'è un dubbio.

Possibile strategia terapeutica: anche se è difficile ipotizzare una possibile strategia terapeutica su Petra però in termini didattici, visto che siamo in una scuola, possiamo proporre un ragionamento che sintetizza anche una propedeuticità di metodo e di approccio, questo lo possiamo fare. Quindi vi pregherei di accogliere questa ultima parte in termini squisitamente didattici: è solo un ragionamento fatto su carta che ovviamente deve essere calato nella realtà. Però ha un suo fondamento. Non è dogma ma è un ragionamento che fonda la sua centralità su un punto fondamentale.

Per sapere come muoverci rispetto a quella che sarà poi una proposta di trattamento terapeutico e di possibile elaborazione dei traumi, fa da sparti acque al proseguimento della terapia approfondire con Petra il vissuto di maternità e la reale percezione dei bisogni personali e del bambino. Questa è la linea di separazione in termini di anamnesi, investigazione psicodinamica fra due possibili approcci. Se noi ci rendiamo conto nel colloquio con Petra che è percepito quello che è il senso, il significato della maternità, quindi il rapporto con il bambino, il significato di accudimento, non solo nutrirlo ma anche il discorso legato all'affettività e i suoi bisogni personali, il suo equilibrio, il salvaguardare se stessa, il suo corpo, la sua fisicità, la sua identità, la sua femminilità. Se riusciamo a cogliere che Petra ha un buon grado di percezione a questo tipo di discorso, ecco che la strategia terapeutica potrebbe dirigersi sull'approfondimento del significato dei legami. Petra è una ragazza che fin dall'inizio si trova dilaniata da questi lutti, da queste separazioni mai elaborate. Quindi, se cioè è possibile, ossia approfondire il significato dei legami, elaborare lutti e abbandoni sia affettivi che biologici, allora una macro strada nella quale dirigersi verso il possibile approfondimento è tracciata.

Se non percepiti, se il terapeuta si accorge che durante il colloquio il dialogo è tutto sul piano concreto, solo fatti, fatti, fatti, solo azioni, solo elementi della sua giornata, la strategia deve essere un'altra. La strategia deve essere più di contenimento, non spingerla ad una elaborazione di quelle che sono le sue origini perché evidentemente non la reggerebbe, ma più di contenimento rispetto ad una logica, non dico di problem solving, ma comunque di soluzioni per quelli che sono i suoi eccessi nella quotidianità.

Un altro possibile iter terapeutico potrebbe essere invitarla a riflettere sulla base di quelle che sono le sue riflessioni, su che cosa la porta a non reagire. Perché non reagisce?

Quindi, possiamo dire che nel primo caso, quello in cui possiamo ipotizzare che Petra percepisce alcuni significati della realtà, le strategie terapeutiche sarebbero orientate verso un'elaborazione di tipo terapeutico-analitico. Nel secondo, invece, sarebbe più utile un discorso di tipo "supporto", non intendo consulenziale perché sarebbe poco, ma qualcosa che si avvicini di più ad un effetto di contenimento. In questo modo capiremmo bene il perché è così affascinata da questo suo compagno.

Per quanto riguarda le sedute, idealmente due sedute a settimana con la possibilità, il metodo lo prevede, di fare anche eventuali colloqui con i genitori. Gli eventuali colloqui con i genitori sono direttamente proporzionali al livello di mentalizzazione di Petra. Più bassa è la mentalizzazione, più alta è l'esigenza che i genitori siano coinvolti. Ecco perché accettiamo come ipotesi una strategia terapeutica di questo tipo.

Ultimissima riflessione: nell'approccio psicoanalitico-dinamico gioca un ruolo fondamentale il vissuto del terapeuta, sin dal primo momento, sin da quanto accogliamo il paziente, perché quello che il paziente ci porta e ci dona in termini di approccio con noi, muove delle riflessioni, dei vissuti che possono essere ragionevolmente predittivi circa la formulazione delle ipotesi psicodiagnostiche. Questo significa aver fatto un buon lavoro su se stessi, questo significa aver chiaro il modello.

Nel caso di Petra l'unica finestra contro-transferale è quella che nel caso viene riferita, quando lei si alza e quindi c'è questo effetto di accoglierla: lei si alza, sembra tranquillizzarsi, si siede e ritorna al suo posto. Come lo possiamo cogliere questo?

Probabilmente lì c'è un primo intervento involontario di caregiving, di accoglienza. In questo senso, rispetto a questa strategia, quell'aspetto contro-transferale sembrerebbe deporre a favore più di una possibile percezione di alcuni bisogni. È l'unico elemento, non posso sollevarci una teoria sopra, ma un ragionamento clinico si.

Concludendo, tutto si gioca sulla possibilità di capire secondo il modello psicoanalitico-dinamico, se e come la paziente si appoggia a noi. Perché l'appoggio oggettuale che la paziente cerca con il terapeuta è un elemento fondamentale. Questo si esprime attraverso le sue modalità caratteriali, cioè la modalità di relazionarsi all'altro. Questo è veicolato da un linguaggio verbale e non verbale che arriva al terapeuta e su questo viene elaborato tutto il ragionamento all'interno delle 4 sedute. Alla fine della quarta seduta si dà una restituzione ed eventualmente, se c'è l'alleanza terapeutica e tutti quegli indicatori di protocollo e di anamnesi, eventualmente si passa alla strategia terapeutica, non necessariamente comunicata alla paziente. Ovviamente tutto questo è nella testa del terapeuta.

Bibliografia

Baldassarre M., Petrini P. (2006), *Diagnosi e psicoterapia psicoanalitica*, S.E.U, Roma.

Bergeret J. (1996), *La personalità normale e patologica*, R.Cortina, Roma.

Fenichel O. (1951), *Trattato delle psicosi e delle nevrosi*, Astrolabio, Roma.

Gillieron E. (1998), *Tratto di psicoterapie brevi*, Borla, Roma.

Gillieron E. (1995), *Il primo colloquio in psicoterapia*, Borla, Roma.

Jaspers K. (2008), *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico.

Johnson S. (1985), *La trasformazione del carattere*, Astrolabio, Roma.

L' approccio relazionale sistemico nei disturbi della condotta alimentare.

Adele De Pascale, psicologa, psicoterapeuta, docente SITCC, UOD di Psicologia clinica Ospedale Fiorini di Terracina

È noto che la mia impostazione sistemica è un'impostazione sia cognitivista che relazionale: 'interna- esterna' per così dire, ovvero si esplica nelle sue applicazioni più propriamente relazionali e quindi interpersonali ma nello stesso tempo nei temi interni e quindi verso i sistemi cognitivi.

L'approccio, il modo di ragionare che io porto con me e l'analisi di questo caso nella mia pratica clinica è un approccio integrato, un approccio sistemico coerente da un punto di vista epistemologico a quello cognitivo, e se volete le applicazioni sistemiche sono applicazioni all'individuo e al suo sistema familiare sia in termini di concettualizzazione e diagnosi di quello che può essere stato lo sviluppo della paziente e di quello che è attualmente la sua organizzazione di significato personale, sia in termini di intervento.

L'approccio è quello in termini di complessità che ha come nucleo fondante, come nozione di base, quella della auto-organizzazione e dei processi autoreferenziali. La nozione di auto-organizzazione dei sistemi viventi, anche di quelli umani, chiarisce come tutti sembrano organizzarsi da sé, nella loro reciprocità con l'ambiente durante il loro sviluppo. Il contesto attuale non permette di scendere nei particolari, ma siccome il collega psicoanalista-dinamico ha nominato la nozione di organizzazione, e questo mi fa molto piacere perché dimostra che questa nozione è META, è al di là degli approcci, è una nozione comune in tutte le nostre riflessioni scientifiche. Organizzazione significa ordine, il modo in cui ognuno di noi mette in ordine i propri dati di esperienza. Quindi questo sta ad indicare come la conoscenza a partire dai primissimi dati sensoriali fino a quelli più astratti, si sviluppi – come per altro accade nel corso della scala filogenetica, come un fenomeno biologico. Il bambino, nella reciprocità con l'ambiente e con quelli che si prendono cura di lui, comincia ad ordinare dati di esperienza, sui quali solo successivamente si organizzeranno emozioni e cognizioni, già prima che compaia il linguaggio o che le abilità cognitive più astratte prendano forma.

Da questo punto di vista, tutti gli stimoli che ci ha fornito il Prof. Casacchia sono assolutamente importanti e sono estremamente suggestivi ma dipende come vengono ordinati nel nostro assetto teorico. E questo gioca un ruolo importante nella mente del terapeuta e nell'intervento che farà. Quindi con ogni probabilità, certe zone corticali e sotto corticali di Petra potrebbero essere state *imprintate* – ovvero potrebbero aver finito col costituire certi *pattern* funzionali biochimici e cerebrali - nel corso del suo sviluppo, a causa dei forti stress che Petra ha subito nel corso dei suoi apprendimenti precoci, e delle caratteristiche dei suoi contesti di sviluppo. Quindi lei avrà sicuramente riportato una certa configurazione funzionale cerebrale, ad esempio la plasticità del suo cervello avrà subito certe caratterizzazioni piuttosto che altre, etc. La neuro immagine e la neuro fisiologia, e tutti gli avanzati mezzi tecnologici di cui oggi disponiamo, ci danno tutta una serie di informazioni per individuare e indirizzare con maggiore precisione anche una eventuale terapia farmacologica ma non ancora per organizzare tutto questo nel complesso di tutto le procedure dell'intervento. L'organizzazione delle nostre idee, dei dati a cui noi diamo importanza, del modo in cui li organizziamo e come li traduciamo in intervento, sono significativi e fanno la differenza. È importante che noi teniamo presente il livello biochimico fino a quello della relazione con le figure significative o con i propri

significati personali più astratti, però il punto è in che modo li ordiniamo nella nostra testa e quindi cosa diciamo alla paziente, in che modo le proponiamo i nostri interventi o le nostre indicazioni, come costruiamo la relazione terapeutica entro la quale proporre l'intervento. L'attenzione è comunque su come tradurre in comportamenti le idee del terapeuta: l'ordine che abbiamo dato a tutti gli elementi che abbiamo preso in considerazione.

Dunque, condividendo totalmente che la convocazione iniziale e la successiva presenza nella terapia, della famiglia è inversamente proporzionale al livello di meta cognizione raggiunta, questa famiglia ci dice subito qual è il problema: sia Petra con il suo comportamento, la sua facile diagnosi a prima vista sia il fatto stesso che viene accompagnata dai genitori. Io li avrei accolti tutti immediatamente, li avrei accolti nella stanza, l'hanno accompagnata (nella mia testa avrei lavorato sull'attachment, gli stili di attaccamento etc. immaginando che qualche cosa deve essere andato storto nello sviluppo dell'unione, e del distacco tra queste persone). Avrei assolutamente iniziato con un apprezzamento positivo dell'essere venuti in tre, dando per scontato -per quella che è la mia pratica, la mia esperienza, il mio modo di dare significato alle cose, quello che so in termini di organizzazione di significati personali del tipo disturbo alimentare - che con ogni probabilità queste persone hanno un tema, diciamo così che ha a che fare con la loro idea di essere impotenti, di non avere risorse o non sapere cosa fare, quindi anche di fallimento. I genitori portano la paziente come se dicessero "tenga, abbiamo questa cosa complicata, difficile, che ci fa soffrire, non sappiamo che farcene, siamo impotenti, veda lei". "I genitori quanto sono d'accordo funzionano"- avrei cominciato col dire, amplificando per quanto si può il loro senso di autostima, immaginando che l'autostima dei genitori corrisponde ad una bassa autostima della paziente. Avrei quindi immediatamente lavorato sull'autostima di tutti, traducendo in positivo il senso di impotenza di tutti e affrontando così tacitamente l'idea di inadeguatezza che probabilmente Petra, senza rendersene conto, mantiene al suo interno. Quindi avrei detto "molto brava Petra, che ti sei fatta accompagnare", come se capisse che ha bisogno di aiuto e che i genitori le vogliono bene. Iniezioni di ridefinizione in positivo, in termini di "perturbazione strategicamente orientata" del fatto che lei, per la persona che è potrebbe pensare come auto squalificante, mortificante, il fatto che si fa accompagnare dai genitori, e su questo agire un atteggiamento border come abbiamo visto. Dirle che lei è molto brava, che è molto intelligente nel capire che ha bisogno di aiuto, significa già aver fatto un passo avanti e quindi iniziare con una serie di iniezioni di auto qualifica, laddove immagino che tutti funzionino con la auto squalifica.

La mia attenzione mentre lavoro con tutti e tre dai primi 5 minuti, è naturalmente all'organizzazione dei significati e delle relazioni interpersonali di tutti e tre. Così conduco il colloquio facendomi raccontare la storia, la storia di tutti, cercando di capire quanto di queste parti di storia sono condivise e quanto siano apparentemente contrastanti, quanto non si riesca a fare una storia condivisa.

L'inadeguatezza dei genitori, il conflitto più o meno esplicito tra madre e padre, e mentre mi faccio raccontare la storia ogni tanto intervengo ridefinendola, dando la possibilità a tutti di accettare il punto di vista di ognuno ma avere una lettura condivisa, e al tempo stesso modificare un po' e relativizzare – fare una metacognizione – rispetto alla loro posizione precedente. "I genitori non potevano fare altro di quello che hanno fatto, come Petra non poteva fare altro di quello che ha fatto e che questo ha suscitato fraintendimenti tra loro", posso anche esplicitamente dire, non si tratta di colpe o di malattie. Continuerei il lavoro occupandomi dei livelli gerarchici relazionali di questa famiglia: Petra inizia a comandare, con il sintomo ovviamente o con una serie di sintomi, e ciò richiede che il terapeuta abbia chiari in testa le relazioni e i confini per cercare di

costruirli altrettanto chiari e adeguati nella famiglia, funzionali nel momento in cui loro mostrano di non funzionare. Continuerei fino a sottolineare l'aspetto coercitivo del comportamento di Petra, quando Petra alza il tiro, con la scuola eccc. Lo definirei esplicitamente un comportamento che dice "fattemi fare come mi pare ma senza altro mettetemi un limite/contenimento". Quindi ridefinirei il comportamento di Petra, il suo comportamento coercitivo nei confronti dei genitori, come una ricerca di argine, di definizione di ruoli. Un'unica possibilità di cominciare è iniziare a costruire quella meta cognizione che non c'è, quella mentalizzazione che ci sembra insufficiente rispetto ai livelli di sviluppo.

'I genitori ad un certo punto hanno gettato la spugna', avrei detto e ridefinito mentre mi raccontano la storia, dichiarandolo in modo esplicito, dicendo " si capisce che non ce la fate più" e che lei Petra, a sua volta ha un senso di abbandono e di colpa. Si sente un'altra volta abbandonata e i genitori si sentono non gratificati rispondendo "l'abbiamo accompagnata, la manteniamo pure", ma lei si sente in colpa rispetto a queste cose e si sente ulteriormente abbandonata. Un' autoreferenziale perpetuazione dei significati iniziali del sentimento reciproco: siamo di fronte a genitori che fanno ancora i genitori e non i nonni. Quindi è un tema semplice da comunicare, perché mentre stiamo dicendo tutte queste cose, non posso parlare a queste persone di mentalizzazione ad es., loro parlano una lingua più semplice e quindi bisogna usare un linguaggio comprensibile a tutti, potrebbero capire tutti che questi genitori non fanno i nonni mentre è ora di farlo e in questo momento sto anche dicendo a Petra che dovrebbe fare la madre: sto dicendo molte più cose.

A questo punto entriamo in tutta l'analisi della disorganizzazione dell'attaccamento in termini evolutivi, al tema dell'abbandono, dell'adozione e quant'altro, tutti i dati che si stanno organizzando intorno a questo contenuto di inadeguatezza, di non amabilità che poi è il contenuto portante dei disturbi della condotta alimentare. Certi temi depressivi sicuramente esistono ma non sono primari: una condizione laddove l'attaccamento è stato minacciato o non ha avuto la possibilità di realizzarsi adeguatamente in una sorta di ordine, appunto di organizzazione, si esprime nei termini di personalità del border. Quindi in tutti una esternalità del giudizio nella impossibilità di organizzare un attaccamento; l'attaccamento organizzato serve di passaggio al fanciullo, poi adolescente dalla esternalità del giudizio ovvero un'importanza totale data dai genitori, agli adulti ad una elaborazione interna. Una differenziazione di questo tipo è quella che facilita la mentalizzazione. Tutti temi che il terapeuta ragiona e analizza per poterli proporre e facilitare nel paziente.

Il fil rouge sempre presente e mai dimenticato è la qualità della relazione terapeutica, credo di poter condividere quello che il collega ha detto poco fa come il paziente si appoggia al terapeuta e come il terapeuta asseconda questo appoggio. La reciprocità relazionale, che è continuamente misura della diagnosi, misura dell'assessment e misura anche dell'intervento. Qui il lavoro sarebbe quello di rafforzare i genitori mentre rafforziamo anche la paziente, ovvero costruire un contesto per avviare una terapia individuale e mi sembra necessario partire laddove non c'è meta cognizione, con una contestualizzazione familiare dalla quale iniziare a facilitarla in maniera concreta e condivisa.

'Petra non fa la madre', una contenzione della sua ribellione, del suo sintomo, in termini di incoraggiamento e sul fatto che può farcela, sul fatto che non c'è nessun colpevole, è ciò che bisognerebbe riuscire a fare; il terapeuta qui non deve fare il moralista, non deve essere giudicante, non deve patteggiare con nessuno.

Un'attenzione anche verso il compagno gangster, meriterebbe una menzione e con questa una ridefinizione: "l'uomo forte, come necessità di Petra di cercare la forza

dall'esterno perché lei non ce l'ha", e non dall'interno. E quindi il gangster è il prototipo dell' uomo forte per tutte la fanciulle quando sono ancora fragili e che poi dovranno drammaticamente capire che l'uomo forte non esiste. Quindi il colmare un vuoto, un'inadeguatezza, che può essere concretamente esplicitata nei temi dei disturbi alimentari, quella che introduce il senso di colpa, quella che definisce il disturbo nei termini comportamentali.

Per arrivare ad una ri-narrazione della storia di Petra che ci consenta a questo punto un lavoro individuale con lei, che è un lavoro cognitivo, ma anche un lavoro sistemico seppure possiamo abbandonare l'idea del sistema famiglia presente sempre in seduta, se ci siamo mossi correttamente e abbiamo stabilito una relazione con tutte e due gli aspetti. Inizialmente la terapia cognitiva post-razionalista orientata in termini di processi sistemici autoreferenziali, potrebbe partire dal proporre alla paziente una attenta auto-osservazione perché acquisti coraggio, consapevolezza e auto-qualifica a parlare di sé, ad accorgersene e a ragionare su se stessa; dal punto di vista post razionalista si userebbe lo strumento-tecnica della moviola in modo tale che il paziente impari a guardarsi dentro, a raggiungere la meta cognizione in termini di relazione interpersonale e sui propri pezzi individuali, un progressivo spostamento di focus. Abbiamo visto come le prime sedute sono sempre familiari, poi l'intervento diventa individuale e ogni tanto la vediamo con i genitori perché anche metaforicamente stiamo facendo una ricostruzione, un passaggio dalla dipendenza, dall'attaccamento – se pure conflittuale- alla autonomia, al distacco.

Una fase iniziale di questo obiettivo dell'intervento potrebbe consistere nel dare ai che i genitori il compito di insegnare a Petra di fare la madre, in modo che-raggiungendo livelli più astratti di immagine di sé- Petra glielo lasci fare, assuma quindi rispetto a loro, una sorta di down da lei volontariamente deciso: Petra che entra nella possibilità di consentire ai genitori di essere suoi insegnanti, mentre lei mantiene comunque la gestione, quindi di nuovo tornare a Petra dando la possibilità di intervento ma di ottenere anche un iniziale sostegno. Lavoriamo su tutti i meccanismi di attaccamento e sulla loro contestualizzazione. Petra consente ai genitori di fare i nonni, questo significa che lei deve fare la madre e Petra costruirà così la sua autonomia dandosi confini, mentre nel lavoro su se stessa -e torniamo alla meta cognizione- e come vedete in tutto questo svolgimento è necessario tenere presente questo suo bambino di 4 anni, che nella testa del terapeuta, in quanto minore, ha diritto forse più di tutti di essere tutelato e del fatto che il terapeuta ricostruisca come può l'ambito dove questi possa crescere.

Bibliografia

Cimbolli P, Foderaro M., La Prova A., De Vita L., Ferrari A., Nicolai R., Vania A., De Pascale A. (2005) *Un modello integrato sistemico-cognitista post-razionalista dell'equipe multidisciplinare per l'obesità pediatrica*, in Società Italiana di Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva: *Giornate Capresi di Terapia cognitivo-comportamentale "Per una terapia integrata: approcci farmacologici e psicoterapeutici a confronto"*.

La Prova A., De Vita L., Cimbolli P., Loredano C., De Pascale A. (2005), *L'autostima: tema centrale dell'organizzazione di significato personale nei disturbi della condotta alimentare (dca) e nella conduzione di un gruppo di pazienti in un day hospital*, in Società Italiana di Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva: *Giornate Capresi di Terapia cognitivo-comportamentale "Per una terapia integrata: approcci farmacologici e psicoterapeutici a confronto"*

La terapia centrata sulla Persona nel caso di Petra

Alberto Zucconi, psicologo, psicoterapeuta, presidente dell'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP)

azucconi@iacp.it

Nel nostro paradigma la qualità della relazione psicoterapeuta–cliente è centrale. Non potrebbe essere altrimenti visto che la Psicoterapia Centrata sul Cliente è stato in ordine cronologico il primo approccio psicoterapeutico formulato con il paradigma olistico/sistemico.

Come già ampiamente elaborato dalla storia e dalla sociologia della scienza, il paradigma olistico/sistemico è stato formulato per superare i limiti del paradigma meccanicistico–riduzionistico. Nel nuovo paradigma la relazione è la chiave di lettura fondamentale per la comprensione di qualsiasi organismo.

Tale comprensione, definita anche ecologica, nasce alla fine degli anni venti con la rivoluzione della fisica quantistica per poi essere applicata alla biologia e, negli anni quaranta, inizia a manifestarsi nel campo della psicoterapia attraverso l'opera di Rogers. (Rogers, 1942, 1946, 1957, 1959, 1961, 1965, 1977); (Rogers e Coulson, 1968); (Zucconi, 1982, 1986, 2001, 2003, 2008a, 2008b, 2009); (Kirschenbaum, 1979); (Zucconi, 1986); (Kirschenbaum e Henderson, 1989);

Ogni approccio psicoterapeutico si basa su una specifica visione della natura umana dalla quale deriva la visione di come viene generata la disfunzione (eziopatogenesi) e di come si riacquista un migliore funzionamento dell'individuo (salute mentale). Nella Psicoterapia Centrata sul Cliente la capacità di contatto dell'organismo con la sua natura è fondamentale: avere piene capacità di contatto con se stessi, gli altri ed il mondo è per Rogers sinonimo di salute mentale e di pieno sviluppo delle potenzialità (congruenza). Rogers ha una visione della natura umana secondo cui l'organismo umano è dotato, al pari di tutti gli altri organismi viventi, di una innata tendenza all'autoconsapevolezza e all'autoregolazione. Per Rogers la disfunzione insorge se l'organismo divorzia da se stesso. Se nel periodo neotenoico, il bambino, esperisce un clima relazionale non accettante da parte dell'agenzia parentale e da persone ad egli significative, introietterà una modalità di valutazione esterna che lo metterà in guerra con se stesso facendogli progressivamente perdere il contatto con il focus interno di valutazione. (Prouty, 1990) (Zucconi e Dattola 2007).

Naturalmente le relazioni umane includono le molteplici dinamiche relazionali che l'individuo ha con sé stesso, gli altri ed il mondo nell'ambito della realtà socialmente costruita in cui è nato e cresciuto ed istruito; nella realtà in cui la persona vive, si relaziona, percepisce e soddisfa - in maniera più o meno efficace - i suoi bisogni fondamentali e attualizza le sue innate potenzialità.

Centrale nella visione rogersiana è come la persona costruisce la propria esperienza. L'epistemologia della Psicoterapia Centrata sul Cliente è fenomenologica. Dall'epistemologia rogersiana scaturiscono le sue specifiche strategie di promozione del cambiamento basate sull'empowerment della persona del cliente.

Per noi la qualità della relazione tra psicoterapeuta e cliente è fondamentale, si potrebbe asserire che una efficace alleanza terapeutica non è solo il mezzo ma anche il fine. (Horvath e Greenberg, 1986, 1994); (Lingiardi, 2002)

“La Terapia Centrata sul Cliente ci ha portato ad adottare il campo fenomenico del cliente come base per capirlo veramente. Nel cercare di entrare nel suo mondo interiore noi ci

troviamo in posizione di vantaggio per capire le dinamiche della personalità. Ci accorgiamo che il suo comportamento diviene più comprensibile se messo in relazione al suo modo di percepire la realtà.”

Carl Rogers, Client Centered Therapy (1951).

Per noi è molto importante comprendere come la persona esperisce la propria realtà: se riusciamo a capire come le persone vivono la loro esperienza, possiamo comprenderle meglio. Questo è un approccio centrato non sul problema specifico, ma sull'aiutare la persona a sviluppare di più le proprie innate capacità, ad entrare più in contatto con se stessa. Rogers è stato il primo a creare, negli anni 40, un approccio con una visione sistemica in cui l'aspetto fondante è proprio il contatto con se stessi, gli altri e il mondo che porta a sviluppare in pieno quelle che sono le innate tendenze di ognuno: auto-consapevolezza e auto-regolazione. Ovviamente come in tutti i gli approcci psicoterapeutici esiste il concetto di patologia o disfunzione.

La patogenesi è generata dal divorzio dell'organismo dal suo centro di valutazione dell'esperienza, dall'alienazione dalla sua natura e quindi dalla perdita di contatto con i propri bisogni fondamentali e conseguentemente anche dalla possibilità di soddisfarli in modo funzionale. Il disagio psichico è la risultanza del processo attraverso il quale l'organismo nega parti dell'esperienza, mentre il percorso di cambiamento consiste nel riconquistare la possibilità che le parti negate siano accettate nella consapevolezza.

Alcuni aspetti della nostra teoria: ognuno di noi è totalmente immerso nell'esperienza attuale, cioè non viviamo nella realtà, viviamo nella nostra percezione della realtà, viviamo nell'esperienza. Il modo migliore per comprendere una persona è cercare di capire la sua esperienza attraverso la sua cornice di riferimento interna e non dalla nostra.

“Punto focale è l'individuo, non il problema. Lo scopo non è quello di risolvere un problema particolare, ma di aiutare l'individuo a crescere perché possa affrontare sia il problema attuale, sia quelli successivi in maniera più integrata.”

Carl Rogers, 1942 (Trad. It. Psicoterapia di consultazione Astrolabio, Roma, 1971)

Il ruolo del terapeuta centrato sul cliente non è tanto basato sul fare ma sull'essere perché il nostro è un progetto di azione terapeutica che si attua attraverso la qualità della relazione. Viene offerta una forma di contatto, una base sicura, rispettosa ed empatica affinché l'organismo del cliente possa ristabilire il contatto perduto con se stesso, rimpossessarsi della sua “bussola” e trovare la strada per tornare finalmente a casa propria. A casa nelle sue emozioni, nel suo corpo, nel corpo sociale, nel suo mondo, nella sua vita. (Vaccari e Zucconi, 1988a, 1988b, 1998, 2007).

Questo per il cliente non significherà entrare in uno stato beatifico di nirvana, ma più funzionalmente essere capace di amare, lavorare, giocare; poter gestire in maniera accettabilmente efficace gli stressori ordinari e straordinari, poter percepire e saper soddisfare i bisogni fondamentali e saper apprendere dalla propria esperienza.

Adesso prima di condividere quello che ho pensato leggendo la vignetta clinica su Petra inviatami – voglio ringraziare per l'invito i colleghi Stefania Borgo e Lucio Sibilia e la loro scuola che promuove questi stimolanti incontri tra esponenti dei vari paradigmi dove ognuno di noi può imparare dagli altri, e vedere come le varie epistemologie hanno dei

punti in comune ed anche delle differenze e come queste cambiano l'oggetto della relazione conoscitiva e conseguentemente anche alcuni aspetti dei processi e dell'azione terapeutica.

La prima cosa che ho pensato leggendo la descrizione clinica è stata: io non posso parlare di Petra. Non l'ho mai vista, non la conosco, potrebbe anche non esistere. Esiste, invece, qualcosa di concreto, il documento che mi è stato inviato e le mie reazioni a questo.

Per me anche se ovvia questa è una premessa necessaria: la mappa non è il territorio. Questa è una consapevolezza doverosa, - non tanto qui oggi - ma ogni volta che mi trovo di fronte ad un cliente. A mio avviso ciò costituisce anche un imperativo deontologico: il ricordarsi sempre che ciò che vediamo non è il cliente ma l'interazioni complesse del fenomeno cliente con gli strumenti di osservazione da noi adottati (la visione della natura umana del nostro approccio, i nostri costrutti diagnostici, la teoria della terapia che impieghiamo etc.) e le nostre capacità di relazionarci in questo momento della nostra vita con la persona di questo specifico cliente.

Rogers ha posto in guardia la professione dai pericoli di reificazione insiti nell'uso eccessivo di etichette diagnostiche che possono produrre delle vere e proprie profezie auto avveranti

“Se accetto l'altra persona come qualcosa di rigido, di già diagnosticato e classificato, già formato dal suo passato, contribuisco a confermare questa ipotesi limitante. Se l'accetto come un processo in divenire, contribuisco, invece, nel limite delle mie possibilità, a confermare e a rendere reali le sue potenzialità.” Carl Roger 1951, (Trad. it. Terapia Centrata sul Cliente La meridiana, Molfetta, 2009)

“La scienza naturale non descrive e spiega semplicemente la natura, essa è una parte dell'azione reciproca fra noi e la natura, descrive la natura in rapporto ai sistemi usati da noi per interrogarla”

Werner Heisenberg 1958, (Trad. it. Fisica e filosofia, Mondadori, Milano, 1998)

Ritengo quindi doveroso illustrare brevemente quali sono le mie premesse che, ovviamente come tutte le premesse di ogni approccio, colorano sia la relazione sia i risultati di tale relazione con il cliente.

Come già accennato, ogni psicoterapia si basa sulla visione della natura umana da cui discende, la visione di come viene generata la disfunzione (eziopatogenesi) e di come si riacquista un migliore funzionamento (salute mentale). Nella Psicoterapia Centrata sul Cliente la capacità di contatto dell'organismo con la sua natura è considerata fondamentale: avere piena capacità di contatto con se stessi, gli altri ed il mondo è per Rogers sinonimo di salute mentale (congruenza) e di sviluppo ottimale delle potenzialità.

Rogers ha una visione della natura umana olistico/sistemica in cui l'organismo umano è dotato, al pari di tutti gli altri organismi viventi, di una innata tendenza all'autoconsapevolezza e all'autoregolazione. L'eziopatogenesi: quando l'organismo non è più in contatto con se stesso, perde il contatto con il suo locus interno di valutazione e questo perché nel periodo neotenoico, vivendo in un clima relazionale NON accettante, introietta modalità di valutazione esterne.

L'epistemologia e l'ermeneutica di Rogers co-costruiscono con il cliente una narrativa centrata sullo sviluppo del potenziale umano.

La relazione terapeutica secondo Rogers è basata sulla fiducia nell'organismo del cliente, sulla salute e non sulla malattia; in sostanza sull'empowerment.

Qui di seguito indicherò dei marker che noi utilizziamo nell'analisi della relazione e del processo psicoterapeutico e le domande che ci poniamo nella nostra azione ermeneutica. Per ristrettezza del tempo a disposizione ne illustrerò solo alcuni, chi è eventualmente

interessato ad approfondire può consultare il noto libro di Rogers Terapia Centrata sul Cliente che abbiamo appena pubblicato nella nostra collana Persone della casa editrice La meridiana con una nuova e più accurata traduzione oppure il mio capitolo sul libro La relazione che cura che ho realizzato con Piero Petrini per Alpes Editore.

La teoria della personalità e del comportamento di Rogers si basa sui seguenti presupposti:

Ogni persona vive in un mondo esperienziale in continua trasformazione di cui essa è il centro..

L' organismo reagisce a questo campo fenomenico così come viene vissuto e percepito. Questo campo fenomenico è per l'individuo la "realtà...

L' organismo ha una tendenza fondamentale a realizzare, conservare e sviluppare l'organismo stesso e la sua esperienza..

Il comportamento è fondamentalmente il tentativo finalizzato dell'organismo di soddisfare i propri bisogni come li vive, muovendosi nell'ambiente così come esso viene percepito.

Le emozioni accompagnano e facilitano tale comportamento finalizzato; e l'intensità dell'emozione si trova in relazione al significato percepito che un comportamento ha per il mantenimento ed il miglioramento dell' organismo.

Il punto migliore per capire un comportamento si trova all'interno del quadro di riferimento dell'individuo stesso.

Il Sé si sviluppa attraverso un processo di differenziazione: Una parte del campo percettivo globale si differenzia gradualmente assumendo la forma del sé.

In seguito all'interazione con l'ambiente e soprattutto in seguito all'interazione con gli altri nella valutazione si forma la struttura del sé, la rappresentazione concettuale organizzata, si tratta di un insieme fluido ma coerente di percezioni di attributi e di relazioni dell'"io" o del "me" e dei valori annessi a quegli attributi e relazioni.

I valori attribuiti alle esperienze e i valori che appartengono alla struttura del sé derivano talvolta dall'esperienza immediata dell'organismo ed altre volte sono valori altrui introiettati e falsamente percepiti come vissuti nella propria esperienza immediata.

Le esperienze che vengono vissute da una persona sono:

simbolizzate, percepite e poste in qualche relazione con il sé oppure

ignorate in quanto non viene percepita alcuna relazione tra esse e la struttura del sé, oppure

sottratte alla simbolizzazione o simbolizzate in modo distorto in quanto vengono percepite come incongruenti con la struttura del sé.

La maggior parte dei modi di comportarsi adottati dall'organismo sono coerenti con il concetto di sé.

In alcuni casi il comportamento può essere determinato da esperienze organismiche e dai bisogni non simbolizzati. Questi comportamenti possono essere incongruenti con la struttura del sé, ma l'individuo non li riconosce come propri.

Il disagio psicologico si manifesta quando l'organismo impedisce la consapevolezza di esperienze sensoriali e viscerali significative che, di conseguenza, non vengono simbolizzate ed organizzate nella propria struttura del sé. Questa situazione è la base per una tensione psicologica.

Per contro, la salute mentale o congruenza è la capacità di contatto dell'organismo con tutte le sue parti: si ha benessere psicologico quando il concetto di sé è tale che tutte le esperienze sensoriali e viscerali dell' organismo sono o possono essere simbolizzate in armonia con il concetto di sé.

Ogni esperienza dissonante con l'organizzazione o la struttura del sé può essere percepita come una minaccia e più vi sono tali percezioni, più la struttura del sé, per mantenersi, si struttura in modo rigido.

In alcune situazioni, innanzitutto quella in cui non vi è alcuna minaccia alla struttura del sé, anche esperienze con essa dissonanti possono entrare nella sfera della consapevolezza e venire esaminate ed in tal caso la struttura del sé si modifica per potere assimilare e contenere tali esperienze.

Quando l'individuo percepisce ed accetta tutte le proprie esperienze sensoriali e viscerali in un sistema egosintonico integrato, aumenta la sua capacità di capire gli altri e di accettarli come individui separati.

Man mano che l'individuo percepisce ed accetta nella propria struttura del sé una parte maggiore delle proprie esperienze organismiche, egli si accorge che sta rimpiazzando l'attuale sistema di valori, così ampiamente basato su introiezioni simbolizzate in modo distorto, con un processo valutativo organismico”.

Carl Rogers, Client Centered Therapy (1951)

Teoria della terapia

Nella Psicoterapia Centrata sulla Persona non ci si concentra sulla malattia, sulla psicopatologia, sul problema ma sullo sviluppo del potenziale di autoregolazione e di autorealizzazione. Non è un modo specifico di fare ma è radicato in un particolare modo di essere:

Essere capaci di centrarsi sulla persona (l'altro)

Essere capaci di rispettare profondamente l'altro senza giudicarlo

Essere capaci di comprenderlo empaticamente

Avere il coraggio ed essere capaci di essere autentici, congruenti

Il processo terapeutico è teso a promuovere una maggiore congruenza con il ripristino delle naturali capacità di autoconsapevolezza e autoregolazione dell'organismo. Ciò avviene promuovendo una maggiore congruenza tra il sé organismico, sé ideale ed il sé percepito. Attraverso un clima facilitante che permette di abbassare le difese e ristabilire un maggiore contatto con il proprio organismo, si ristrutturano le modalità di costruire la propria esperienza e quindi di aumentare il livello di congruenza in modo che l'organismo, grazie ad un migliore e più funzionale contatto con sé stesso – gli altri ed il mondo, possa percepire e soddisfare i propri bisogni in maniera costruttiva. Ciò avviene attraverso esperienze emozionali correttive, insight e ristrutturazione dei costrutti.

I marker che usiamo nel processo di supervisione a mio parere illustrano chiaramente la nostra ottica, questa è una traccia per la presentazione dei casi clinici che ho formulato (Zucconi 2004)

Setting di questa psicoterapia :

1. pubblico

2. privato.....

3. Perché la persona è venuta da me?

4. Perché in questo momento della sua vita?

5. Come è arrivata a me? Con che tipo di invio?

6. Quale immagine il cliente ha di sé, della causa dei suoi problemi e qual è la sua visione del mondo in generale? I suoi valori fondamentali?

7. La mia visione del mondo ed i miei valori differiscono in modo sostanziale da quelli del mio cliente?

8. Sono stato capace di fare una efficace analisi della domanda?

9. Ho preso un'efficace decisione sul trattamento di elezione?

10. Esistevano ed esistono buoni motivi per richiedere una consultazione con uno psichiatra?

11. Quale è il mio ruolo in questa situazione?

12. Il cliente è realmente motivato al cambiamento o viene per raggiungere altri obiettivi?
13. Cosa spera di ottenere il cliente con questa terapia?
14. Che risultati io spero di ottenere con questo cliente?
15. Qual è l'attuale livello della nostra alleanza su una scala da zero a dieci?
16. La nostra alleanza ha subito degli strappi? perché? sono stati riparati efficacemente?
17. Perché presento questo caso in supervisione?
18. Cosa vorrei ottenere attraverso questa supervisione?
19. Quali problemi incontro come persona e come psicoterapeuta nel facilitare il processo di autoconsapevolezza ed autoregolazione (cambiamento) di questo cliente?
20. Cosa mi dà soddisfazione in questa relazione psicoterapeutica?
21. Cosa penso di avere fatto bene?
22. Cosa vivo con fastidio e insoddisfazione?
23. Cosa penso di non avere fatto bene? eventuali errori? li ho corretti efficacemente? come?
24. Ho fiducia nella possibilità di cambiamento di questo cliente?
25. Ho dei risentimenti verso il cliente? verso me stesso? verso altri connessi con questo caso?
26. Cosa avrei potuto fare meglio con questo cliente?
27. Il mio livello percepito di efficacia con questo cliente è uguale, inferiore o superiore al mio livello di efficacia percepita con altri clienti?
28. Ho la sensazione che esista un'impasse nel processo psicoterapeutico?
29. Ci sono inquinamenti del setting? quali? che fare al riguardo?
30. Il contratto è rispettato dal cliente? da me lo psicoterapeuta?
31. Ho una chiara visione del processo terapeutico? dove siamo attualmente?
32. All'inizio della terapia esistevano sintomi e motivi per richiedere accertamenti clinici diagnostici? sono stati eseguiti e con quale esito?
33. Esistono sintomi e motivi per richiedere nuovi accertamenti diagnostici oggi?
34. Esistevano e/o esistono motivi per fare una valutazione del rischio suicidiario? altri rischi?
35. Ho già attivato una efficace rete sul territorio in cui opero per fare eventuali invii (servizi sociali, psichiatria etc)?
36. Se dovessi ricominciare da zero con questo cliente, cosa rifarei e cosa cambierei? Come percepisco questo cliente rispetto alle seguenti variabili:
37. Livello di motivazione al cambiamento
38. La struttura di personalità del cliente ed il suo processo di cambiamento- riesco a percepire dove è oggi (quale stadio del processo secondo Rogers)? dove era all'inizio della terapia?
39. Modo di costruire la sua esperienza (costrutti personali)
40. Capacità apertura e di apprendimento dall'esperienza
41. Che livello di contatto ha il cliente con i propri sentimenti? (il mio cliente prende dei farmaci che possono modificare la sua capacità di contatto?)
42. Eventuale presenza di fragilità e disfunzioni gravi (psicopatologiche)
43. Livello delle difese (grado di incongruenza)
44. Come il mio cliente vive ed affronta i suoi problemi? egosintonico o distonico? si sente una vittima e dà la colpa agli altri ed al mondo? si vede come parte attiva nei problemi? è disposto ad imparare dai suoi errori, riboccarsi le maniche e cambiare ciò che può in modo realistico?
45. Quali modalità adotta nelle sue relazioni interpersonali?
46. Qual è la sua capacità di vivere ed accettare le esperienze immediate?
47. La sua capacità di autorivelazione?

48. La sua capacità di mettere in discussione i propri schemi di riferimento?
49. Come risponde alle miei strategie di empowerment ?
50. Qual è il suo contatto con la realtà ? Quale è il grado della soddisfazione funzionale dei suoi bisogni?
51. Il suo livello di autoefficacia?
52. Ci sono delle aree in cui il cliente affronta più efficacemente i propri problemi?
53. la sua capacità di percepire i suoi bisogni, scegliere le priorità del momento e arrivare alla soddisfazione dei bisogni in modo efficace per se e non distruttivo per altri?
54. Qual'era la qualità e quantità del suo gruppo di supporto sociale all'inizio della terapia? oggi?
- Io, psicoterapeuta in relazione con questo cliente :
55. Il mio livello di fiducia nelle sue possibilità di cambiamento?
56. Il mio livello di rispetto profondo ? l'assenza di pregiudizi?
57. La mia capacità di comprensione empatica?
58. Il mio livello di congruenza/trasparenza con questo cliente ?
59. La qualità della nostra alleanza terapeutica ?
61. La mia capacità di sostenere il suo cambiamento?
62. Facciamo insieme il punto del processo, dei traguardi raggiunti e delle sfide che ci attendono?
63. La mia capacità di promuovere empowerment e responsabilizzazione con questo cliente è simile a quella che ho con gli altri clienti? migliore? peggiore? perché?
64. Riesco a comunicare con lui mettendomi al suo livello di competenza linguistica?
65. Ho una chiara percezione del processo del cliente?
66. Ho chiaro a che punto del processo ha iniziato la terapia?
67. Percepisco il mio eventuale livello d'incongruenza con questo mio cliente? Qual è?
68. Qual è la mia capacità di autorivelazione con questo cliente?
69. Quali sono le aree in cui il cliente affronta poco efficacemente i suoi problemi? Io ho dei problemi personali in queste stesse aree?
70. Qual è la sua capacità di mettere in discussione i propri schemi di riferimento?
71. Quali schemi di riferimento eventualmente ha già messo in discussione?
72. Ha ristrutturato in modo più realistico e flessibile gli schemi di riferimento che ha già messo in discussione? Quali?
73. Qual è la modalità con cui il mio cliente si relaziona con gli altri?
74. Ci sono relazioni con cui il cliente si relaziona meglio? quali fattori influenzano il mio cliente quando ha una migliore relazione interpersonale?
75. Che tipo di relazione interpersonale il mio cliente ha con me, il suo terapeuta? è migliorata dall'inizio della terapia?
76. Qual è la capacità del cliente di percepire i propri bisogni fondamentali?
77. Qual è la sua capacità di soddisfare i propri bisogni?
78. Quali bisogni attualmente riesce a soddisfare? Ha avuto un progresso in questo ambito dall'inizio della terapia?
79. Qual è la capacità del mio cliente di stabilire degli obiettivi realistici? è migliorata dall'inizio della terapia?
- Il mio cliente ha un gruppo di persone (familiari, amici etc) a cui rivolgersi per chiedere aiuto?
- Il supporto sociale per il mio cliente è aumentato o migliorato dall'inizio della terapia? Con quali modalità il mio cliente ha aumentato il suo supporto sociale?
- Quando è nel bisogno il mio cliente sa chiedere aiuto? E' migliorato in ciò dall'inizio della terapia?

Qual è la capacità di auto-contenimento del mio cliente? Se la sua capacità di auto-contenimento è troppo bassa o troppo alta, è più funzionale uguale o meno funzionale dall'inizio della terapia?

Qual è il suo livello di sopportazione delle frustrazioni di questo cliente? se troppo basso o troppo alto è migliorato dall'inizio della psicoterapia?

Qual è il livello di auto accettazione del mio cliente? e di accettare gli altri? E' migliorato in questi due aspetti dall'inizio della terapia?

Quanto accetto veramente il mio cliente? ed il mio cliente percepisce il mio livello di accettazione nei suoi confronti?

Qual è la capacità del mio cliente di ascoltarsi in modo empatico? e di ascoltare e capire gli altri? E' migliorata la sua capacità dall'inizio della terapia?

Qual è il livello di autostima del mio cliente? dall'inizio della psicoterapia c'è stato un miglioramento o peggioramento?

Quali costrutti bloccano il mio cliente dall'avere una maggiore autostima?

Quali persone il mio cliente stima di più? e per quali motivi?

Il mio cliente nutre sincera stima nei miei confronti? perché?

Per il mio cliente quale è il livello e le modalità di comunicazione di se stesso in un clima accettante?

93. Quanto contatto reale ho con questo cliente? se giudico scarsa la qualità di contatto con questo cliente, quali motivi la rendono tale?

94. In questo periodo della mia vita qual è il livello di contatto che ho con me stesso e con il mio processo?

95. Quali altre variabili credo di dover considerare per una facilitazione efficace di questo processo?

96. Se ho dubbi su questo caso mi avvalgo di peer-supervision e di supervisione clinica a sufficienza? in caso di risposta negativa perché?

97. Se mi domando cosa farei di diverso se dovessi ricominciare di nuovo, scopro altre opportunità terapeutiche?

98. Cosa ho appreso dalla presentazione di questo caso che possa essere utile a me come persona e come terapeuta per:

A) il mio lavoro futuro con questo cliente

B) il mio lavoro clinico in generale

Ho bisogno di sviluppare ulteriormente le mie capacità nell'ambito del sapere, saper fare, saper essere? Quali? Cosa posso fare per colmarle?

99. Alla fine di questa supervisione sento che ci sono dei punti che non sono riuscito a chiarire?

100. Ho qualche motivo di insoddisfazione? con me stesso, con il supervisore? altri? Perché?

Il caso di Petra:

L'ovvia premessa è che qualsiasi descrizione di un caso clinico fatta da qualsiasi psicoterapeuta in qualsiasi cultura, società e periodo storico è un'azione ermeneutica che da un lato è:

una costruzione dell'esperienza da parte del professionista della persona denominata cliente o paziente, a seconda dell'ottica adottata dal clinico ed influenzata dal tipo di approccio di cui lo psicoterapeuta è un'esponente, dalla personalità specifica dello psicoterapeuta, dal presente livello di capacità di contatto interpersonale che lo psicoterapeuta ha nel periodo in cui stabilisce una relazione psicoterapeutica con lo specifico cliente. Dall'altro lato c'è l'utente, le sue percezioni, aspettative, stili relazionali, etc.

Un'altra premessa necessaria è che ogni professionista, per attuare l'imperativo deontologico di operare sempre in scienza e coscienza, prima di iniziare ad erogare un servizio di psicoterapia ad un cliente deve espletare efficacemente un'analisi della domanda attraverso la quale rileva dati sufficienti per stabilire che il trattamento di elezione è in effetti un trattamento psicoterapeutico, che il tipo di approccio psicoterapeutico scelto è nell'interesse dell'utente e congruente con le evidenze empiriche aggiornate, che il professionista ritiene di agire nell'interesse dell'utente accettando di esserne lo psicoterapeuta. Tutte queste dinamiche relazionali si realizzano nello specifico contenitore della realtà socialmente costruita e delle molteplici narrative e meta narrative di cui psicoterapeuta & cliente sono partecipi e dal loro livello di consapevolezza delle loro molteplici ed reciproche influenze.

Se vista secondo l'attuale visione psicopatologica (DSM IV), la persona chiamata Petra sembra presentare numerose caratteristiche ascrivibili ad un disturbo di personalità NAS (Non Altrimenti Specificati) con prevalenti tratti borderline (aggressività, rabbia, sensazione di vuoto affettivo, tendenza all'uso di sostanze) in cui predomina un quadro di disorganizzazione relazionale ed affettivo. Petra appare avere un disturbo del comportamento alimentare di tipo bulimico. Appare come una bambina che la vita ha sbalottata in situazioni per lei insicure, sembrerebbe non aver mai avuto una base sicura e come possa disperatamente cercare di colmare un vuoto terribile.

Petra non si è inserita nella famiglia adottiva ed è passata da un rapporto "socialmente a rischio" ad un altro identico, probabilmente per soddisfare il suo bisogno di affetto, di contatto.

Oggi questo bisogno, questa fame di contatto, pare prevalentemente espresso attraverso un disturbo del comportamento alimentare (comportamenti bulimici) che le ricompensano le sensazioni di vuoto affettivo ed il rischio depressivo che si riscontra con persone che presentano simili caratteristiche.

l'ipotizzabile processo psicoterapeutico:

a me Petra appare caratterizzata da un notevole bisogno di contatto sicuro, di affetto ed amore e sembra provenire da una narrativa dove le relazioni esperite sono state l'opposto di una base sicura. Petra sembra non aver introiettato figure relazionali che le hanno fornito il basilare e necessario contatto e calore umano sufficienti a farle sentire, a livello esistenziale, relazionale, psicologico, affettivo e corporeo, che lei esiste, che lei ha tutto il diritto di esistere e che è amabile. La fame di contatto sembra essere espressa non soltanto in termini bulimici, ma anche con comportamenti in cui spesso nega il bisogno o la paura di essere allontanata di nuovo. In Petra l'aspetto depressivo sembrerebbe la caratteristica rilevante. Se io fossi capace di offrirle una base sicura e Petra me lo permettesse l'eventuale processo terapeutico potrebbe essere, a mio avviso, visto come momento in cui riconoscere il bisogno di contatto e quindi, aiutarla a mentalizzare, a divenire maggiormente consapevole delle sue narrative. Per Petra sembra importante poter sviluppare una base emozionale più salda, un terreno emozionale più solido su cui costruire un nuovo percorso di vita, poter uscire dal pantano e gestire in maniera più efficace le sue energie, soddisfacendo di più i suoi bisogni. In altre parole, il nostro scopo è aiutare la persona a sentirsi anche fisicamente, in termini somatici, esistenziali, in termini relazionali, che lei esiste e che ha diritto di esistere.

Petra afferma di volere entrare in terapia per trovare un mezzo per diminuire il consumo smodato di cibo per spendere meno denaro. Sembra che con tali parole non esprima esplicitamente i suoi bisogni, incluso il suo bisogno di una relazione di aiuto. Ciò potrebbe indicare che Petra non si sente sicura di rischiare un possibile rifiuto, forse alla luce delle sue esperienze relazionali passate; appare arduo per lei potere e sapere chiedere contatto interpersonale in modo diretto. Per cui la negazione del bisogno di aiuto in

psicoterapia sembra essere un atteggiamento protettivo, una difesa di una sua eventuale fragilità. In questo caso mi sembra ancora più importante offrire accoglienza, rispetto, assenza di qualsiasi giudizio e pregiudizio, rispetto dei suoi tempi. Se sarò capace di promuovere la creazione di un clima relazionale accettante e sicuro, e se questo sarà percepito come tale da Petra si sentirà meno minacciata e più sicura, abbasserà un po' le proprie difese, e permetterà a se stessa e a me un livello maggiore di contatto.

Nel momento in cui si alza in preda alla rabbia gesticolando, credo che esprimerei comprensione empatica ed incoraggiamento ad esprimere ancora rabbia, perché sarebbe forse possibile facilitare il suo contatto con i sentimenti sottostanti di ferita, paura, abbandono, vuoto, vertigine, paura di annullamento. Questi a me sembrano i momenti di maggiore contatto.

Sembra che Petra non sia in grado di dare un nome ai suoi sentimenti prima e dopo i pasti. È importante offrirle un clima relazionale più sicuro possibile contraddistinto da un'accoglienza rispettosa, comprensiva, calda ma non invasiva. Se si abbassa il livello di minaccia si abbasseranno le difese ed il cliente potrà avere un maggior contatto con sé stessa ed lo psicoterapeuta, una lenta ma sicura strada per rientrare in possesso delle sue capacità di contatto funzionale con se stessa gli altri ed il mondo.

Io credo che sia importante comprendere che in questo cliente, così come in ogni cliente, anche se sono presenti vari aspetti disfunzionali, la persona ha fatto quello che ha potuto per sopravvivere. Questo è già qualcosa, è una forza una base su cui costruire, espandere. Mi ha colpito favorevolmente la notazione della collega che ha detto, in precedenza, di vedere anche il lato positivo di Petra, per esempio di come questa ragazza si attacchi ad un gangster. È stato a mio avviso uno sguardo empatico che ci fa capire al di là degli aspetti problematici, la forza in Petra del bisogno di trovare amore, affetto e sicurezza.

Petra sembra una persona che vive ed esprime paura, paura del rifiuto, dell'abbandono, vertigini e paura di annullamento. Non esplicita i propri bisogni neanche il bisogno ricevere dal terapeuta. A mio avviso sotto c'è la paura ancora una volta di avere un rifiuto, di ricadere nel nulla da sola. Quindi io credo che emerga una grande difficoltà, ovvero di essere in contatto con il bisogno di contatto. Il maggior contatto con sé stessa va promosso in maniera molto delicata anche in momenti relazionali nel setting molto rilevanti (lei si agita, quasi un acting out, il T. le risponde dolcemente, Petra chiede scusa e si rimette seduta).

Questo "si mette seduta" è la finestra che potrebbe portare alla mentalizzazione e anche quello "dispiaciuta" mi sembra rilevante. Da che cosa costruisce l'esperienza di essere dispiaciuta? Qui c'è a mio avviso un possibile elemento relazionale con lo psicoterapeuta.

Quando Petra si siede e chiede scusa, con una espressione cupa mi sembra che si presenti un'altra finestra di opportunità: riflettere quel dispiaciuta e le chiederei dispiaciuta di che? Forse è qui possibile aprire un momento di collaborazione ed empowerment per fare il punto della situazione e della nostra alleanza di lavoro.

Importante è riuscire a facilitare, attraverso la creazione di un clima caratterizzato da genuino rispetto profondo, comprensione empatica e genuinità del terapeuta, un luogo sicuro nel quale Petra possa rischiare lo stabilire una relazione autentica con il terapeuta.

Petra sembra capace di dare un nome ai suoi sentimenti prima e dopo i pasti, nella seduta sarebbe importante l'esplorazione di questi sentimenti e di quelli immediatamente sottostanti.

Se lo psicoterapeuta sarà capace di offrire una relazione caratterizzata dalle tre condizioni di accettazione/rispetto profondo, comprensione empatica e congruenza, tale clima relazionale sicuro potrà auspicabilmente facilitare la crescita delle capacità meta-

cognitive di Petra (ad esempio producendo una sistematica validazione dell'esperienza emotiva), e favorire l'integrazione delle rappresentazioni scisse del sé. Comprendendo e riflettendo in modo empatico tale comprensione non solo si potrà comprendere il cliente ed il suo comportamento ma anche favorirne l'autoconsapevolezza. Sarà utile percepire e favorire la consapevolezza delle modalità relazionali nella relazione psicoterapeutica, quello che viene da molti oggi chiamata l'espressione del sistema motivazionale dell'attaccamento, con l'alternanza delle rappresentazioni di sé e dell'altro come persecutore, vittima, salvatore etc - vedi disturbi di personalità. In un clima caratterizzato da una reale alleanza, reale comprensione e anche di un rapporto reale e autentico può offrire a Petra l'opportunità di rischiare di avere maggior contatto con se stessa. In un setting psicoterapeutico tenuto pulito da ogni inquinamento il maggiore contatto si traduce per il cliente in una esperienza correttiva a livello emozionale e relazionale.

A parte la vignetta clinica offerta che è necessariamente una foto statica di un cliente in un certo momento della sua vita, nella realtà del processo terapeutico sarà importante per lo psicoterapeuta essere consapevole del processo del cliente e dei suoi ritmi. Una domanda imprescindibile che certamente mi farei è: perché questa persona è venuta da me. In questo specifico caso sembrerebbe che Petra apparentemente non sia venuta per chiedere una terapia ma piuttosto come fare per risparmiare sulla spesa alimentare. Perché Petra viene da me in questo momento della sua vita, come è arrivata a me (invio), qual è la sua visione del mondo e dei suoi problemi? La visione di Petra differisce in maniera evidente dalla mia e, in tutti i casi e quindi anche in questo, mi domanderei se sono stato capace di fare una efficace analisi della domanda (nel nostro approccio l'analisi della domanda viene fatta in un colloquio oppure in un massimo di tre). È fondamentale domandarmi sempre se il trattamento d'elezione che ho deciso sia quello giusto. A volte si cambia in itinere. E qual è il mio ruolo? Quali sono gli obiettivi che mi pongo? Qual è il livello di alleanza terapeutica? Inoltre è cruciale che io mi chieda se nutro fiducia nelle capacità di cambiamento di Petra. Ho dei risentimenti verso di Petra oppure verso altri connessi a questo caso? Ad esempio: la madre che l'ha abbandonata, il compagno gangster che la picchia. E poi è importante tenere presente il pericolo di empasse. Molto spesso l'empasse è un problema generato dal terapeuta, ad esempio fare un contratto chiaro senza farlo rispettare genera confusione e successivamente può creare un'empasse. La visione del processo terapeutico, dei tanti marker, che adesso non analizzo, come il rischio suicidiario e la mia percezione di quanto il cliente sia propensa all'apprendimento (che altri chiamano la mentalizzazione), nel caso di Petra appaiono come elementi particolarmente importanti. Mi sembra inoltre rilevante comprendere i sentimenti del cliente, il livello delle sue difese (che noi chiamiamo grado di congruenza), i suoi punti di forza e le sue principali fragilità. Noi rogersiani ci focalizziamo sullo sviluppo del potenziale del cliente ma di certo non ignoriamo le disfunzionalità; dobbiamo, inoltre, come tutti i professionisti conoscere i vari DNF, le nosografie, ma stare attenti a non usarle come etichette. È altresì importante osservare le modalità di Petra nelle sue relazioni interpersonali, qual è la sua capacità di vivere, di accettare le esperienze immediate, la sua capacità di autoregolazione, la sua capacità di mettere in discussione i propri schemi di riferimento. Come risponde la cliente Petra alle mie azioni di empowerment? Il suo livello di autoefficacia e quali sono le aree in cui Petra ha dei punti di forza?

Molte domande che mi dovrò porre sono ovviamente su di me, psicoterapeuta; qual è il mio livello di fiducia nelle possibilità di cambiamento del cliente? Il mio livello di rispetto, di pregiudizi e di giudizi morali? La mia capacità di comprendere davvero questo cliente? Il mio livello di disponibilità ad essere trasparente, di apertura, la qualità dell'alleanza e la capacità di dare sostegno? (Zucconi 2004, 2005, 2006).

Noi facciamo il punto della situazione con il cliente, chiediamo a lui di condividere la propria percezione del processo, della relazione di scegliere su cosa lavorare etc. questa è una forma di empowerment ma anche un prezioso aiuto che il cliente ci offre di contatto con il suo mondo esperienziale, migliore a nostro avviso di tante batterie diagnostiche.

Per fare questo ovviamente debbo essere capace di contatto con il cliente e questo significa, a volte, poter comunicare efficacemente perché si è in grado di comunicare con competenza linguistica (Petra parla il linguaggio della mala), aver chiaro il processo e il cambiamento avvenuto fino a questo momento e le mie eventuali incongruenze. A volte si può notare che il cliente non discute mai su una particolare tematica, che guarda caso è una tematica dove anche io sono un po' carente. Non di rado mi è capitato di osservare che quando ho potuto risolvere o sbloccare una mia tematica personale, i miei clienti che prima avevano evitato di lavorare su tale tematica iniziano ad affrontarla con me nella loro seduta.

Quali schemi di riferimento ha già messo in discussione il cliente? E questi schemi vengono ristrutturati in maniera più funzionale possibile? La ristrutturazione degli schemi una volta avvenuta potrebbe non essere vista come una buona notizia.

Come sono le modalità delle relazioni con gli altri? Quali sono le relazioni interpersonali dove il cliente è più efficace e quelle meno? Qual è la capacità del cliente di percepire i propri bisogni fondamentali? Se questa persona progredisce nella percezione, acquisendo la capacità di soddisfazione dei propri bisogni vorrà dire che potrà iniziare ad accorgersi anche dei bisogni di chi le sta accanto. Monitorizzerei quindi in particolare come Petra cambia la sua relazione con suo figlio.

Qual è la capacità del cliente di stabilire obiettivi realistici e quanto il cliente sa chiedere aiuto? Anche questo mi sembra un tema pertinente. Può chiedere aiuto, cosa c'è dietro la richiesta... "sto qui perché voglio risparmiare sul conto della spesa".

Il supporto sociale: Petra ha degli amici? Il suo gruppo di supporto sembrerebbe povero. Manifesterà Petra il desiderio di stabilire nuove amicizie? Riuscirà in tale proposito? Saranno amicizie improntate alla reciprocità? In cui Petra potrà soddisfare dei suoi bisogni fondamentali? Anche questo è un buon indicatore di progresso.

La capacità di autocontenimento del mio cliente, il livello di auto accettazione ma una domanda che io penso mi devo chiedere è: "ma io questo cliente lo accetto per davvero?". È facile per me accettare tutta l'umanità sofferente del mondo; ma riesco, di fronte a questo brutto, sporco e cattivo individuo, accettarlo e vederlo come una persona degna di rispetto?

Il livello di autostima, quali costrutti nello specifico possono sbloccare il cliente per avere una maggiore accettazione e stima di se stesso e nei miei confronti, mi stima questo cliente? E perché? Anche questo è importante.

Quando si sente sicuro il mio cliente, come comunica? Quali sono le sua capacità di ascoltare se stesso? Noi sappiamo dalle ricerche e, ancora più importante, dalla nostra esperienza clinica che in una relazione psicoterapeutica con alti livelli di rispetto, empatia e congruenza, se queste tre condizioni sono percepite da un cliente motivato al cambiamento, - se non altro per trovare sollievo alla sua sofferenza - capace di contatto psicologico con il terapeuta e capace di percepire le qualità relazionali dello psicoterapeuta, tali qualità relazionali verranno introiettate dal cliente; il quale a sua volta svilupperà maggiori capacità di rispettarci, di ascoltarsi e divenire maggiormente congruente. In tal modo, a sua volta, imparerà a rispettare e comprendere altri esseri umani, ed a sviluppare meglio le sue innate capacità di amare, lavorare, giocare... vivere...

Bibliografia

- Anfossi, M., & Verlatto, L.M. & Zucconi, A. (2008), *Guarire o curare?* La Meridiana, Bari.
- Elliott, R., & Zucconi, A., (2006), *International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training: Description and Draft Research Protocol. Paper presented at the Conference of the Society for Psychotherapy Research (S.P.R.), 10-13 June 2006, Edinburgh, Scotland.*
- Elliott, R., Zucconi, A. & Stinckens, N. (2006), *International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training: Description and Draft Research Protocol. Paper presented at conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy, Potsdam, Germany.*
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006), *Doing research on the effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training: A person-centered/experiential perspective. Person Centered & Experiential Psychotherapies Journal*, Vol. 5, Number 2 Summer pp. 82-100.
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2009), *Organization and Conceptual Framework for Practice-Based Research on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training.* In M. Barkham, G. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *A core approach to delivering practice-based evidence in counselling and the psychological therapies.* Chicester, UK: Wiley & Sons.
- Farson, R. (1974), *Carl Rogers, Quiet Revolutionary.* Education, Vol. 95,2, pp.197-203, Appleton Wisconsin: Petersen Press. (trad. it. Carl Rogers un rivoluzionario silenzioso. Da Persona a Persona, Rivista di Studi Rogersiani, ott. 1998, pp. 99-107. Roma, ACP).
- Horvath, A.O., Greenberg, L.S. (1986), *Development of the working alliance inventory*, in: Greenberg, L.S., Pinsof, W.M. (Eds). *The Psychotherapeutic Process: A research handbook.* pp. 529-556. New York: Guilford.
- Horvath, A.O., Greenberg, L.S. (Eds.) (1994), *The working alliance: Theory, research, and practice.* New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A.O (2001), *The Alliance. Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, . 38, 4,365-372.
- Horvath, A.O., Bedi, R. (2002), *The Alliance.* In: Norcross, J. (ed.), *Psychotherapy relationships that work.* New York: Oxford University Press.
- Lingiardi, V. (2002), *L'alleanza terapeutica: teoria, ricerca e clinica.* Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Norcross, J. (2001), *Empirically Supported Therapy Relationships. Psychotherapy*, Vol.38, 4-Winter. American Psychological Association. (trad. it. Relazioni Terapeutiche Empiricamente Supportate, Integrazione, 15/16, 2004.)
- Norcross, J. (ed.) (2002), *Psychotherapy relationships that work.* New York: Oxford University Press.
- OMS, (1986), *La carta di Ottawa.* Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Prouty, Q. F. (1990), *Pre-therapy: A theoretical evolution in the person centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation.* in Lietaer. G., Rombauts. I, Van Balen. R. (Eds), *Client-centered and experiential psychotherapies in the nineties.* Leuven: Leuven University Press.
- Rogers, C.R. (1942), *Counseling and psychotherapy.* Boston: Houghton and Miffling (trad. It. Psicoterapia di Consultazione, Roma: Astrolabio, 1971).
- Rogers, C.R. (1946), *Significant aspects of Client-Centered Therapy.* American Psychologist, 1, pp. 415- 422.

- Rogers, C. R.(1951), *Client Centered Therapy; its current practice*, Implication and Theory, Houghton Mifflin, Boston (trad. It. Terapia centrata sul cliente, La Nuova Italia,1997, La Meridiana, 2008)
- Rogers, C.R. (1957), *The necessary and sufficient conditions of therapeutic Personality Change*, J. Consult. Psych., 21;(trad. it. Cap. II in Rogers, C.R., *La Terapia Centrata sul Cliente*, Firenze: Martinelli, 1970).
- Rogers, C.R. (1959), *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In: Koch. S. (ed.). *Psychology: A study of science*. pp. 184-256. N.Y.: Mc Graw Hill.
- Rogers, C.R. (1961), *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. (trad. It. *La Terapia Centrata sul Cliente*, Firenze: Martinelli, 1970).
- Rogers, C.R. (1965), *A Humanistic Conception of Man*. in: Farson, R. (ed.) *Science and Human Affairs..* Palo Alto: Science and Behavior Books, 1965.
- Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J., Truax, C.B. Eds. (1967), *The Therapeutic Relationship and Its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics*. University of Wisconsin Press. Madison, WI.
- Rogers, C.R., Coulson, W.R. (1968), eds. *Man and the Science of Man*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company.g
- Rogers, C.R. (1977), *Carl Rogers on personal power*. N.Y.: Delacorte Press
- Vaccari, V. & Zucconi, A.. (1988a), *Il rapporto terapeutico empatico nella terapia della schizofrenia*. Atti del XXXVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Roma.
- Vaccari, V. & Zucconi, A. (1988b), *L'Approccio Centrato sulla Persona e il trattamento della schizofrenia*. Atti del Convegno Internazionale New Trends in Schizophrenia, Bologna 1988.
- Vaccari, V. e Zucconi, A. (1998), *La Psicoterapia Centrata sul Cliente di Carl Rogers*. in: Cionini, L. (ed.) *Psicoterapie*. Roma: Carocci Editore.
- Vaccari, V. e Zucconi, A. (2007), *L'indirizzo Rogersiano*. In Zerbetto, R. Ed: *Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia*. Roma, Franco Angeli.
- Zucconi, A. (1982), *Denominatori comuni di tutte le forme di Psicoterapia*. Atti del Congresso di Psicologia Umanistica, Firenze 2-5 Giugno.
- Zucconi, A. (1984a), *Stress Prevention for Health Professionals*. In: Segrera, Alberto S. (Ed.), *Proceedings of the First International Forum on the Person-Centered Approach*, Universidad Iberoamericana, Mexico 1984, 981-985 .
- Zucconi, A (1988), *La visione della natura umana e del suo cambiamento secondo C. Rogers*, in: Marhaba. S., e. Armezzani, M., *Quale Psicoterapia?* Padova: Liviana editrice.
- Zucconi, A. (1993), *Health Promotion At Work*. Organizzazione Mondiale della Sanità, Stoccolma. Ufficio Regionale per l'Europa.
- Zucconi, A. & Howel, P. (2003), *La Promozione della Salute:un approccio globale per il benessere della persona e della società*. Bari: La Meridiana Editore.
- Zucconi, A. (2004), *Traccia per la supervisione dei casi clinici. Materiale didattico dell'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona*. IACP Press, Roma.
- Zucconi, A. (2005a), *La valutazione dell'efficacia della formazione degli psicoterapeuti*. *Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, N°1.
- Zucconi, A (2005b), *La psicoterapia on line in Italia* in: AA.VV. *Il dibattito sulla psicoterapia e sulla consulenza on line. Le iniziative dell'Ordine, le risposte della comunità professionale*. Ordine degli Psicologi del Lazio, Roma, 2005.
- Zucconi, A. (2006), *La Bussola del professionista. Da Persona a Persona*, in *Rivista di studi rogersiani*, Nov. pp. 5-10.

- Zucconi, A. & Dattola, G. (2007), *“La relazione terapeutica nella terapia Centrata sul cliente”* in: Petrini, P. & Zucconi, A. *La relazione che guarisce*, Alpes Edizioni. Roma.
- Zucconi, A. (2008), *Odissea nello spazio relazionale: la psicoterapia Centrata sul Cliente e l'Approccio Centrato sulla Persona dal 1942 ad oggi*. In: Celesti, A., Reda, A. M., Padovani, D. Ed. Studi e Ricerche Del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Scienze del Comportamento dell'Università di Siena – Scritti in onore di Carl Rogers. Edizioni Cantagalli. Siena.
- Zucconi, A. (2008), *Effective Helping Relationships: Focus on illness or on health and well being?* In B. Lewitt (Ed.). *Reflections of Human Potential: The Person Centered Approach as a positive psychology*. PCC Books, U.K.
- Zucconi, A. (2007), *Psicoterapia per tutti: un diritto ed un investimento*. Janus, 27 pp. 31-33.
- Zucconi, A. e Sulprizio, G. (2008), *L'opera ed il contributo di Carl Rogers nel campo della psicoterapia* in *Idee in Psicoterapia*, Volume, 1 N. 1 Gennaio-Aprile . 2008.
- Zucconi, A. e Silani, G: (2008), *Le conferme delle neuroscienze alle ipotesi della Psicoterapia Centrata sul Cliente di Carl Rogers ed alla teoria dei fattori comuni delle psicoterapie* in *Idee in Psicoterapia*, Volume, 1 N. 3 Dicembre 2008.
- Zucconi, A. & Greggio, G. (2009), *La costruzione del setting secondo il paradigma rogersiano*, in: Loredano, C. *Il setting in psicoterapia*, Franco Angeli, Roma.
- Zucconi, A., Faini, E. e Sulprizio, G. (2009), *L'uso del potere in psicoterapia: la posizione della Psicoterapia Centrata sul Cliente di Carl Rogers* in *Idee in Psicoterapia*, Volume, 2 N. 1 Gennaio-Aprile 2009.

Il caso di Petra nella prospettiva cognitivo-comportamentale

Lucio Sibilìa, psichiatra, Dipartimento di Scienze Cliniche, Università di Roma Sapienza, Didatta del Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma.

lucio.sibilìa@uniroma1.it

Premessa

Farò precedere a questa presentazione del caso di Petra dalla prospettiva cognitivo-comportamentale (CC) alcuni assunti teorici generali circa la prospettiva stessa, che aiuteranno a capire meglio quanto dirò in seguito. Mi scuso in anticipo se così facendo potrò anche esporre qualcosa che a molti di voi sembrerà ovvia, ma dobbiamo tener conto che dialoghiamo con colleghi di diversi orientamenti, che hanno linguaggi diversi. Quindi farò una sintesi delle notizie cliniche fornite sul caso. Successivamente mi soffermerò su un aspetto fondamentale di una psicoterapia CC, vale a dire la valutazione CC, su cui è fondata la formulazione del caso clinico. Nell'impossibilità di procedere alla valutazione del caso di Petra, inserirò alcuni elementi puramente immaginari, comunque compatibili con le informazioni fornite, che mi consentiranno di delineare una formulazione del caso, ovviamente del tutto ipotetica. Infine, mostrerò come si opera in psicoterapia CC sulla base di tale formulazione.

La prospettiva cognitivo-comportamentale

Bisogna chiarire anzitutto che condividiamo la posizione di A. Beck (1984) che una prospettiva psicoterapica, per potersi considerare tale, cioè un vero e proprio sistema psicoterapico, debba avere almeno i seguenti tre livelli di chiarezza: a) a livello di principi teorici generali che spiegano la genesi, il mantenimento e la modificazione della psicopatologia, espressi nei termini della propria teoria di riferimento, sia essa una teoria dell'uomo, della mente, del comportamento, dei rapporti interpersonali, o altro, b) a livello di modelli esplicativi specifici dei problemi e delle sindromi cliniche, congruenti con tali principi generali, e c) dei protocolli operativi giustificati da questi modelli, atti a guidare il lavoro clinico.

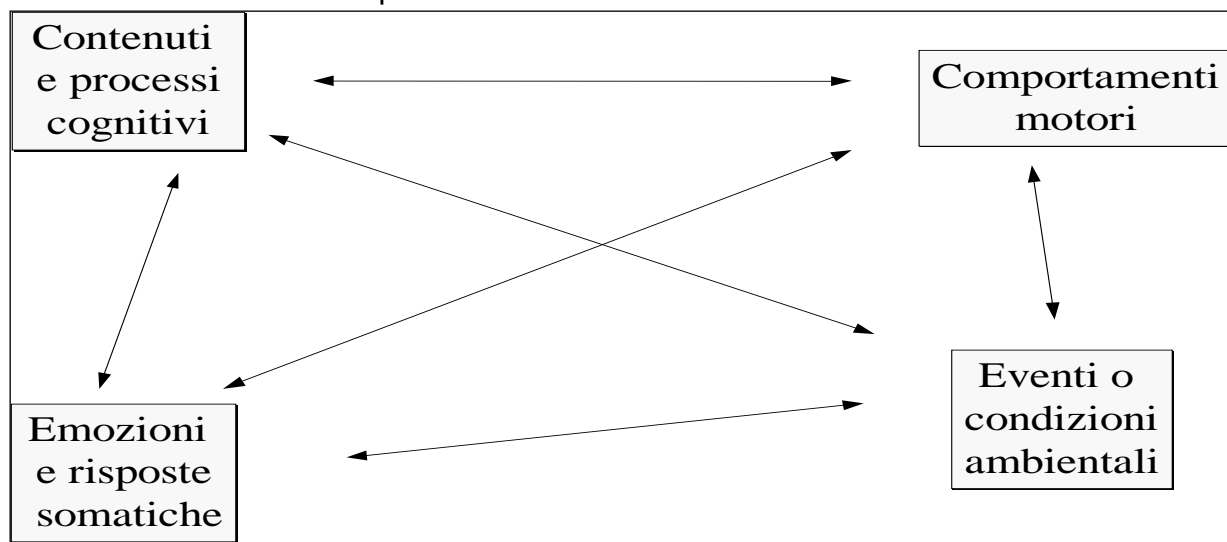
Nella terapia cognitivo-comportamentale (TCC) da noi praticata ed insegnata la modellistica cognitivo-comportamentale (cognitive social learning) è integrata con quella etologica a diversi livelli: 1) nella ricostruzione psicobiografica della storia clinica, 2) nell'interpretazione della psicopatologia, 3) nella elaborazione degli interventi e dei metodi di trattamento, e 4) nell'uso della relazione terapeutica (e nel suo studio).

Un primo assunto molto generale può essere enunciato così: la patologia psico-affettiva può considerarsi riconducibile a risposte (cognitivo-emotivo-comportamentali) incongrue ad esigenze ambientali o biologiche (intese come necessità adattative), cui il soggetto non è preparato (e quindi fonte di distress), per carenza di risorse appropriate, di tipo personale (p. es. mancanza di esperienze di apprendimento o di adatti schemi cognitivi) o di tipo ambientale (p. es. carenza di cure materne o di sostegno sociale).

Un secondo assunto prevede che tali risposte cognitivo-emotivo-comportamentali siano collegate funzionalmente tra loro e con l'ambiente in un sistema interattivo; tale sistema abbraccia quindi contenuti e processi cognitivi del soggetto, suoi stati e risposte affettivo-emotive, nonché i suoi comportamenti e le loro contingenze ambientali. Questo assunto è alla base di una visione dei rapporti individuo-ambiente chiamata "determinismo reciproco" (Bandura, 1978; Mahoney, 1977), di carattere chiaramente sistemico.

In terzo luogo, nella prospettiva CC si tiene sempre presente che, per quanto incongrue, alcune componenti CC del sistema possono costituire fonte di rinforzi (cioè esperienze positive), talvolta sufficienti a mantenere nel tempo il sistema stesso.

Tav. 1 - Il determinismo reciproco.



Notizie cliniche su Petra

Delineati così in estrema sintesi alcuni fondamentali assunti della prospettiva CC, riassumerò i dati clinici ed anamnestici forniti sul caso di Petra, ammettendo di trarre vantaggio dal fatto che sono stati raccolti da un terapeuta con il mio stesso orientamento. Credo di poterli suddividere così: a) notizie anamnestiche, b) sintomi psichiatrici (o indicatori di sintomi), c) problemi fisici, d) situazione di vita, e) relazioni interpersonali, f) comportamento alimentare, ed infine, g) problemi lamentati:

a) Notizie anamnestiche

1. allevata in orfanotrofio, maltrattata, ruba il cibo,
2. adottata a 6 anni da famiglia di magistrato, senza figli,
3. "bambina difficile", adolescente aggressiva,
4. abbandona la scuola a 17 anni,
5. pochi anni dopo, ha un figlio da un rapinatore,
6. (forse) non ha mai lavorato

b) Sintomi psichiatrici:

7. Abbuffate (pluri) quotidiane,
8. Vomito frequente (plausibilmente autoindotto),
9. Riduzione di interessi,
10. Umore disforico (toni di voce aggressivi, litigi...),
11. Sguardo diffidente,
12. Consumi problematici: cannabinoidi (attuale) / anoressanti (pregressi)

c) Problemi di salute fisica:

13. ipertrofia parotidea

d) Situazione di vita:

14. a 26 anni vive da sola con un figlio di 4 anni,
15. mantenuta dai genitori adottivi,
16. non può vedere il padre, cardiopatico,
17. ha 1 sorella, "brillante", lontana,

e) Relazioni interpersonali :

- 18. si sente un'estranea nella famiglia adottiva
- 19. madre: "brava donna" ma scarsamente affettiva
- 20. padre: "giusto ma troppo assente"
- 21. tratta bruscamente i genitori, litigava con il padre, che ora teme di perdere
- 22. storia sentimentale con un gangster
- 23. trascura il figlio (?)

f) Comportamento alimentare:

24. Preparazione/consumo dei cibi: attività dominante

25. Abbuffate "*da sfondarsi*": quotidiane

26. Antecedenti:

emozioni: noia, tristezza, paura,

immagini: voragine,

sensazioni: incompletezza, vuoto,

cognitivi: confusione,

vegetativi: salivazione

Attribuzioni delle abbuffate:

27. "*bisogno d'amore*",

28. [necessità di?] "*qualcosa che scacci i pensieri*",

29. [mancanza di?] "*un abbraccio di persona*"

Risposte secondarie alle abbuffate:

30. Vomito dopo le abbuffate

31. Consumo di "canne"

g) Problemi lamentati:

32. non riesce a coprire la spesa del cibo con i soldi che le danno i genitori!

Valutazione cognitivo-comportamentale

Nella prospettiva CC, l'intervento non si basa sulla diagnosi, ma sulla valutazione (assessment). La valutazione CC ha diversi ruoli in psicoterapia CC. Anzitutto nella ricostruzione psicobiografica: la valutazione ha lo scopo cioè di aiutare il terapeuta ed il paziente comprendere la genesi del disturbo/problema così come si è presentato e sviluppato nella storia della persona. In secondo luogo, ha la finalità di individuare i fattori di mantenimento del problema o del disturbo stesso nel presente, nonché le risorse del paziente. La valutazione CC deve quindi essere eseguita essenzialmente usando l'analisi CC sia in senso longitudinale (la storia del problema) che l'analisi trasversale (la struttura attuale del problema). A questo punto, la valutazione dovrebbe consentire una "formulazione del caso clinico", cioè un modello logicamente coerente della genesi e del mantenimento del problema del paziente, che possa essere possibilmente condiviso con il paziente stesso.

Soddisfatta questa esigenza, è di solito molto più semplice individuare gli obiettivi del programma terapeutico, formulare il programma stesso, o ottenere l'adesione e la collaborazione del paziente. Ma la valutazione CC deve essere eseguita anche durante lo svolgimento della psicoterapia stessa, allo scopo di sorvegliarne l'andamento, il che significa essenzialmente confrontare i risultati di interventi e metodi applicati con gli obiettivi di volta in volta perseguiti. Ciò rende la TCC un processo ricorsivo, in cui i procedimenti sono guidati dagli obiettivi, e questi continuamente corretti a seconda della valutazione CC in itinere dei risultati dei procedimenti stessi.

Per inciso, la valutazione CC, grazie agli elementi che consente di evidenziare, può anche portare ad una modifica delle iniziali ipotesi diagnostiche. Ma il terapeuta CC dovrà

comunque farsi guidare, nel suo operare, dalla formulazione del caso clinico piuttosto che dalla diagnosi, come spero di illustrare con il caso di Petra.

Le fasi della terapia CC autogestita

Come ho detto, nel caso di Petra, non potendo eseguire l'analisi CC, userò degli elementi immaginari, ma compatibili con le informazioni fornite. Prima di procedere, tuttavia, vorrei chiarire che l'analisi CC di base costituisce soltanto una delle fasi entro cui si svolge la TCC, sintetizzate da Kanfer e Schefft (1988) nella successione della Tav.2.

1. Strutturare l'alleanza terapeutica
2. Esplicitare scopi e motivazioni
3. Formulare il contratto terapeutico
4. Eseguire l'analisi cognitivo-comportamentale
5. Elaborare il programma terapeutico
6. Assistere il paziente nello svolgimento del programma
7. Concludere la terapia

Tav. 2 - Le fasi della Terapia Cognitivo-comportamentale autogestita secondo Kanfer e Schefft.

Ogni fase è caratterizzata da un obiettivo dominante. Nella prima fase, come si vede, l'obiettivo è quello di strutturare l'alleanza terapeutica. Ciò significa che il terapeuta CC cercherà anzitutto di stimolare ed incentivare il comportamento collaborativo del paziente fin dall'inizio, mediante una serie di abilità relazionali. Soprattutto, cercherà di condividere, per quanto possibile, gli scopi che il paziente potrebbe avere nell'entrare in terapia, e pertanto accogliere i problemi che il paziente pone. Intendo qui per "problema" un obiettivo desiderato che il paziente non sa come perseguire. Difficilmente infatti ci sarà collaborazione del paziente se non c'è condivisione di scopi. Tra l'altro, ciò definisce la terapia CC come un processo di problem solving.

Dobbiamo quindi chiederci: Qual'è il problema di Petra? Il suo comportamento alimentare? Il suo comportamento relazionale? Le difficoltà di procurarsi un reddito? Trovare la madre biologica? Altri obiettivi?

Non dimentichiamo che la paziente ha sostanzialmente il diritto di formulare il suo problema, anche se il terapeuta ha diritto di negoziarlo. Nel caso di Petra, ipotesi di "problemi" da risolvere, su cui chiedere aiuto, potrebbero essere ad esempio:

- 1: Petra accetta di adoperarsi per spendere di meno per l'alimentazione.
- 2: Petra vuole sentirsi più soddisfatta delle sue attività e delle sue scelte.
- 3: Petra vuole un aiuto per cercare la madre.

Per il momento, consideriamo che tutti questi "meta-scopi" sono legittimi. Solo in seguito la valutazione CC potrà aiutare terapeuta e paziente a meglio focalizzarli e formularli e quale strada sia da percorrere per perseguirli. Non basta, tuttavia, esplicitare gli scopi, è anche necessario anche esaminarne le motivazioni. Queste, nell'ottica CC, sono definibili come gli esiti desiderabili attesi dal paziente come conseguenza delle scelte di oggi. Ad esempio, per ognuna delle tre ipotesi suddette, bisognerà chiedere a Petra come immagina che cambierebbe la sua vita se spendesse di meno per l'alimentazione (ipotesi 1), se si sentisse più soddisfatta delle sue scelte e delle sue attività (ipotesi 2) o se riuscisse a trovare la madre biologica (ipotesi 3).

Ci si attende che queste domande abbiano diversi effetti. Da una parte possono consentire a Petra di sentirsi considerata nelle sue vere aspirazioni, mentre intanto

stimolano risposte, e quindi forniscono informazioni, che consentono di avviare la valutazione cognitivo-comportamentale. Inoltre, possono stimolare Petra ad elaborare meglio i suoi scopi e quindi a riformulare i suoi problemi, consentendo così di identificare l'obiettivo (o gli obiettivi) del contratto terapeutico.

Valutazione CC (con elementi immaginari)

Espongo qui il risultato della valutazione CC del caso di Petra, sia longitudinale che trasversale:

1. P. lasciata a 2 anni dalla madre con estranei, protesta. L'intelligenza si Petra si applica molto presto (dai 2 ai 6 anni) al problema di procurarsi del cibo supplementare evitando le severe punizioni dell'asilo "lager", anche imitando in questo altri bambini dell'asilo.
2. Così P. acquisisce particolari abilità, apprezzate anche dal fratellino e dagli altri bambini (che fungono da rinforzatori sociali).
3. P. cresce appoggiando la sua autostima alle capacità: - di procurarsi di nascosto il cibo, - di sottrarsi alle punizioni, - di aiutare altri bambini a sfamarsi e non farsi punire.
4. Da adottata, risponde alle minacce di punizione dei genitori prima e degli insegnanti poi con comportamenti trasgressivi e provocatori che stimolano altre minacce di punizione (determinismo reciproco) da parte degli adulti.
5. Prima all'asilo, poi in casa dei genitori, la ricerca ed il consumo dei cibi diventano attività parzialmente "clandestine" e trasgressive.
6. Il consumo di pasti rubati avviene in condizioni di tensione, quindi molto rapido e vorace.
7. Il termine del pasto si accompagna al sollievo dalla paura di essere scoperta e dalla soddisfazione di aver "fregato" gli "aguzzini".
8. Quando si sente insicura o insoddisfatta, usa il cibo come risposta di *coping* emozionale, che presto si generalizza ad ogni situazione di stress psicoemotivo (risposta incongrua stereotipa):
 - mangiare si carica quindi di significati cognitivi "parassiti",
 - la voracità le procura senso di pesantezza gastrica, senza sazietà, che stimola una risposta di rifiuto-nausea,
 - così vomita, provando sollievo: il vomito, rinforzato dal sollievo dalla nausea, aumenta di frequenza.
9. In carenza di altre fonti di soddisfazione (=attività rinforzanti), l'attenzione di P. si concentra quasi solo sull'alimentazione, in quanto ricca di significati:
 - Abbuffate e vomito diventano quindi abituali,
 - Con l'abitudine, tali significati si attenuano (ciò genera noia),
 - Le abbuffate mitigano qualunque stato negativo,
 - Il vomito mitiga il malessere prodotto dalle abbuffate e diventa frequente,
10. Al vomito segue poi un senso di "vuoto-fame", emotivamente consonante con l'attribuzione esterna della sua condizione, cioè l'essere (ed essere stata) deprivata di affetti e di diritti.
11. Ciò produce reazioni di rabbia-aggressività (ruminazioni ostili), quindi a comportamenti trasgressivi-provocatori, che diventando abituali le procurano scarse soddisfazioni e difficoltà nei rapporti interpersonali.
12. P. è in parte consapevole di tutto ciò, quindi inizia ad avere "pensieri" che la disturbano (es. fantasia della "voragine").

Si realizza quindi, attraverso una successione di esperienze di apprendimento, quel circolo perverso che tipicamente si trova (e si ipotizza) alla base del disturbo alimentare:

- Sensation / Sensory - Sintomi fisici
- Imagery - Fantasie
- Cognition - Contenuti e processi cognitivi
- Interpersonal - Atteggiamenti interpersonali
- Drugs / biology - Droghe / fattori biologici

A differenza del "Basic ID", tuttavia, la formulazione CC consente di avere un modello in cui i vari elementi sono collegati da rapporti funzionali tali da costituire un sistema. Da tale modello è quindi possibile ricavare numerose possibilità di intervento e prevederne gli effetti.

Procederò adesso nell'ipotesi 1, cioè che Petra intenda spendere di meno per l'alimentazione, e concordi che la modalità migliore per raggiungerlo sia quella di abituarsi a mangiare di meno.

L'intervento cognitivo-comportamentale

A questo punto, vorrei distinguere cosa farà il terapeuta CC, che chiamerò "ortodosso", da ciò che farà invece il terapeuta CC della nostra Scuola.

Il terapeuta CC "ortodosso" dovrebbe seguire il protocollo terapeutico che si è dimostrato più efficace nel trattare il comportamento bulimico, chiamato, dall'autore che lo ha proposto e più studiato, protocollo di Fairburn (Wilson et al., 2002). Il protocollo prevede tre diverse fasi, tra loro embricate:

Fase 1. Educazione circa la bulimia ed il suo trattamento. Viene illustrata la genesi ed il mantenimento della bulimia come risultato di idee e pratiche incongrue. Viene incoraggiato il riconoscimento delle proprie idee e pratiche incongrue. Vengono spiegati scopi e logica del trattamento. Si forniscono le basi della nutrizione e della regolazione del peso. Si avvia la paziente all'autosorveglianza (self-monitoring). Si introduce la pratica di strategie auto-regolative. Obiettivo: abitudini alimentari salutari (pasti regolari e spuntini ragionevoli).

Fase 2. Obiettivo: cambiamento cognitivo. Apprendimento a modificare pensieri e atteggiamenti circa la forma, il peso ed il mangiare. La paziente imparerà a mettere alla prova assunti erronei, attraverso varie forme di "sperimentazione" (alla A. T. Beck).

Fase 3. La paziente acquisirà strategie di prevenzione delle ricadute. Viene preparata alla conclusione del trattamento con l'aspettativa che continui a eseguire l'autosorveglianza dei comportamenti e degli atteggiamenti disfunzionali, verificando i propri assunti con "esperimenti" comportamentali, e gestendo con successo gli stress emotivi senza ricorrere a restrizioni alimentari, vomito o purghe.

Il terapeuta del CRP cercherà anzitutto di comunicare a Petra la formulazione della problematica cui si è pervenuti tramite la valutazione CC, stimolandone la collaborazione. Quindi proporrà di interrompere i cicli che stabilizzano i comportamenti-bersaglio, esaminando, insieme alla paziente, per ogni snodo, delle alternative più idonee e aiutandola a sceglierle e metterle in atto. Un esempio di "punti di attacco", indicati con delle X, derivati dalla formulazione del caso clinico, sono illustrati nella Tav. 5.

Marlatt A, Gordon J. (1985) *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.

Wilson G. T., Fairburn C. C., Agras W. S., Walsh B. T., Kraemer H. (2002) *Cognitive–Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: Time Course and Mechanisms of Change*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70, No. 2, 267–274.

Il trattamento del DCA nella struttura di riabilitazione psiconutrizionale Palazzo Francisci

Laura Dalla Ragione, responsabile Palazzo Francisci Ausl 2 Todi e Centro DAI di Città della Pieve.

Oltre due milioni di giovani in Italia soffrono di disturbi alimentari. Anoressia, Bulimia e Disturbo da abbuffata compulsiva riguardano ormai il 10% della popolazione di sesso femminile di età compresa tra i 12 e i 25 anni con una età di esordio che si sta ulteriormente abbassando interessando bambine e ragazze prima dell'inizio della pubertà. La diffusione dei Disturbi della Condotta Alimentare ha avuto una rapidità ed una rilevanza sconcertante negli ultimi anni. E' comunque il primo esempio di malattia globalizzata, cosiddetta cultural bounded, che si allarga a macchia d'olio contemporaneamente al diffondersi di stili di vita e cultura del corpo.

“Il mangiare è un rapporto di intimità. Mettiamo dentro di noi pezzi della realtà esterna; ingoiandoli li mandiamo ancora più dentro, dove vengono incorporati nella nostra materia, nella nostra carne e nel nostro sangue. Quando mangiamo la distanza tra noi e il mondo si riduce al minimo. Il mondo entra in noi; Noi siamo fatti di pezzi del mondo”. R. Nozick

Facendo un rapido excursus storico possiamo osservare l'evoluzione dei disturbi della condotta alimentare. Negli anni '60 ci si è concentrati sull'anoressia nervosa, mentre negli anni '70 viene definita anche la bulimia nervosa. Più recentemente negli anni '90 vengono introdotti i disturbi alimentari non altrimenti specificati come l'anoressia nervosa binge e la bulimia nervosa multimpulsiva. A partire, invece, dal 2000 vengono osservati i fenomeni dei disturbi alimentari prepubere, i disturbi alimentari maschili e il disturbo da alimentazione incontrollata. Tale evoluzione è raffigurata attualmente nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM – IV. APA, 2006) all'interno del quale sono definiti i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa (sottotipo restrittivo e bulimico), la bulimia nervosa (con o senza condotte di eliminazione) e i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati.

Per quanto riguarda, invece, lo sviluppo dei disturbi della condotta alimentare possiamo osservare la sua evoluzione nel seguente modello, così rappresentato: normal eating – weight preoccupation - chronic dieting- binge eating – purging – subclinical eating disorder – clinical eating disorder.

Come ben sapete i diversi livelli di assistenza in questi disturbi sono quattro e sono tutti necessari: il day hospital, il trattamento residenziale, l'ospedale “salvavita” per le situazioni a rischio e l'ambulatorio. E' necessario che tutti i livelli di assistenza siano disponibili e coordinati tra loro. L'ambulatorio rimane l'intervento privilegiato perché un ambulatorio fatto assorbe, cura e può trattare il 60% della popolazione ammalata. Quindi, mentre l'ambulatorio rimane l'intervento privilegiato, sono altresì necessari gli altri livelli qualora si renda indispensabile un intervento più intensivo. Quando gli altri livelli non sono presenti nei servizi sul territorio si può creare un problema, perché i pazienti e i genitori sono costretti a cercare gli altri livelli di assistenza altrove, magari in un'altra regione e questo determina dei grossi problemi.

È molto importante sottolineare che la riabilitazione si deve svolgere in un ambiente extra ospedaliero. Che cosa vuol dire questo? Vuol dire che il trattamento “salvavita” in ospedale deve durare il meno possibile, il tempo necessario per ripristinare le condizioni cliniche “salvavita”. Dopo di che la persona deve andare in un ambiente che sia più simile ad una comunità, ad un habitat meno sanitario e meno ospedalizzato possibile, dove si

debbano svolgere tutte le attività riabilitative che sono moltissime e che non possono svolgersi in ambito ospedaliero. Purtroppo in Italia ci sono discrepanze e la situazione è diversa da regione a regione, ci sono regioni dove non c'è nulla come ad esempio la Calabria, il Molise e regioni dove sono presenti solo alcuni livelli come ad esempio quelli ambulatoriali. Le strutture abitative sono nove in tutta l'Italia e, come ben capite, sono pochissime e dove si fanno trattamenti lunghi e importanti di circa 3 mesi. Tutte queste strutture abitative hanno liste d'attesa lunghissime. Quindi l'obiettivo è quello di stimolare ogni regione ad istituire strutture, in modo che i cittadini non siano costretti ad andare da una parte all'altra del paese.

Le caratteristiche del trattamento per i disturbi del comportamento alimentare sono abbastanza complesse perché comprendono un trattamento multifocale e interdisciplinare con livelli assistenziali multipli. La cosa che cerco sempre di spiegare è che non c'è un livello migliore dell'altro ma che sono necessari tutti, perché se io ho un paziente che ha iniziato la patologia da 6 mesi con un trattamento ambulatoriale ha buonissime probabilità, 90 su 100, di avere un esito senza recidiva assolutamente tranquillo. Purtroppo, io ho in questo momento moltissimi pazienti di tipo cronico perché tenete conto che i trattamenti si sono specializzati negli ultimi 10 anni, e in Italia negli ultimi 5, 8 anni, quindi non è da molto che si sono costruiti da molto percorsi complessi e specializzati. Io ho molte pazienti che hanno oggi 30 anni e che sono malate da 15 anni che sono dunque definite pazienti croniche. Il problema della cronicità in questa patologia è un problema enorme perché è una patologia molto invalidante sul piano fisico, clinico, sul piano sociale; quindi, parliamo di patologie che hanno un grosso costo sociale ed economico. Queste pazienti, ovviamente, non potranno accedere al trattamento ambulatoriale perché una paziente che è ammalata da 15 anni è difficile che possa trarre vantaggi solo dal trattamento ambulatoriale: è evidente che bisogna utilizzare un intervento più intensivo probabilmente un Day Hospital, probabilmente un trattamento residenziale. Quindi ogni livello è necessario l'uno all'altro.

Le linee guida di tutto il mondo, in particolare quelle americane, dicono una cosa molto importante: che oltre i livelli è necessario che tutto si svolga in continuità, cioè che la persona non deve andare da sola a cercare l'ospedale, la terapia, ecc.. E' necessario che tutto questo circuito sia coordinato perché se è coordinato aumentano le probabilità che queste pazienti non cadano in drop out. Bisogna tener presente che queste sono patologie con alto tasso di incidenza, sono persone che facilmente interrompono il trattamento perché c'è una scarsissima consapevolezza della malattia. Se non c'è una rete sufficientemente solida e con una maglia stretta, ma al contrario ci sono dei buchi, è facile per queste pazienti andare in drop out.

Il trattamento residenziale è il trattamento più complesso e prevede l'applicazione di un trattamento che va dai 3 ai 5 mesi. Perché dura così tanto? In generale, in tutto il mondo le strutture residenziali non fanno trattamenti per più di 5 mesi perché sono trattamenti molto intensivi che creano molta dipendenza e comunque l'obiettivo di questo trattamento non è ovviamente la guarigione ma è quello di riportare la paziente ad un buon livello di equilibrio di tipo clinico e psicologico per poter poi continuare il trattamento in regime ambulatoriale e quindi sono volti a portarla a poter accedere ad un trattamento ambulatoriale. Il trattamento ambulatoriale non dura meno di 2 anni. Quindi il trattamento residenziale è un pezzo del programma. Non è, ovviamente, la parte che guarisce "magicamente" ma è la parte che porta la paziente ad un livello di miglioramento tale da consentirle di passare alla fase successiva, quella ambulatoriale.

Perché diciamo che la fase di cura deve avvenire in ambienti extra ospedalieri? Perché è importante che l'assistenza sanitaria specializzata si svolga con un gran accoglimento,

con tutta una serie di assetti sociali, di vita ed esistenziali che sono compatibili solo con un ambiente di tipo extra ospedaliero.

La nostra struttura si trova in un palazzo a Todi con un grande giardino dove le pazienti vivono in una struttura completamente aperta, non ci sono sbarre alle finestre, non ci sono chiavi, non ci sono camici, il personale è tutto sanitario (28 persone con professionalità diverse come medici, dietiste, fisioterapiste, psicologi, infermieri, educatori). Il rapporto pazienti-operatori è quasi 2 a 1 perché noi ricoveriamo ogni volta 15 pazienti residenziali, mentre per le pazienti ambulatoriali c'è un'altra equipe. Perché è necessaria questa grande presenza di operatori? Perché il trattamento è un trattamento intensivo, noi cerchiamo di circoscrivere il trattamento in 12 settimane, proprio perché facciamo con il/la paziente un patto e cerchiamo di andare avanti step by step, cioè cerchiamo proprio di darci degli obiettivi a breve termine, a medio termine e a 3 mesi. Ovviamente ci sono casi in cui facciamo dei trattamenti più lunghi prevalentemente per le pazienti molto gravi. È chiaro che se noi partiamo da un sottopeso molto grave, cerchiamo di portare la ragazza o il ragazzo ad un livello di peso migliore ed allora, sicuramente, se la paziente ha una massa corporea 13, ad esempio, avremmo la necessità di avere almeno 4 mesi perché, ovviamente, il trattamento è un trattamento molto graduale.

Quali sono le caratteristiche delle persone che entrano dentro la struttura? Sono pazienti affetti da anoressia e bulimia, l'età varia da 10 – 11 anni fino a 50. Ovviamente il lavoro di equipe si svolge in sottogruppi più per ragioni di età che di patologia. Sono inclusi pazienti con doppia diagnosi attiva, cioè pazienti che hanno contemporaneamente abuso di sostanza o alcol o una grave comorbidità psichiatrica. Questo significa che l'anoressia non è necessariamente la diagnosi prevalente. Ovviamente all'inizio del lavoro della nostra struttura avevamo delle maglie un po' più strette, non accoglievamo pazienti con disturbi di personalità gravi, con gli anni poi abbiamo compreso che, soprattutto i pazienti borderline sono molto gestibili in strutture come queste. Quindi adesso possiamo dire che accogliamo anche pazienti con disturbi di personalità abbastanza gravi in comorbidità con i disturbi alimentari, però in generale nei progetti che io faccio per questo tipo strutture sconsiglio di accogliere pazienti con una alta comorbidità psichiatrica. Direi che questo tipo di struttura è più adatta a pazienti che hanno un disturbo alimentare non troppo aggravato da altre patologie.

L'attività clinica è molto intensa. Ci sono 5 pasti concordati con l'equipe, i pazienti hanno incontri individuali e di gruppo, vengono utilizzate molte tecniche di medicina non convenzionale perché abbiamo abbassato l'utilizzazione di psicofarmaci di cui ci serviamo solo in alcuni casi dove i pazienti sono, appunto, in comorbidità psichiatrica e magari già arrivano con un trattamento farmacologico in atto. Però la tipologia di struttura ci consente di diminuire l'uso dei farmaci. Inoltre non diamo farmaci nei pazienti al di sotto dei 17 anni. Per questo abbiamo sviluppato una serie di tecniche messe in atto da 2 medici che si occupano di questo. Lavoriamo molto con i genitori, sia individualmente che in gruppo. Su di loro lavoriamo molto, proprio perché per la giovane età dei pazienti e perché con gli anni abbiamo sviluppato una particolare attitudine nel lavorare con i genitori. I gruppi sono di vario tipo, ci sono gruppi terapeutici, ci sono gruppi psicodinamici, ci sono gruppi psicoeducazionali, quindi gruppi di vario genere. Abbiamo molte attività che non sono propriamente terapeutiche ma che ci aiutano. Una che abbiamo sviluppato in questi anni è la filosofia. Noi abbiamo un filosofo che fa parte dell'equipe e lavora sia con i pazienti e sia con i genitori. È un'attività di counseling filosofico che ci aiuta molto alla preparazione per la terapia. Noi consideriamo il counseling filosofico come lavoro preparatorio al lavoro della terapia. Poi c'è il teatro: come vedete tutte attività introspettive, per cui possiamo dire che cerchiamo di tenere impegnate i pazienti in modo tale che possano sviluppare una capacità introspettiva.

Capite bene che il lavoro d'equipe è il lavoro centrale del trattamento: all'interno della struttura sono presenti ben 12 tipi di figure professionali molto diverse tra di loro. È come una catena di montaggio.

Il trattamento però che risulta più efficace da tutte le linee guida è il trattamento d'equipe. Sulla tipologia dell'approccio terapeutico si può discutere ma su una cosa non ci può discutere: il livello di efficacia dimostrato dalla ricerca scientifica è che il trattamento d'elezione è quello combinato, integrato in equipe. Quindi nessuno psichiatra da solo, anche il più bravo del mondo, è più efficace di un'equipe che lavora insieme. Su questo purtroppo c'è ancora molto da fare perché in Italia moltissimi pazienti hanno ricevuto trattamenti parziali, magari con un solo operatore.

Noi la chiamiamo riabilitazione bio-psico-sociale. È una riabilitazione che comprende tutti questi aspetti per cui durante, ad esempio, il periodo dei 3 o 5 mesi le ragazze fanno anche esperienze di tipo lavorativo nei laboratori di Todi, per esempio il restauro e la pittura. Abbiamo fatto una convenzione con le scuole di Todi perché da noi arrivano ragazzi da tutta l'Italia e quindi, se in età scolare, nel periodo invernale possono andare a scuola. La mattina fanno colazione, poi escono, vanno a scuola, tornano a pranzo e loro dicono "torniamo a casa", questa è sempre una cosa che a noi colpisce perché quando loro cominciano a dire "torno a casa" vuol dire che in qualche modo si sono affidate e l'aspetto dell'affetto, della fiducia è molto importante. La giornata è molto strutturata, hanno moltissime attività proprio per questa ragione.

La parte della terapia nutrizionale, è molto importante. Diciamo che la nostra caratteristica è stata quella di mettere appunto una metodologia che unisce un approccio nutrizionale molto preciso con un aspetto psicologico molto dilatato. Se voi entrate nella nostra residenza avrete l'impressione di un college dove nessuno ha il camice, comprendete solo che loro sono molto malate quando le vedete mangiare, perché il momento del pasto è un momento drammatico. Il pasto è assistito da 3 operatori ed è un momento tragico. Le ragazze piangono, gridano, si alzano, cominciano ad avere le crisi, cioè quello è il momento in cui si vede la drammaticità della patologia. Esse mangiano tutte insieme, in tavoli separati ma nella stessa stanza, tavoli divisi, decidiamo noi la disposizione dei tavoli e dei posti: in alcuni casi gravi, mangiano da sole. Ogni persona ha un menu specifico che concorda con la dietista ed è una parte che ci impegna molto. Piano piano cominciano a fidarsi e fanno un patto con il nutrizionista e sanno quante calorie e sanno cosa mangeranno: questo aiuta a raggiungere l'obiettivo. Ovviamente il pasto è molto faticoso perché loro hanno molta ansia man mano che iniziano a prendere peso ma che questa cosa viene ampiamente discussa in quanto cerchiamo di dare responsabilità anche ai bambini di 11 anni. Discutiamo con loro e cerchiamo di fargli capire la responsabilità del loro fare e non fare. Questo rende tutto più faticoso ma ci dà degli risultati migliori.

Il peso non è un obiettivo specifico, lo facevamo all'inizio ma poi l'abbiamo abbandonato, perché abbiamo visto che aumentava l'ossessione per il peso. Non diciamo alle ragazze quale peso dovrebbero raggiungere. Quindi i ragazzi vengono pesati ogni settimana, il giovedì, che è un giorno drammatico per cui ci sono grida e pianti. Il peso viene comunicato perché anche se il peso non è un obiettivo per noi, la comunicazione del peso ha il suo valore sul piano della ristrutturazione cognitiva.

La terapia dello specchio è una terapia inglese che noi utilizziamo oramai con un certo successo da molti anni. L'abbiamo un po' modificata, è un'esposizione in 7 sedute e mira a diminuire l'ansia della dimensione corporea. L'esposizione è graduale con sempre meno vestiti, generalmente loro all'inizio si vestono coprendosi molto e l'ultima esposizione è in mutande e reggiseno. Quindi è una graduale esposizione e viene gestita da due psicologi ed è un trattamento che ci aiuta perché tenete conto che tutti questi trattamenti che noi usiamo in modo sinergico mirano a ridurre l'ossessione, l'ansia sulle forme corporee. Si

lavora comunque prevalentemente sul versante psicologico nel senso che l'aspetto principale del trattamento è centrato sulla ristrutturazione cognitiva, sul cambiamento di questa idea di fondo.

Il luogo di cura ci aiuta molto con i ragazzi molto giovani, perché noi facciamo una prima visita di valutazione e i ragazzi vengono in struttura, gli facciamo vedere la struttura e gli spieghiamo tutto nei minimi particolari e generalmente è più facile entrare in una struttura del genere piuttosto che entrare in ospedale. Quindi è molto più probabile che il ragazzo o la ragazza accetti il trattamento anche se sarà comunque difficile ma in un ambiente che magari le ricorda una casa.

Il gruppo poesia è uno dei gruppi che le pazienti più preferiscono. Tenete conto che il loro pensiero è un pensiero coartato, è un pensiero a cui è difficile accedere in una prospettiva psicodinamica. Voi sapete che un paziente in una prima fase può avere una massa corporea molto bassa o vomita 10 volte al giorno: il pensiero e il disturbo alimentare invadono in questo modo tutta la sfera dello psichico. Quindi, generalmente nella prima fase del trattamento residenziale si lavora per sgombrare il campo, per creare uno spazio per la terapia psicologica, perché soprattutto nella prima fase questo spazio non c'è. Tenete conto che anche il sonno, la sfera onirica è invasa. Generalmente loro nel primo mese che sono ricoverate ci raccontano che sognano il cibo la notte, sognano di vomitare. Quindi questo è un disturbo che invade la sfera della coscienza.

Quindi in una prima fase del trattamento si lavora molto per cercare di aprire un varco. Tenete conto che molto spesso il varco non è detto che lo apra lo psicologo ma magari è un'altra figura professionale che lavora con il corpo, lavoro che abbiamo progressivamente implementato perché ci siamo accorte che poteva costituire una strada dove la parola aveva più difficoltà.

Abbiamo fatto anche una riflessione anche sulla valutazione degli esiti e su questo ora stiamo lavorando su una ricerca nazionale di cui sono il coordinatore che coinvolge i centri che lavorano nel modo in cui vi ho detto. Questi sono i 5 dei 9 centri di cui avete visto la mappa nazionale e abbiamo costruito una popolazione di circa 600 pazienti e la stiamo monitorando. Sicuramente questo tipo di trattamento, soprattutto nella fase evolutiva ha un'efficacia molto alta, nel senso che nell'anoressia nervosa restrittiva in età evolutiva un trattamento di questo genere porta a una valutazione di esito a lungo termine, quindi stiamo parlando di 3 anni dopo o 5 anni dopo con valutazioni positive senza ricadute. Nella bulimia, voi sapete che sono più probabili perché la bulimia è spesso associata a disturbi di altro genere, quindi in comorbidità con disturbi ossessivi-compulsivi. Sulla bulimia la valutazione di esito positivo è nel 60% dei casi senza ricadute, mentre il 40% può avere delle ricadute. Però, diciamo che anche nel 40% il miglioramento e la qualità della vita è sicuramente migliore.

Tenete conto che molte delle caratteristiche di quello che succederà dopo il trattamento dipendono da due cose.

A che punto della storia della malattia si è intervenuti: ovviamente prima si interviene e più sono alti i livelli di efficacia. Tenete conto che nel primo anno della storia della malattia e quindi un trattamento che si inserisce nell'arco del primo anno della malattia, noi abbiamo una probabilità del 99% perché oggi con i trattamenti che vengono effettuati anche in ambulatorio, con un buon trattamento ambulatoriale noi abbiamo degli esiti molto buoni. Dopo 3 anni di storia della malattia la letteratura purtroppo ci dice che la probabilità diminuisce perché il disturbo sostanzialmente è questa idea ossessiva e quindi un'idea ossessiva che perdura ed è tirannica per 5-10 anni è difficile da modificare. Non sono tanto gli esiti fisici, perché la ripresa del peso o l'interruzione del sintomo bulimico si ottiene anche in modo abbastanza rapido ma non si ottiene in modo altrettanto rapido l'eliminazione di questa ossessione. Il secondo elemento che interferisce sull'esito è che

cosa succede dopo il trattamento residenziale. Noi abbiamo visto dal 2003 che le pazienti che hanno avuto un esito migliore non sono tanto quelle meno gravi ma sono quelle che dopo hanno potuto coltivare un trattamento ambulatoriale in continuità. Mentre quelle che venivano dalle Regioni dove magari non c'erano servizi e quindi non hanno potuto continuare il trattamento, ovviamente, hanno avuto maggiori probabilità di ricadute. Quindi diciamo che la valutazione d'esito deve tenere conto della diagnosi precoce, l'inserimento nel trattamento, della continuità del trattamento e anche della severità come nei casi di bambini molto piccoli dove la prognosi è più grave. Sicuramente per una bambina o un bambino che si ammala a 11 anni piuttosto che per una persona che si ammala a 18 la prognosi è più grave perché colpisce un bambino in un momento di massima plasticità e poi sicuramente il danno, il dolore, la ferita nell'anima di questo bambino sono sicuramente più drammatiche. Questo è un elemento, noi purtroppo lavoriamo con bambini molto piccoli e gravi e le storie sono generalmente storie molto drammatiche. Però, oggi il messaggio che noi cerchiamo di dare e che con i trattamenti ben organizzati, con tutti i livelli di trattamento le probabilità di guarigione sono molto alte. Quindi questo ci fa sperare che si possano organizzare nelle Regioni servizi e modelli organizzativi tali da poter permettere che nessuno non possa avere le cure di cui ha bisogno.

Bibliografia

Dalla Ragione L., Scoppetta M. (2009) *Giganti d'argilla. I disturbi alimentari maschili*. Il Pensiero Scientifico Editore.

Dalla Ragione L., Marucci S. (2007) *L'anima ha bisogno di un luogo. Disturbi alimentari e ricerca dell'Identità*. Tecniche Nuove.

Bianchini P., Dalla Ragione L. (2006) *Il cuscino di Viola. Dal corpo nemico al corpo consapevole*. Diabasis.

Dalla Ragione L. (2005) *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentari*. Il Pensiero Scientifico Editore.

Appendice 1



I disagi psico-sociali dell'obeso

Roberto Picozzi, psicologo, psicoterapeuta membro dell'Associazione italiana Obesità, didatta del Centro per la Ricerca in Psicoterapia

L'obesità può essere considerata a tutti gli effetti, la pandemia del terzo millennio.

In Europa ci sono 14 milioni di bambini in soprappeso e 3 milioni di piccoli obesi.

In Italia circa 5 milioni della popolazione complessiva risulta essere obesa di cui 1 milione e seicentomila lo è in forma grave, vale a dire che supera di almeno il 60% il proprio peso forma.

Le cause di questo fenomeno sono attribuibili solo all'1% a patologie organiche quali disfunzioni endocrine etc. Mentre nei restanti casi le cause sono reputabili perlopiù, all'eccessiva e scorretta alimentazione ed alla scarsa attività motoria.

Ovviamente le abitudini alimentari cambiano molto da un ambiente culturale ad un altro. In tavola arrivano soprattutto carne e cibi confezionati? Quasi certamente chi vive in un paese ricco del Nord Europa o del Nord America deve stare attento ai chili di troppo. Se il pasto è a base solo di cereali e legumi probabilmente si abita in un paese in via di sviluppo e si ha il problema opposto, quello che gli esperti chiamano malnutrizione per difetto. Se invece si mangiano molta frutta e verdura fresche, pesce e derivati del grano, come pane e pasta, conditi con grassi vegetali, vuol dire che ci si affaccia sul Mediterraneo e che si può contare su una dieta abbastanza equilibrata.

La globalizzazione è arrivata da tempo anche in cucina, ma non ha annullato le differenze tra le tavole imbandite ai quattro angoli del pianeta. Nonostante la capacità di penetrazione delle multinazionali alimentari, ci sono tradizioni che resistono. In qualche caso per scelta consapevole di chi fa la spesa, più spesso perché chi fa la spesa non ha abbastanza soldi per poter scegliere: quando, come succede in Mali, con venti euro si devono sfamare per una settimana quindici persone.

Anche all'interno di uno stesso paese si mangia in modo molto diverso. Se poi il paese in questione ha le dimensioni, la popolazione e il divario sociale della Cina odierna... Il libro *Hungry Planet* descrive le abitudini alimentari di due famiglie cinesi: i Dong, di Pechino e i Cui, che vivono nel villaggio di Weitaiwu, a est della capitale. Distanza appena cento chilometri, eppure la differenza tra le due tavole si nota, eccome. La famiglia di Pechino ha introdotto in cucina cibi estranei alla tradizione locale, per esempio il pane francese, consuma più prodotti industriali, più bevande gassate e cibi prodotti dalle multinazionali" osserva Vienna. "E infatti i suoi componenti sono un po' più grassottelli dei signori Cui, la cui dieta poggia ancora sui prodotti del campo. Ma c'è anche un altro elemento: nell'appartamento di Pechino ci sono i termosifoni. Chi vive in ambienti riscaldati brucia meno grassi: il 10 per cento del fabbisogno energetico del nostro organismo, infatti, se ne va nella termoregolazione". Insomma se nelle nostre case facesse un po' più freddo consumeremmo il 10 per cento in più di calorie.

Altre andrebbero in fumo se non fossimo così sedentari. Ma il paradosso alimentare dell'Occidente è che ci si nutre con cibi sempre più energetici proprio mentre il nostro corpo di energie ne consuma sempre meno. Il risultato è il soprappeso o, nel peggiore dei casi, l'obesità. "La conferma arriva da un bellissimo studio italiano durato quarant'anni e condotto a Rofrano, un paesino nel Parco del Cilento" racconta Vienna. "In questo lungo periodo è stata monitorata l'alimentazione degli abitanti e si è visto che, pur mangiando meno e più prodotti industriali, il contenuto energetico non è cambiato moltissimo. Eppure negli ultimi anni sono aumentate significativamente le persone in soprappeso e c'è stato

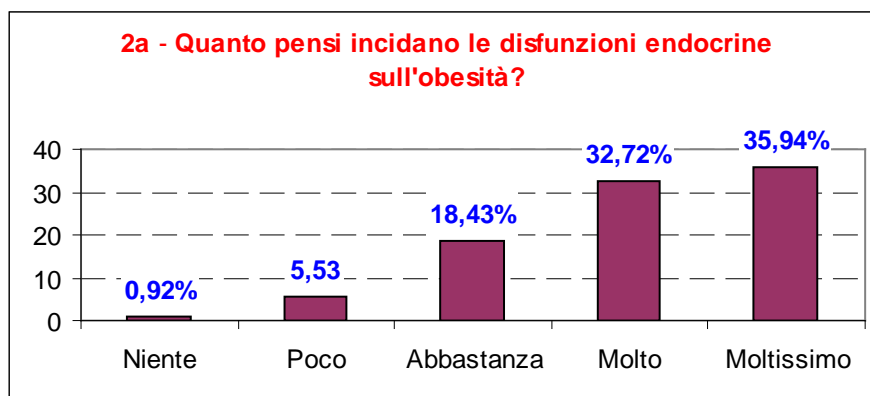
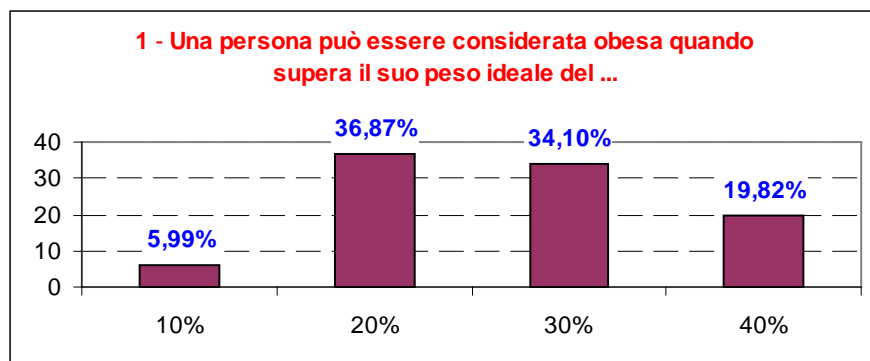
qualche caso di obesità. La spiegazione è che la popolazione di Rofrano ha cambiato stile di vita ed oggi è ancor più sedentaria che in passato.

Insomma non è tanto la conversione al cibo industriale a creare problemi, quanto l'uso che se ne fa. E' il caso delle merendine, che abbondano anche sulla tavola della signora Manzo. Una volta erano le mamme a produrre la merenda, spalmando burro e marmellata su una fetta di pane ora ai bambini si dice prendi la merendina che però sta in una confezione da dieci. E fare il bis diventa una tentazione fortissima. Ma dentro cosa c'è? "Il singolo pezzo contiene tutto quello di cui un bambino ha bisogno" risponde il nutrizionista. "Le aziende alimentari sono ormai attentissime a questi aspetti, ne va della loro immagine sul mercato".

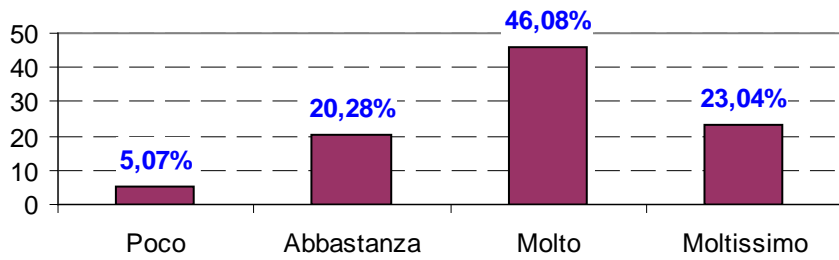
Eppure proprio dall'industria arriva un nuovo "attentato" alla nostra linea. La Confederazione delle imprese agroalimentari europee, la Ciaa, a inizio estate 2006 ha presentato alla Commissione europea le sue "Raccomandazioni" in vista dell'adozione di un'etichetta nutrizionale unica per tutto il continente. Un'etichetta che dovrebbe comparire sui cibi confezionati per aiutare i consumatori ad orientarsi tra calorie e proteine. Il problema è che con un artificio matematico la Ciaa consiglia 2500 calorie al giorno per gli uomini e 2000 per le donne. Troppe: con cifre così alte, visto che siamo sedentari, finiremo per ingrassare tutti.

Allo scopo di conoscere l'orientamento dell'opinione pubblica sul problema obesità e sulle sue cause, nel 2007 abbiamo somministrato un questionario d'opinione ad un campione di 217 soggetti, di età variante fra i 20 e i 65 anni, residenti fra la regione Lazio e la regione Campania.

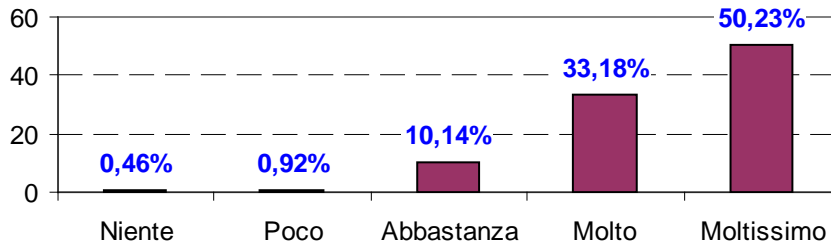
I risultati del sondaggio sono stati i seguenti:



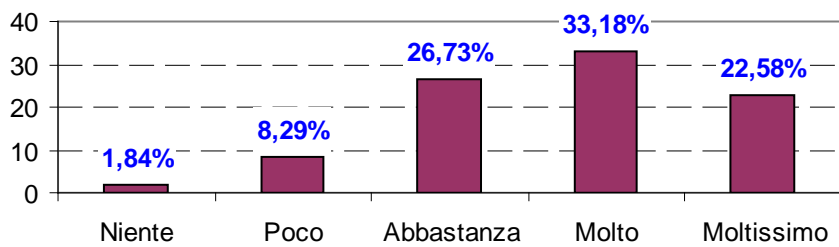
2b - Quanto pensi incida la scarsa attività motoria sull'obesità?



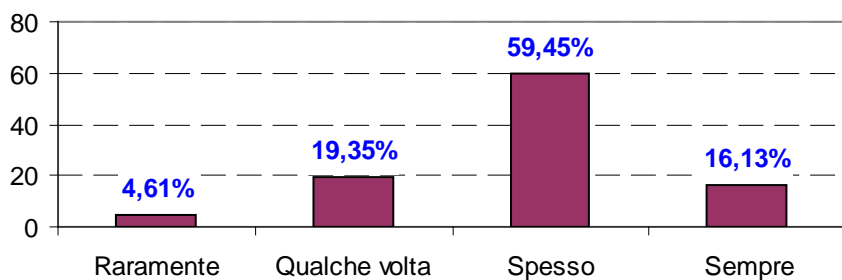
2c - Quanto pensi incida l'eccessiva assunzione di cibo sull'obesità?



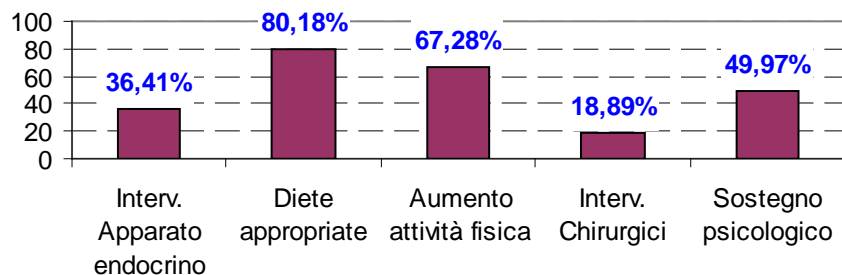
2d - Quanto pensi incidano i fattori psicologici sull'obesità?



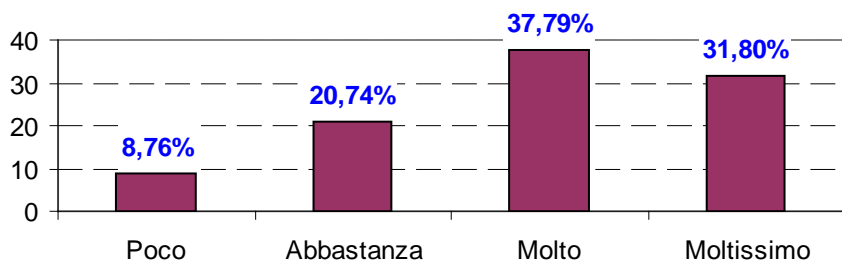
3 - L'obesità è un problema risolvibile?



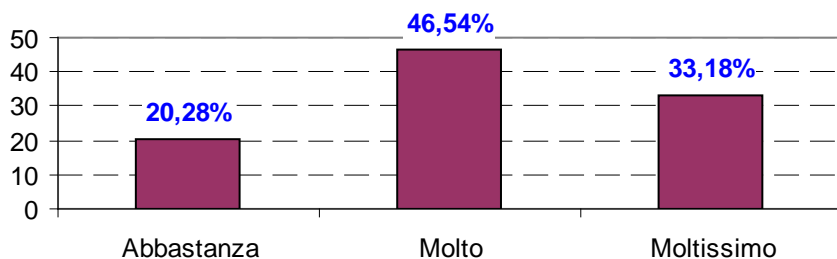
4 - Come può essere risolta l'obesità?



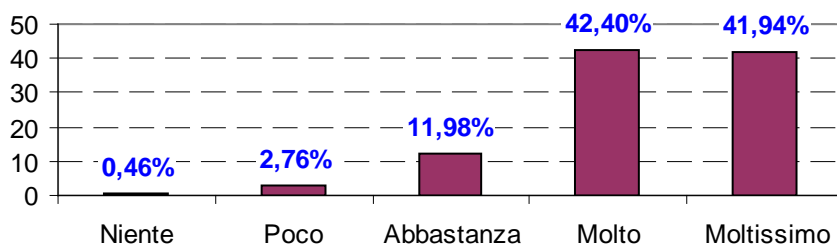
5 - Quanto pensi possa essere utile una campagna di informazione per prevenire l'obesità?



6 - Quanto pensi possano influire le credenze e le abitudini familiari sull'obesità infantile?



7 - Quanto pensi che la prevenzione nell'infanzia possa ridurre l'insorgenza dell'obesità nell'adulto?



Dai dati emersi si può evincere come sia stata attribuita eccessiva importanza ai fattori endocrini come causa dell'obesità. Contemporaneamente, però molta significatività è stata data anche ai fattori psicologici, ai comportamenti alimentari ed alla scarsa attività motoria. Complessivamente il campione ha espresso un certo ottimismo nel poter risolvere il problema attraverso il cambiamento delle abitudini comportamentali, tramite anche un intervento di tipo psico-sociale

I problemi quotidiani dell'obeso

E' necessario premettere che nella maggior parte dei casi il sovrappeso, nella vita di tutti i giorni, non crea particolari problemi se non talvolta, psicologici.

Quando si entra, invece, nell'ambito dell'obesità di grado elevato, sono molteplici i disagi che emergono anche nella vita quotidiana, rendendo difficile fare cose che la maggior parte di noi svolge con facilità e naturalezza.

E' noto che il problema della traspirazione spesso affligge le persone indipendentemente dal peso ma quando vi è un eccesso di massa corporea la vita diventa veramente scomoda.

Le camicie, le calze e la biancheria intima sono le prime ad impregnarsi di sudore, talvolta anche a riposo e con temperatura ambientale nella norma.

E' possibile attenuare questo sgradevole problema utilizzando capi d'abbigliamento ampi ed evitando che il tessuto aderisca, specie in prossimità delle pliche cutanee, in particolar modo nelle regioni inguinali e nelle ascelle.

La qualità del tessuto deve essere la più pura possibile; sono da bandire capi semi sintetici o peggio, sintetici.

Nella società ad alto livello culturale-economico, l'obesità rappresenta una condizione di normalità fisica.

Negli stati Uniti, dove la metà della popolazione è in soprappeso e un terzo è francamente obesa, l'individuo vive in una situazione rilassata nelle proprie attività sociali e non tende proprio a mimetizzarsi; passeggia tranquillamente in pantaloni corti mangiando serenamente un gigantesco gelato e non si sente né in colpa né oggetto di derisione e curiosità.

La cultura mediterranea, pur privilegiando fattori estetici legati all'opulenza, tende invece a seguire i modelli imposti dai mass-media, che in realtà rappresentano l'eccezione, e talvolta ironizza sugli eccessi di peso.

Il soggetto obeso in Italia tende, come del resto quasi tutti, ad adeguarsi agli schemi che la società gli impone, mimetizzando le proprie dimensioni con gli abiti lunghi, prediligendo abiti scuri, chiusi, a tinta unita, utilizzando accessori vistosi per deviare l'attenzione verso punti periferici dove meno evidente appare la condizione di obesità.

Ma è proprio nell'abbigliamento che la persona obesa incontra le difficoltà maggiori.

Alcuni accessori o capi sono introvabili se non a prezzi elevati o solo su misura, sempre con costi elevatissimi.

Eppure l'obesità in Italia rappresenta una vasta nicchia di mercato non ancora valutata adeguatamente dal punto di vista commerciale.

L'abbigliamento è uno degli elementi essenziali per la vita relazionale di ogni individuo.

Per le taglie classiche vi è una scelta infinita per qualità, prezzo e varietà, ma quando si cerca qualcosa di più ampio si incontrano gravi limitazioni.

Sono infatti pochi i negozi con disponibilità di grandi taglie e spesso, solo nelle grandi città.

Per chi non sia soltanto in soprappeso, ma sia francamente obeso, spostarsi rappresenta uno dei maggiori impegni.

Non ci si rende conto quale sia la difficoltà che si incontra nei movimenti in queste condizioni: provate ad immaginare di avere il vostro amato figlio o nipotino sulle spalle per 24 ore; non resisterete a lungo.

Un uomo con molto spirito ed altrettanta mole affermò una volta che quando si alzava aveva la sensazione che le sue ossa si muovessero ma che il suo corpo non lo seguisse.

Di solito una persona notevolmente obesa, man mano che incontra difficoltà, tende ad isolarsi e a strutturare la sua casa attenuando, per quanto possibile, i problemi circondandosi di arredi che rendono meno disagiata la quotidianità.

Se questo può risultare semplice in alcune cose, per altre, spesso non c'è rimedio. Come è facile constatare, nella maggior parte dei divani e delle poltrone l'altezza da terra è troppo bassa e la seduta troppo morbida rendendo proibitivi i movimenti anche per una persona anziana. I grandi obesi in Italia sono quasi 2 milioni e le persone sopra i sessant'anni sono più di 17 milioni.

Le sedie specie con i braccioli, risultano spesso troppo strette così come le sedie da giardino e le sdraio; un vero incubo!

I costruttori dovrebbero considerare un'altezza ottimale di seduta ed adeguare i prodotti alle reali necessità oltre che ad una solidità strutturale che infonda la sicurezza di reggere il peso e permetta agevolmente di rialzarsi.

I letti presentano strutture che nella maggior parte dei casi possono reggere grossi pesi, anche se nelle reti a doghe non è indicata la tolleranza al peso e, talvolta, capita che alcune si rompano. Nelle reti metalliche si può con il tempo deformare la struttura rendendo la posizione di riposo poco fisiologica. Analogo problema per i materassi con tanti tipi e troppa varietà di prezzi per permettere al profano una giusta scelta. Eppure il

letto rappresenta il luogo dove si trascorre circa un terzo della nostra vita: per qualcuno anche di più!

Le dimensioni del wc e del bidet presentano spesso incongruenze scomode: sono troppo bassi o troppo stretti oppure sono posizionati troppo vicini.

Le docce hanno piatti di 60 o 70 cm, ed impediscono un accesso agevole quando presentino porte a soffietto o ante scorrevoli.

Gli standard edilizi dei luoghi pubblici prevedono talvolta aree di transito larghe solamente 60 cm.

Negli appartamenti le porte sono quasi totalmente con apertura a compasso con larghezza di 70 cm per l'accesso nelle camere per l'accesso e solo di 60 cm per l'accesso a bagni o stanzini.

Attualmente nella fase di progettazione possono essere impiegate porte scorrevoli che rendono più agevole ed ampio il passaggio. Spostarsi è piuttosto difficile per centinaia di migliaia di persone che sono comunque obbligate a farlo. Per molti casi anche semplicemente entrare in ascensore può essere molto difficile o addirittura impossibile.

E' difficile servirsi dei mezzi pubblici, cosa purtroppo obbligatoria per moltissime persone.

Negli affollati autobus non è facile salire o scendere per l'eccessiva altezza degli scalini e, una volta saliti, diviene difficile trovare una collocazione idonea. I sedili sono a norma larghi solo 40 cm e quando non vi sia posto a sedere si incontrano notevoli difficoltà per l'eccessiva altezza degli appigli che, nei convulsi movimenti del traffico, fanno da perno di rotazione rendendone scomodo l'uso. I treni rappresentano per molti una delle barriere architettoniche più diffuse. Gli scalini presentano altezze da scalata ed i servizi igienici hanno difficoltà di accesso e spazi insufficienti ai movimenti. I moderni treni presentano ancora gravi malagevolezze nell'uso dei servizi igienici, soprattutto per la scomodissima posizione dei wc per chi abbia delle limitazioni. Nelle metropolitane, banche, uffici pubblici, mense etc. esiste il problema delle barriere rotanti per chi presenta grosse circonferenze corporee. I viaggi aerei propongono grosse problematiche di spazio specie in classe economica. La soluzione è rappresentata dall'acquisto di un biglietto di classe superiore o di due posti adiacenti, oppure dare imbarazzo ai compagni di viaggio.

E' auspicabile che le compagnie aeree prevedano delle soluzioni. Negli Stati Uniti, dove il sovrappeso interessa il cinquanta per cento della popolazione e l'obesità di vario grado il trentacinque per cento; le compagnie aeree si sono dimostrate sensibili aumentando di circa 7 cm la lunghezza dei sedili.

Anche per quanto riguarda l'uso dell'auto l'obeso trova enormi difficoltà: fino a pochi anni fa era costretto a servirsi esclusivamente di auto di grosse dimensioni con costi elevatissimi. Attualmente c'è una soluzione, grazie alla ricerca ergonomica che ha permesso la costruzione di auto più idonee a chi non abbia molta agilità.

E'un'avventura recarsi in un ristorante ove le incognite sono molteplici: sedie, bagni, spazio tra i tavoli etc.

Cinema e teatri sono prevedibile nelle loro limitazioni per le insufficienti poltrone, quasi tutte con 40 cm di larghezza.

Volendo esprimere una considerazione prettamente commerciale, si rimane stupiti di fronte ad una frenetica ricerca di un mercato che ignora le molteplici e concrete necessità di migliaia di persone, quindi potenziali clienti.

E' necessario addentrarsi in questo difficile argomento considerando le attività socializzanti.

Quasi ogni persona obesa intervistata ha affermato come senta il proprio problema e quante più persone lo condividano.

Quando l'obesità è di grado elevato la quasi totalità sfugge le occasioni di incontro, isolandosi sempre di più.

Molte di queste persone sarebbero disponibili ad incontrarsi, a viaggiare, a svolgere attività sportive se si tenessero presenti queste loro potenzialità.

Molte persone obese intervistate affermano che si recherebbero volentieri in palestra o in piscina se vi fossero orari riservati.

Anche questa rappresenta un'ampia area di mercato che non è tenuta presente perché i dati reali dell'obesità sono sotto stimati o, meglio, sconosciuti.

La maggior parte delle persone intervistate, variamente rappresentate, si è dimostrata incredula nell'apprendere come la frequenza statistica di incidenza dell'obesità in Italia sia quasi sovrapponibile a quella degli Stati Uniti.

Negli ospedali dovrebbero esserci bilance capaci di misurare oltre i 140 kg e le apparecchiature TAC o RMN devono poter accogliere utenti di peso molto elevato o fuori misura, cosa che al momento non è possibile, anche se il diritto alla salute deve essere garantito a tutti, anche alle minoranze, oltretutto anche scarse.

Forse nessuno sa che l'apparecchio della TAC può sopportare di solito un peso fino a 150 kg e che quello per la risonanza magnetica è troppo stretto per rischiare di farvi entrare un grave obeso!

Abbiamo constatato come l'obesità anche grave sia molto più diffusa di quanto sembri perché in Italia è sommersa per motivi cautelari, di riserbo e di dignità umana e sociale.

Molti non li incontriamo nella vita di tutti i giorni come invece accade negli Stati Uniti.

Da noi sono oggetto anche di emarginazione sociale e di discriminazione lavorativa.

Non trovano lavoro ma non hanno i requisiti per essere considerati invalidi a causa di normative che appaiono anacronistiche.

Vi sono casi di giovani del peso di oltre 150 kg, malati obiettivamente, non ritenuti invalidi, ma neanche protetti né aiutati socialmente in alcun modo. La realtà dimostra come siano molti di più di quanto si possa immaginare e come siano socialmente soli.

Bibliografia

A.I.O. (2001) Associazione Italiana Obesità, *Peso, Sovrappeso, Obesità*, Guida Editore editore

Jersild A.T.(1957) *The psychology of adolescence*, MacMillan, New York

Koupernik(1981) *Sviluppo neuropsicologico nella prima infanzia*, Ed. Puccin, Padova

Le Goff J.(1981) *L' uomo medievale*, Laterza

Lucchese M. et al.(1997) *La terapia chirurgica dell'obesità da L' obesità*; SEE

Maffi V.(1989) *Igiene Mentale e Psichiatria Infantile*, Edipsicologiche, Cremona

Malagoli Togliatti M.(1994) *Famiglie multiproblematiche* N.I.S. , Roma

Manca S.(1986) *Handicap e sessualità: dall'ignoranza da sconfiggere a una cultura da creare*, Min. Ped.

Marcelli D., Braconier A.(1985) *Psicopatologia del bambino*, Ed. Masson, Milano

Marcelli D., Braconier A. (1985) *Psicopatologia dell' adolescente*, Ed. Masson, Milano

Mason E.E.(1987) *Morbid obesity: use of vertical banded gastroplasty* in *Surg Clin Nprth Am* 67: 521

Menzel P. D' Aluisio *Hungry Planet: What the World Eats*, Ten Speed Press

Mocciaro R. Lo Gullo E.(1985) *Bambini in casa*, Edizioni Psicologia, Roma

Reuchlin M.(1981) *Manuale di Psicologia*, Editori Riuniti, Roma,

Rotella C.M. et al.(1997) *L'obesità*, SEE

Schlosberg S.(1997) *Tenersi in forma*, Apogeo

La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (DCA)

Mario Becciu, psicologo, psicoterapeuta, docente CRP e AIPRE becciucolasanti@tin.it

La prevenzione nel campo della salute mentale è da tutti invocata come urgente, necessaria, risolutiva (Contessa, 1994; Ammaniti, 2006).

Ciononostante, non poche perplessità vengono presentate sia in riferimento alla sostenibilità della stessa prevenzione dei disturbi mentali, sia per quanto riguarda la prevenzione di specifici disturbi, come ad es. i disturbi alimentari.

Sin dalle origini della *primary prevention*, negli anni '70, all'interno della nascente psicologia di comunità, alcuni autori mettevano in discussione la validità del concetto stesso di prevenzione a causa della totale assenza di conoscenze circa l'eziopatogenesi della maggior parte dei disturbi mentali.

Il paradigma epistemologico della psichiatria organicista, basato sulle relazioni causa-effetto tra eventi patogeni ed esiti morbosi, non poteva accogliere i principi fondativi della *primary prevention*.

L'attuale concetto di prevenzione nel campo della salute mentale è il risultato di un lungo percorso concettuale, parallelo ai cambiamenti di paradigmi epistemologici avvenuti all'interno delle scienze psicologiche.

Il modello biomedico, basato su un determinismo causalistico unidirezionale, esclude la possibilità dell'esistenza di una prevenzione scientificamente fondata.

Anche il successivo modello multi causale, pur indebolendo l'originario assunto della possibile esistenza di una sola causa organica responsabile dei disturbi mentali, non si discosta dal paradigma deterministico e l'inclusione di possibili fattori ambientali tra le cause degli eventi clinici non riesce a sostenere la dignità scientifica delle discipline preventive.

Dobbiamo attendere il salto di qualità rappresentato dalla teoria generale dei sistemi (SGT) di Von Bertalanffy (1968) e dal modello ecologico di Engel (1977) che con un articolo pubblicato su *Science* diventa, forse indebitamente, il padre del modello bio-psico-sociale, dato che 30 anni prima l'OMS aveva già modificato in tale prospettiva il concetto di salute e di malattia.

L'introduzione del concetto di probabilità nella relazione tra fattori predisponenti, fattori correlati ed eventi morbosi favorisce una miglior collocazione concettuale e applicativa delle scienze preventive all'interno di più livelli multidimensionali (biologici, psicologici e sociali).

L'intervento preventivo assume, all'interno di tale prospettiva, il ruolo di processo volto a depotenziare la carica patogenica del rischio psicosociale.

In tal modo, anche le discipline preventive possono fondare scientificamente la propria prassi. Così, il concetto di rischio assunto nell'ottica probabilistica e correlazionale, consente alla prevenzione di produrre, a diversi livelli, studi, ricerche e programmi d'intervento volti all'individuazione e alla modifica dei principali fattori di rischio correlati alle diverse malattie mentali.

Anche questo filone fondativo delle scienze preventive non risulta esente da limiti e rischi concettuali.

Nella letteratura non sempre si riesce ad escludere del tutto l'approccio eziologico stico e si assiste a semplici modifiche nominalistiche sostituendo il termine causa con il termine rischio. Non altrimenti si spiegherebbe la ricerca di un unico fattore di rischio responsabile dell'eziogenesi psicopatologica. Anche il concetto di *profilo di rischio*, elaborato da alcuni autori per individuare le principali correlazioni esistenti a livello quantitativo, non riesce a

valorizzare il peso qualitativo della dimensione soggettiva altamente implicata nell'interdipendenza dinamica soggetto ambiente.

Attualmente, soprattutto sulla spinta degli studi inerenti la *Developmental Psychopathology*, appare particolarmente fruttuoso l'approccio dinamico processuale di interdipendenza tra fattori di rischio e di protezione (Rutter, 1982; 1985; 2000; Coie et al., 1993; Cicchetti- Cohen, 1995) . Tale focus sembra contribuire in modo significativo a dare sostegno teorico alle scienze preventive nell'individuare la genesi, lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi mentali.

La maggior parte degli studi che si interessano oggi di prevenzione e di salute mentale, infatti, vertono sull'individuazione sia dei principali fattori di rischio che di quelli di protezione (Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000; Baraldi – Coletti, 2001; Becciu – Colasanti, 2005; Bonino – Cattelino, 2008) per cercare di modificare i primi e potenziare i secondi.

Ed è attraverso quest'ultima prospettiva che cercheremo di analizzare specificatamente la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare.

Innanzitutto, l'analisi di studi empirici in ambito di prevenzione ci suggerisce che i programmi di promozione della salute, detti anche *universali* (Mrazek - Haggerty, 1994), risultano essere meno efficaci dei programmi *selettivi* (Resnikow - Botvin, 1993) Greenberg, Domitrovich, Bumbarger, 2000). D'altra parte, i programmi selettivi in ambito di prevenzione dei DCA, soprattutto nei contesti scolastici, vengono sconsigliati per il rischio di effetti iatrogeni (Carter, Stewart, Dunn e Fairburn, 1997; Rosen & Neumark-Sztainer, 1998; Springer, Winzelberg, Perkins, Taylor, 1999) riferibili a una sorta di *normalizzazione* dei DCA e ad un aumento dei comportamenti nocivi susseguenti alle nuove conoscenze acquisite durante lo svolgimento delle attività preventive.

A motivo della complessità e delle difficoltà insite nella realizzazione dei programmi di prevenzione dei DCA, indichiamo alcuni aspetti basilari da tenere presenti nella programmazione e nella realizzazione di tali interventi.

Innanzitutto, poiché i primi sintomi dei DCA compaiono in età evolutiva e il tasso di incidenza tende ad aumentare e quello di insorgenza ad abbassarsi progressivamente, coinvolgendo la fase della preadolescenza e, per l'obesità, l'età pediatrica, l'intervento preventivo dovrà essere il più precoce possibile.

In secondo luogo, l'intervento preventivo dovrà basarsi sulla ricerca sia per quanto riguarda l'individuazione dei fattori di rischio che per quanto concerne quelli di protezione.

D'altra parte, in ambito di DCA, possiamo disporre dei soli fattori di rischio in quanto gli studi empirici sono stati condotti solamente su popolazione clinica (Nation, 2003) .

Una interessante rassegna dei principali fattori di rischio correlati all'insorgenza e allo sviluppo dei DCA si trova in Lombardo C., Caiani S., Vannucci M., (1999).

Nel loro contributo viene operata una distinzione tra fattori di rischio personali e ambientali.

Quelli di tipo personale li possiamo riscontrare a livello biologico, psicologico e comportamentale, mentre quelli ambientali a livello socioculturale, mass-mediatico, familiare e legati al *peer-group*. A livello *biologico* sono segnalati: una predisposizione di tipo genetico a sviluppare i disturbi alimentari, differenze di genere (inferiore nei maschi), la precocità dello sviluppo puberale con conseguente repentino aumento di peso nelle ragazze.

A livello *psicologico* sono indicati: la presenza di una distorta immagine corporea (perceptiva e affettiva), l'insoddisfazione per il corpo e l'impulso verso la magrezza (trattamenti riusciti di modifica dell'immagine corporea si correlano alla diminuzione dei DCA), la scarsa autostima e un basso concetto di sé (ipercontrollo del peso come senso di inefficacia personale e di bassa stima di sé), l'instabilità affettiva (tendenza a

manifestare ansia, depressione, impulsività e copresenza di disturbi dell'umore e di personalità), il perfezionismo come costrutto multidimensionale con variabili personali e interpersonali.

Da un punto di vista più strettamente *comportamentale*, sono menzionati tra i fattori maggiormente correlati: la tendenza ad adottare comportamenti alimentari restrittivi (l'associazione di dieta ipocalorica con eccessiva preoccupazione per il peso è un indice predittivo significativo), la presenza di abitudini alimentari disordinate (abbuffate, eliminazioni ripetute, uso di diuretici o lassativi, digiuni, ecc.) e di stili di vita eccessivamente sedentari, l'aumento di consumo di zuccheri e grassi (aumento del BMI e della quantità di grasso corporeo).

Tra i fattori *ambientali*, la ricerca evidenzia influenze di tipo socio-culturale, massmediatico e relazionale. A livello di influenze *socioculturali* abbiamo: ruolo dei valori dominanti e gli standard di bellezza; diffusione delle pratiche restrittive alimentari, culto della fitness, i cambiamenti nei ruoli sessuali; a livello *massmediatico*: i modelli socialmente condivisi come la magrezza quale canone di bellezza e di successo professionale (elemento questo che incide sul senso di inadeguatezza corporea e di insoddisfazione corporea di molte adolescenti); a livello *relazionale*: atteggiamenti e comportamenti alimentari disfunzionali nel sistema familiare (enfasi sulla bellezza e magrezza, mito del controllo corporeo, diete ripetute), intrusività e ipercontrollo genitoriale; condizionamenti diretti e indiretti nel gruppo dei pari.

I fattori di protezione, così come premesso, si possono solo inferire e tener presenti quando si intendono realizzare programmi di prevenzione.

Tra questi, le campagne di promozione della salute, seppur meno efficaci degli interventi specifici, dovrebbero con il metodo esperienziale e partecipativo incidere sull'incremento di variabili, quali: autostima, senso di autoefficacia, resistenza alle pressioni sociali, abilità di coping per fronteggiare il distress, nonché sullo sviluppo di una significativa rete sociale. Inoltre, anche e soprattutto per prevenire i DCA, occorre favorire esperienze relazionali soddisfacenti sin dalla tenera età, legami positivi e significativi con almeno un genitore e, negli ambienti extrafamiliari, come la scuola e il peer-group, spazi di incontro che favoriscono la rielaborazione emotiva dei vissuti personali.

Più specificatamente, sembrerebbe particolarmente utile, nella prevenzione dei DCA, il diffondersi di una cultura dell'accettazione di se stessi, del proprio corpo, della propria vita. Pertanto, un buon programma di prevenzione dei DCA dovrebbe avere le seguenti caratteristiche: multidimensionalità (rivolto a più destinatari, quali preadolescenti e adolescenti, genitori e insegnanti), durata triennale, metodologie di tipo socioemozionale ed esperienziale più che di tipo informativo conoscitivo.

In particolare, gli interventi destinati ai ragazzi dovrebbero favorire in questi ultimi: attitudini, stili di vita e comportamenti salutotropi, stima di sé e flessibilità cognitiva, ricerca di peer-group impegnati in valori appaganti.

I contenuti che dovrebbero invece essere privilegiati negli interventi destinati ai genitori, concernono: relazioni affettuose e valorizzanti, comportamenti alimentari in famiglia, diete e mito del controllo del peso corporeo; autostima dei figli, influsso dei mass-media.

Infine, i programmi destinati agli insegnanti dovrebbero vertere su: promozione dell'autostima scolastica, competenze socio relazionali nel gruppo dei pari, relazionalità significativa con ciascun allievo, sviluppo della flessibilità cognitiva e del pensiero critico soprattutto in riferimento alle pressioni sociali e mass mediatiche.

Bibliografia

- Ammaniti M.(2006), *Quale prevenzione*, Psicologia Clinica dello Sviluppo, X, 2, 313-355
- Baraldi C., Coletti M (2001), *Linee guida per la prevenzione delle tossicodipendenze*, Milano, F. Angeli
- Becciu M., Colasanti A.R.(2005), *Valutazione di progetto, di processo, di esiti*, in Balleri V., Zanni R.,*Progetto sperimentale triennale di prevenzione. 'Tessitura' di reti territoriali permanenti*,197-232, Modena, Golinelli Industrie Grafiche
- Bertalanffy L. von (1971), *Teoria generale dei sistemi*, Milano, ILI
- Bonino S., Cattelino E. (a cura di)(2008), *La prevenzione in adolescenza*, Trento, Erikson
- Carter J., Stewart D.A, Dunn V.J., Fairburn C. (1997), *Primary Prevention of Eating Disorders: Might it Do More Harm than Good?* - International Journal of Eating Disorders, n. 22, 167 - 172
- Coie J.D. et al.(1993), *The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program*, American Psychologist, 48, 1013-1022
- Cicchetti D., Cohen D.J. (1995), *Developmental Psychopathology: vol. 2. Risk, disorders and adaptation*, N.Y., Wiley
- Contessa G.(1994), *La prevenzione*. Milano, Città Studi..
- Engel G.L. (1977), *The need for a New Medical Model: a challenge for Biomedicine*, Science, 196(4286):129-136
- Greenberg M.T., Domitrovich C., Bumbarger B.(2000), *Preventing Mental Disorders in school-age children: A Review of the Effectiveness of Prevention programs*, The Pennsylvania State University
- Lombardo C., Caiani S., Vannucci M.(1999), *Fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari in adolescenza*, Psicologia della Salute, 3-4, , 81-111
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.
- Nation M. et al.(2003), *Whats works in prevention: Principles of effective prevention programs*, American Psychologist, 58, 449-456
- D. Neumark-Sztainer, N. Sherwood, T. Collier, P. Hannan (2000), *Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: Feasibility and short-term effect of a community-based intervention*. Journal of the American Dietetic Association, , n. 100, 1466 - 1473
- Resnikow K., Botvin G. (1993), *On the effects of school health education programs: why do they decay?*, Preventive Medicine, 22, 484-490
- Rutter M. (1982), *Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance*, Pediatrics, 70, 883-894
- Rutter M. (1985), *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, British Journal of Psychiatry, 147, 598-611
- Rutter M. (2000), *Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings and policy implications*, in Shonkoff J.P., Meisels S.J. (ed.), *Handbook of early childhood intervention*, N.Y., Cambridge University Press, 651-682
- Springer E. A., Winzelberg A. J., Perkins R., Taylor C. B.(1999), *Effects of a body image curriculum for college students on improved body image*, International Journal of Eating Disorders, Vol. 26 Issue 1, 13 - 20

Pane, Amore e Fantasia: un programma psicoeducativo per genitori

Anna Rita Colasanti, psicologa, psicoterapeuta; docente di Psicologia di comunità, Psicologia della salute, Psicologia preventiva all'Università Pontificia Salesiana di Roma, AIPRE becciucolasanti@tin.it

Pane, Amore e Fantasia è un programma finalizzato a promuovere nei genitori conoscenze per una sana e corretta alimentazione.

La scelta di questo titolo non è casuale, riteniamo infatti che per aiutare i bambini e i ragazzi a sviluppare un buon rapporto con il cibo, siano proprio questi gli ingredienti essenziali. Siamo del parere che il buon pasto non è quello che si limita a garantire un equilibrato apporto calorico, ma è anche quello consumato in un'atmosfera serena e positiva e, perché no, preparato e proposto con un tocco di creatività, colore e fantasia.

Nelle pagine che seguono riportiamo brevemente una descrizione del programma nei suoi aspetti più salienti.

Il programma è destinato a genitori di bambini della scuola materna ed elementare. La decisione di rivolgerci a questa fascia di età è dettata dal fatto che è quella in cui i bambini cominciano ad essere più autonomi nel comportamento alimentare, iniziano a consumare i primi pasti fuori casa, nelle mense scolastiche, ed è possibile che inizino a strutturare abitudini non del tutto corrette. Prima si interviene ad orientare positivamente le loro scelte e i loro comportamenti al riguardo e meglio è.

Inoltre, in questa fascia di età è anche più facile raggiungere i genitori che, essendo alle prese con le prime difficoltà o dubbi sul piano educativo, sono desiderosi di un supporto che aiuti loro a sentirsi più competenti nell'approccio con i figli.

Ma qual è il senso di un programma di educazione alimentare? Quali sono le ragioni che ne rendono importante l'attuazione nelle scuole, nei consultori, nei centri per la famiglia? Eccone alcune:

- la corretta alimentazione si apprende in famiglia e le abitudini di cui il bambino fa esperienza in tale contesto determinano fortemente il rapporto che questi avrà con il cibo in età adulta;
- le abitudini alimentari si evolvono seguendo le varie fasi della crescita e sono ampiamente soggette all'influenza della situazione affettiva;
- il rapporto che i figli sviluppano con il proprio corpo e con la propria fisicità è condizionato dall'atteggiamento che i genitori stessi assumono al riguardo;
- la disposizione dei figli verso la sedentarietà o la dinamicità è significativamente correlata con l'atteggiamento dei genitori verso l'attività fisica.

Pertanto, decidere di investire in formazione dei genitori, anche per quanto concerne l'area dell'alimentazione, vuol dire non solo favorire la crescita sana e armonica dei nostri ragazzi, ma anche prevenire disordini più o meno importanti sul piano fisico e mentale.

Ciò premesso vediamo brevemente quali siano gli obiettivi generali e specifici delle diverse unità in cui si articola il programma.

Gli obiettivi generali concernono:

- l'incremento della consapevolezza circa le abitudini alimentari in famiglia
- la modifica di eventuali abitudini disfunzionali
- l'incremento della conoscenza circa i diversi alimenti e le caratteristiche di un regime alimentare sano ed equilibrato
- l'incremento delle conoscenze circa i bisogni nutrizionali e fisici dei propri figli

- l'acquisizione di indicazioni utili su comportamenti desiderabili e non, relativi all'alimentazione dei propri figli
- l'incremento delle conoscenze circa i benefici dell'esercizio fisico e circa alcune semplici modalità per accrescerlo in famiglia
- l'incremento della consapevolezza circa l'importanza di favorire nei figli l'espressione delle proprie emozioni e l'acquisizione di alcune modalità comunicative che possono essere di aiuto in tal senso
- l'incremento delle conoscenze sui principali disturbi del comportamento alimentare e sulle relative modalità di gestione e prevenzione.

Al fine di raggiungere tali obiettivi generali, il programma si articola in sei unità, più una settimana di valutazione, aventi ciascuna obiettivi specifici.

Nella prima unità: *Perché parlare di alimentazione*, i genitori conoscono l'articolazione del programma, fanno una prima conoscenza dei partecipanti, si rendono consapevoli delle proprie abitudini alimentari e apprendono a monitorare le quelle dei propri figli. Specificatamente in questa unità i genitori hanno modo di individuare le caratteristiche dello stile alimentare in famiglia e imparano ad utilizzare il diario alimentare.

Nella seconda unità: *Caratteristiche di una buona e sana alimentazione*, i genitori conoscono le caratteristiche di una corretta alimentazione, i nutrienti, le loro funzioni, gli alimenti che li contengono, e imparano a stimare - sulla base delle indicazioni ricevute - la qualità del proprio regime alimentare. E' in questa seconda unità che i genitori possono rendersi meglio conto di eventuali risorse e vulnerabilità della propria alimentazione e intravedere margini di migliorabilità.

Nella terza unità: *I bisogni nutrizionali in età scolare*, i genitori conoscono quale sia il fabbisogno energetico in quest'età, sono informati sui principali errori nutrizionali che tipicamente si riscontrano, sanno come dovrebbe caratterizzarsi una giornata alimentare ottimale e stimano sulla base delle indicazioni ricevute la qualità del regime alimentare dei propri figli.

Nella quarta unità: *Cosa fare e non fare con i figli a proposito di cibo*, i genitori conoscono i modi che si dovrebbero accompagnare al rapporto con il cibo, gli errori da evitare e stimano sulla base delle indicazioni ricevute il proprio comportamento al riguardo. Qualora dovessero individuare delle personali manchevolezze sono incoraggiati a correggere il tiro e a trovare modalità alternative di rapportarsi al cibo e ai propri figli.

Nella quinta unità: *L'importanza dell'esercizio fisico*, i genitori conoscono i benefici del movimento in età evolutiva e in età adulta e i rischi della sedentarietà, si rendono consapevoli del tempo speso in famiglia per l'esercizio fisico e individuano i principali ostacoli in tal senso nonché soluzioni adeguate per il loro superamento. Essi ricevono inoltre utili suggerimenti su alcuni piccoli e fruibili cambiamenti che in questa direzione possono essere apportati in famiglia.

Nella sesta unità: *Emozioni e cibo*, i genitori acquisiscono informazioni circa il delicato rapporto esistente tra cibo ed emozioni, incrementano la consapevolezza circa le situazioni nelle quali i bambini possono scambiare le emozioni come stimoli della fame, individuano modalità per aiutare i propri figli ad esprimere e verbalizzare i loro stati emotivi, riflettono su alcuni atteggiamenti che potrebbero favorire o evitare futuri disordini alimentari.

Infine, nella settimana ed ultima unità: *Da ora in poi...*, possono verificare quanto acquisito, prendere consapevolezza dei cambiamenti attuati, pianificare un percorso di mantenimento.

L'esperienza ci ha insegnato che affrontare alcune tematiche in gruppo laddove è possibile lo scambio e il confronto con altri genitori, offre davvero lo stimolo giusto per cominciare a

promuovere significativi cambiamenti nelle abitudini salutari in genere e, specificatamente, in quelle legate al comportamento alimentare.

Per migliorare il proprio stile di vita occorre: *conoscere, essere convinti di poterlo fare e pianificare il cambiamento* e tanto le conoscenze, quanto il senso di autoefficacia, come la programmazione di nuove abitudini sono sicuramente facilitate dal sostegno e dalla funzione socio emotiva di un gruppo di pari. Poter scambiare vicendevolmente informazioni, conoscenze, capacità, suggerimenti, soluzioni offre ai genitori la possibilità di individuare nuove e più proficue strategie da adottare con i propri figli e attiva importanti processi di trasformazione e cambiamento.

Bibliografia

Bryant Waugh R., Lask B. (2006), *Disturbi alimentari. Guida per genitori e insegnanti*, Trento, Erickson

EHN (European Heart Network), (2006) "*Children, obesity and associated avoidable chronic diseases*"

Fiz Perez F. J. (2008), *Mangiare e crescere. Aspetti cognitivi, sociali e relazionali*. Roma, ed. Magi

Harris, J.L., Bargh, J.A., & Brownell, K.D. (2009). *Priming effects of television food advertising on eating behaviour*. *Health Psychology*.

Harrison Kristen, Marske MA (2005), *Nutritional Content of Foods Advertised During the Television Programs Children Watch Most*, *American Journal of Public Health*, Vol 95, 1568-1574, 9

Juul J. (2000) *Ragazzi, a tavola!* Milano Feltrinelli

Montecchi F. (2009) *Il cibo-mondo, persecutore minaccioso. I disturbi del comportamento alimentare dell'infanzia e dell'adolescenza. Per comprendere, valutare, curare*, Milano Franco Angeli

Nissemberg S.K. Pearl B.N. (2002), *Eating right from 8 to 18*, New York, Wiley & Sons.

Vignolo M., Rossi F., Bardazza G. (2005), *Mi piace piacermi. Bambini e sovrappeso. Un percorso di trattamento per bambini, genitori e operatori*, Milano Franco Angeli

Introduzione alla Psicologia Positiva

Federico Colombo, psicologo, psicoterapeuta, docente AIAMC, presidente della Società Italiana di Psicologia Positiva

Fin dagli anni '60 e '70 del secolo scorso il tema della qualità della vita ha attirato l'interesse di studiosi e operatori di diverse discipline quali medicina, psicologia, politica e sociologia. In quegli anni in Italia vi fu il boom economico e contemporaneamente un insieme di rivolgimenti sociali che esplicitamente o implicitamente parlavano di nuovi valori: di salute, benessere, partecipazione e, appunto, qualità della vita (Goldwurm e Sibilio, 1995). La valutazione della qualità della vita, dell'individuo o delle comunità, attraverso gli indicatori oggettivi quali il reddito, la salute fisica, le condizioni abitative ed i ruoli sociali è risultata deficitaria ed è stata completata considerando gli indicatori soggettivi. Un individuo infatti valuta il proprio stato di salute, il proprio livello di soddisfazione nell'ambito sociale, lavorativo e personale, i traguardi raggiunti e gli obiettivi futuri in base a parametri che possono differire anche profondamente dalle condizioni oggettive in cui si trova (Goldwurm, Baruffi e Colombo, 2004). In ambito psicologico, lo studio del benessere soggettivo ha dato origine al movimento della Psicologia Positiva, formalizzatosi alla fine degli anni '90.

Lo scopo della psicologia positiva è quello di catalizzare un cambiamento nella psicologia in modo che a fianco dello studio di "come riparare al peggio nella vita" ci sia spazio anche per la costruzione delle qualità positive: una scienza e una professione per comprendere e costruire quei fattori che permettono agli individui, alle comunità e alle società di "fiorire" e raggiungere un funzionamento ottimale (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000).

In particolare si possono individuare tre aree di studio: a) le emozioni positive (inclusa la felicità); b) i tratti positivi: potenzialità, virtù e abilità (comprese le capacità atletiche); c) le istituzioni positive (democrazia, famiglia, libertà di informazione, temi condivisi con la sociologia). Le istituzioni positive supportano i tratti positivi che a loro volta supportano le emozioni positive (Seligman, 2003). Questi aspetti "positivi" svolgono il loro ruolo tanto nei momenti di benessere quanto in quelli di crisi: permettono un rapido dissolversi delle emozioni negative, arginano le difficoltà della vita e i disturbi psicologici, e migliorano le capacità di recupero dell'individuo.

La psicologia positiva può consentire di superare l'antitesi tra positivo e negativo, tipica della cultura occidentale, e proporsi come un prospettiva da cui studiare l'essere umano in tutte le sue sfaccettature, focalizzandosi sul ruolo fondamentale delle risorse e delle potenzialità dell'individuo, e avvalendosi di metodologie scientifiche (Delle Fave, 2007). Ecco quindi che in quest'ottica è possibile applicare la prospettiva della psicologia positiva nella disabilità (Delle Fave, Bassi, 2007) e nella psicopatologia (Baruffi, Colombo, Goldwurm, 2005), negli interventi di prevenzione e di terapia (Colombo e Goldwurm, 2007; Fava e Ruini, 2003; Seligman, 2002).

Lo studio del benessere

Lo studio del benessere viene affrontato facendo riferimento a due prospettive di base, quella edonica e quella eudemonica. Da un punto di vista edonico, il benessere è inteso come felicità soggettiva derivata sia dal piacere edonico che dalla soddisfazione per il raggiungimento di obiettivi personali. In tal senso il costrutto di riferimento è quello di "benessere soggettivo" elaborato da Diener (1984) che prevede una componente cognitiva e una emotiva. La prima si riferisce alla soddisfazione per i diversi ambiti di vita, mentre la seconda alla frequenza delle emozioni e precisamente al prevalere di quelle

positive su quelle negative. La rilevazione del benessere soggettivo può avvenire tramite semplici scale auto-somministrate e questo ha facilitato l'uso di questi strumenti in studi di popolazione (Diener, 2000). La Scala di Soddisfazione della Vita è stata adattata e utilizzata anche in studi italiani su adolescenti e adulti in generali (Colombo, Balbo e Baruffi, 2006; Goldwurm, Baruffi e Colombo, 2004).

Da un punto di vista eudemonico, il benessere è inteso come un processo di sviluppo ed espressione delle virtù individuali in armonia con il mondo circostante. Il costrutto più noto ed utilizzato all'interno di questa prospettiva è quello di "benessere psicologico" elaborato da Ryff (1989) che prevede sei dimensioni: auto accettazione, relazioni sociali positive, crescita personale, propositi di vita, padronanza dell'ambiente e autonomia.

Le due prospettive di studio del benessere non sono in contrasto tra loro e possono essere integrate in una visione di benessere personale come funzionamento ottimale.

La recente definizione di salute mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sembra recepire al meglio quanto proposto dalla psicologia positiva: «Uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie abilità, può affrontare gli stress normali della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso, ed è in grado di fornire un contributo alla sua comunità» (World Health Organization, 2004). Emerge chiaramente che la salute mentale è qualcosa di più della mera assenza di disturbi mentali. Su questa linea di pensiero, Keyes (2005) sostiene l'opportunità di considerare salute mentale e malattia mentale come due fattori distinti: la salute mentale completa è uno stato in cui gli individui sono liberi da disturbi mentali e contemporaneamente vivono in una gamma ottimale di funzionamento umano detta "flourishing", letteralmente "fiorire". Quest'ultima condizione – connotata da adattamento, chiare mete nella vita, crescita e resilienza – contrasta con la patologia ma anche con il "languishing" (in italiano "languente, languido"), uno stato in cui le persone descrivono le proprie vite come vuote pur in assenza di un disturbo mentale clinicamente significativo. Ecco quindi che l'assenza di un disturbo mentale non implica necessariamente la presenza di salute mentale intesa come una condizione di pieno benessere (flourishing) così come l'assenza di salute mentale non implica la presenza di disturbi mentali (languishing).

Il flourishing si associa a migliori condizioni di salute fisica, a meno giorni di lavoro persi, e ad un minor uso dei servizi sanitari e può essere considerato un obiettivo nelle strategie di promozione della salute mentale (Keyes, 2007). Ma perché i costrutti della psicologia positiva possano diventare dei punti di riferimento negli studi e negli interventi è necessario darne definizioni operazionali e che possano tradursi in vere e proprie diagnosi di benessere condivise, e questa è probabilmente la sfida che si sta cogliendo con il flourishing (Keyes, 2002) e le potenzialità personali (Peterson, Seligman, 2004). Quanto è stato utile a livello metodologico nello studio degli aspetti psicopatologici può essere ora applicato anche nello studio e nella promozione del funzionamento ottimale.

La Società Italiana di Psicologia Positiva

In Italia l'interesse per la psicologia positiva è recente. Si pensi che nel luglio del 2004 si tenne a Verbania il Secondo Convegno Europeo di Psicologia Positiva dove gli italiani erano la minoranza dei partecipanti (i contributi più significativi sono stati raccolti in Delle Fave, 2006). Prima della fine del 2004 però l'incontro tra ambito accademico e ambito applicativo ha portato alla fondazione della Società Italiana di Psicologia Positiva (SIPP) di cui il primo presidente è stato Gian Franco Goldwurm.

La Società Italiana di Psicologia Positiva, associazione senza scopo di lucro, si prefigge i seguenti scopi (estratti dallo statuto disponibile integralmente sul sito internet www.psicologiapositiva.it):

1) Promuovere la teoria e la prassi della Psicologia Positiva.

2) Favorire e promuovere la ricerca nelle aree tipiche della Psicologia Positiva. Per esempio:

l'identificazione delle potenzialità personali

gli aspetti bio-psico-sociali delle cognizioni, delle emozioni e delle esperienze positive

il benessere soggettivo

l'autostima, la creatività e la spiritualità

lo stile esplicativo

la costruzione dei rapporti personali

le abilità di coping

il benessere in popolazioni particolari.

3) Sviluppare la diffusione e l'insegnamento degli stessi obiettivi.

4) Curare la formazione di professionisti operanti in questo settore, anche mediante corsi di formazione.

5) Svolgere attività professionale di intervento psicologico positivo atto a promuovere la Qualità della Vita, il Benessere Psicologico e la Salute, nella vita individuale, in quella lavorativa e in quella familiare e sociale.

6) Promuovere, stabilire e mantenere relazioni scientifiche con studiosi o associazioni nazionali ed internazionali che perseguono gli stessi obiettivi.

Per il raggiungimento di tali scopi, fra l'altro, organizza e partecipa a congressi, conferenze, seminari, corsi e riunioni a livello nazionale ed internazionale, e può realizzare rapporti di affiliazione con associazioni nazionali ed internazionali affini. Inoltre promuove la pubblicazione di articoli, riviste e libri in versione cartacea e digitale.

L'attività della Società Italiana di Psicologia Positiva finora si è svolta coerentemente con i fini statutari. Nel 2005 sono stati organizzati due simposi di Psicologia Positiva durante il XIII Congresso Nazionale AIAMC svoltosi a Milano, uno su "Teorie e applicazioni" e l'altro su "Modelli e interventi clinici". Inoltre fu presentata la lettura magistrale di R. Veehoven dal titolo "Worried Happiness". L'anno successivo fu organizzato il simposio "Positive Psychology: A New Perspective in Basic and Applied Research" all'interno della International CIANS Conference (sempre a Milano). Dal 2007 invece vengono organizzate le Giornate Nazionali di Psicologia Positiva, tenutesi finora a Milano (2007), Chieti (2008) e Roma (2009) in collaborazione con le università locali. Alle giornate prendono parte relatori di livello nazionale che si occupano di psicologia positiva nei diversi campi di studio e applicativi (modelli teorici, clinica, salute, scuola, e lavoro).

Un'ulteriore occasione di incontro e confronto è rappresentata dai Mercoledì Positivi. Si tratta di incontri promossi fin dal 2006 (quattro o cinque all'anno) di circa due ore in cui viene presentata una relazione su un tema pre-ordinato per poi aprire la discussione tra i partecipanti con l'obiettivo di fare il punto delle conoscenze attuali in materia.

Per favorire la divulgazione della psicologia positiva la SIPP, sin dal 2005, pubblica anche la Newsletter di Psicologia Positiva. Una newsletter in formato elettronico (stampabile) che offre informazioni sul mondo della psicologia positiva con notizie, recensioni e articoli di approfondimento e viene inviata quattro volte l'anno ai soci (ma tutti i numeri arretrati sono a disposizione di tutti coloro che visitano il sito della SIPP).

Il sito internet www.psicologiapositiva.it è il sito ufficiale della Società ma anche una fonte autorevole di informazioni sulla psicologia positiva nel panorama nazionale ed internazionale. Infatti, esso offre informazioni, sia in lingua italiana che in lingua inglese, sulle riviste specializzate del settore, libri, convegni, link, eventi formativi, ecc..

Come si è potuto intuire la SIPP è molto attiva nella promozione della psicologia positiva in Italia e può vantare anche il primato di essere stata la prima società o associazione professionale dedicata alla psicologia positiva a livello internazionale, un punto di

riferimento per tutti coloro che operano o che vogliono iniziare a farlo nei diversi campi della psicologia positiva, sia a livello accademico che professionale/applicativo.

Bibliografia

- Baruffi M., Colombo F., Goldwurm G. F. (2005), *Benessere soggettivo in soggetti affetti da Disturbi dell'Alimentazione*, in *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 11 (2): 165-172.
- Colombo F., Balbo M., Baruffi M. (2006), *Subjective well-being and optimism in a sample of Italian students*, in *Homeostasis*, 44, 2006, 1-2: 34-39.
- Colombo F., Goldwurm G.F. (2007), *Psicologia positiva e psicoterapia. Psicologia della Salute*, 1: 117-126.
- Delle Fave (ed., 2006), *Dimensions of well-being*. FrancoAngeli, Milano.
- Delle Fave A. (2007), *Le dimensioni soggettive del benessere e la psicologia positiva*, in Delle Fave A. (ed.), *La condivisione del benessere. Il contributo della Psicologia Positiva*, FrancoAngeli, Milano.
- Delle Fave A., Bassi M. (2007), *Psicologia e salute*, UtetUniversità, Novara.
- Diener, E. (1984), *Subjective Well-Being. Psychological Bulletin* 95, 542-575.
- Diener, E. (2000), *Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index*. *American Psychologist*, 55, 1, 34-43.
- Fava G. A., Ruini C. (2003). *Development and characteristics of well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. Journal Behavioural therapy and experimental psychiatry*, 34: 45-63
- Goldwurm G.F., Baruffi M. & Colombo F. (2004), *Qualità della vita e benessere psicologico. Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felice.*, McGraw-Hill, Milano.
- Goldwurm G.F., Sibilia L., (eds) (1995), *La "Qualità della Vita"*, (fascicolo monografico a cura di). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, Torino, Upsel Ed.
- Keyes C.L.M. (2005). *Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3): 539-548
- Keys C.L.M. (2007), *Promoting and protecting mental health as flourishing, American Psychologist*, 62 (2): 95-108.
- Peterson C., Seligman M.E.P. (2004), *Character strengths and values. A handbook and classification*, Oxford University Press.
- Ryff C.D. (1989), *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being, Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6): 1069-1081.
- Seligman M. E. P. (2002), *Positive psychology, positive prevention and positive therapy*, in Snyder C. R., Lopez S. J. (eds.), *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, Oxford.
- Seligman M. E. P. (2003), *La costruzione della felicità, Che cos'è l'ottimismo, perché può migliorare la vita*, Sperling & Kupfer Editori, Milano.
- Seligman M. E. P., Csikszentmihalyi M. (2000), *Positive psychology: An introduction, American Psychologist*, 55: 5-14.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report)*.

Prospettive internazionali

Positive Psychology

An Introduction

Martin E. P. Seligman Mihaly Csikszentmihalyi

University of Pennsylvania Claremont Graduate University
January 2000 ° American Psychologist

A science of positive subjective experience, positive individual traits, and positive institutions promises to improve quality of life and prevent the pathologies that arise when life is barren and meaningless. The exclusive focus on pathology that has dominated so much of our discipline results in a model of the human being lacking the positive features that make life worth living. Hope, wisdom, creativity, future mindedness, courage, spirituality, responsibility, and perseverance are ignored or explained as transformations of more authentic negative impulses. The 15 articles in this millennial issue of the American Psychologist discuss such issues as what enables happiness, the effects of autonomy and selfregulation, how optimism and hope affect health, what constitutes wisdom, and how talent and creativity come to fruition. The authors outline a framework for a science of positive psychology, point to gaps in our knowledge, and predict that the next century will see a science and profession that will come to understand and build the factors that allow individuals, communities, and societies to flourish.

Entering a new millennium, Americans face a historical choice. Left alone on the pinnacle of economic and political leadership, the United States can continue to increase its material wealth while ignoring the human needs of its people and those of the rest of the planet. Such a course is likely to lead to increasing selfishness, to alienation between the more and the less fortunate, and eventually to chaos and despair. At this juncture, the social and behavioral sciences can play an enormously important role. They can articulate a vision of the good life that is empirically sound while being understandable and attractive. They can show what actions lead to well-being, to positive individuals, and to thriving communities. Psychology should be able to help document what kinds of families result in children who flourish, what work settings support the greatest satisfaction among work- ers, what policies result in the strongest civic engagement, and how people's lives can be most worth living. Yet psychologists have scant knowledge of what makes life worth living. They have come to understand quite a bit about bow people survive and endure under conditions of adversity. (For recent surveys of the history of psychology, see, e.g., Benjamin, 1992; Koch & Leary, 1985; and Smith, 1997.) However, psychologists know very little about how normal people flourish under more benign conditions. Psychology has, since World War II, become a science largely about healing. It concentrates on repairing damage within a disease model of human functioning. This almost exclusive attention to pathology neglects the fulfilled individual and the thriving community. The aim of positive psychology is to begin to catalyze a change in the focus of psychology from preoccupation only with repairing the worst things in life to also building positive qualities.

The field of positive psychology at the subjective level is about valued subjective experiences: well-being, contentment, and satisfaction (in the past); hope and optimism (for the future); and flow and happiness (in the present). At the individual level, it is about positive individual traits: the capacity for love and vocation, courage, interpersonal skill, aesthetic sensibility, perseverance, forgiveness, originality, future mindedness, spirituality, high talent, and wisdom. At the group level, it is about the

civic virtues and the institutions that move individuals toward better citizenship: responsibility, nurturance, altruism, civility, moderation, tolerance, and work ethic.

Two personal stories, one told by each author, explain how we arrived at the conviction that a movement toward positive psychology was needed and how this special issue of the *American Psychologist* came about. For Martin E. P. Seligman, it began at a moment a few months after being elected president of the American Psychological Association:

The moment took place in my garden while I was weeding with my five-year-old daughter, Nikki. I have to confess that even though I write books about children, I'm really not all that good with children. I am goal oriented and time urgent, and when I'm weeding in the garden, I'm actually trying to get the weeding done. Nikki, however, was throwing weeds into the air, singing, and dancing around. I yelled at her. She walked away, then came back and said: "....."



Martin E. P. Seligman

Photo by Bachrach

“Daddy, I want to talk to you.”

“Yes, Nikki?”

“Daddy, do you remember before my fifth birthday?”

From the time I was three to the time I was five, I was a whiner. I whined every day. When I turned five, I decided not to whine anymore. That was the hardest thing I’ve ever done. And if I can stop whining, you can stop being such a grouch.”

This was for me an epiphany, nothing less. I learned something about Nikki, about raising kids, about myself, and a great deal about my profession. First, I realized that raising Nikki was not about correcting whining. Nikki did that herself. Rather, I realized that raising Nikki is about taking this marvelous strength she has—I call it “seeing into the soul”—amplifying it, nurturing it, helping her to lead her life around it to buffer against her weaknesses and the storms of life. Raising children, I realized, is vastly more than fixing what is wrong with them. It is about identifying and nurturing their strongest qualities, what they own and are best at, and helping them find niches in which they can best live out these strengths.

As for my own life, Nikki hit the nail right on the head. I was a grouch. I had spent 50 years mostly enduring wet weather in my soul, and the past 10 years being a nimbus cloud in a household full of sunshine. Any good fortune I had was probably not due to my grumpiness, but in spite of it. In that moment, I resolved to change.

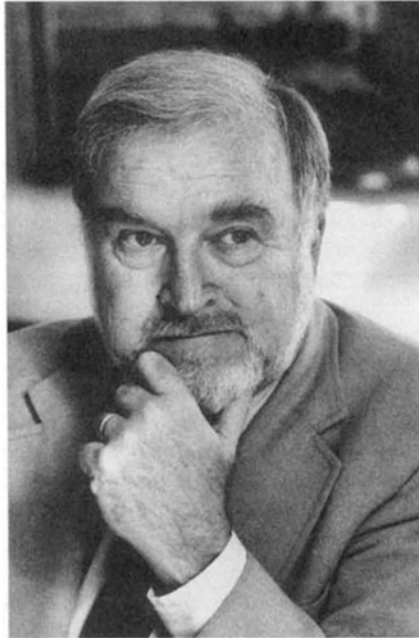
However, the broadest implication of Nikki’s teaching was about the science and profession of psychology: Before World War II, psychology had three distinct missions: curing mental illness, making the lives of all people more productive and fulfilling, and identifying and nurturing high talent. The early focus on positive psychology is exemplified by work such as Terman’s studies of giftedness

(Terman, 1939) and marital happiness (Terman, Bottenwieser, Ferguson, Johnson, & Wilson, 1938), Watson’s writings on effective parenting (Watson, 1928), and Jung’s work concerning the search for and discovery of meaning in life (Jung, 1933). Right after the war, two events—both economic—changed the face of psychology: In 1946, the Veterans Administration (now Veterans Affairs) was founded, and thousands of psychologists found out that they could make a living treating mental illness. In 1947, the National Institute of Mental Health (which, in spite of its charter, has always been based on the disease model and should now more appropriately be renamed the National Institute of Mental Illness) was founded, and academics found out that they could get grants if their research was about pathology.

This arrangement has brought many benefits. There have been huge strides in the understanding of and therapy for mental illness: At least 14 disorders, previously intractable, have yielded their secrets to science and can now be either cured or considerably relieved (Seligman, 1994). The downside, however, was that the other two fundamental missions of psychology—making the lives of all people better and nurturing genius—were all but forgotten. It wasn’t only the subject matter that was altered by funding, but the currency of the theories underpinning how psychologists viewed themselves. They came to see themselves as part of a mere subfield of the health professions, and psychology became a victimology. Psychologists saw human beings as passive foci: Stimuli came on and elicited responses (what an extraordinarily passive word!). External reinforcements weakened or strengthened responses. Drives, tissue needs, instincts, and conflicts from childhood pushed each of us around.

Psychology’s empirical focus shifted to assessing and curing individual suffering. There has been an explosion in research on psychological disorders and the negative effects of environmental stressors, such as parental divorce, the deaths of loved ones, and physical and sexual abuse. Practitioners went about treating the mental illnesses of patients within a disease framework by repairing damage: damaged habits, damaged drives, damaged childhoods, and damaged brains.

Mihaly Csikszentmihalyi realized the need for a positive psychology in Europe during World War II: As a child, I witnessed the dissolution of the smug world in which I had been comfortably ensconced. I noticed with surprise how many of the adults I had known as successful and self-confident became helpless and dispirited once the war removed their social supports. Without jobs, money, or status, they were reduced to empty shells. Yet there were a few who kept their integrity and purpose despite the surrounding chaos. Their serenity was a beacon that kept others from losing hope. And these were not the men and women one would have expected to emerge unscathed: They were not necessarily the most respected, better educated, or more skilled individuals. This experience set me thinking: What sources of strength were these people drawing on?



**Mihaly
Csikszentmihalyi**

Reading philosophy and dabbling in history and religion did not provide satisfying answers to that question. I found the ideas in these texts to be too subjective, to be dependent on faith or to be dubious assumptions; they lacked the clear-eyed skepticism and the slow cumulative growth that I associated with science. Then, for the first time, I came across psychology: first the writings of Jung, then Freud, then a few of the psychologists who were writing in Europe in the 1950s. Here, I thought, was a possible solution to my quest—a discipline that dealt with the fundamental issues of life and attempted to do so with the patient simplicity of the natural sciences.

However, at that time psychology was not yet a recognized discipline. In Italy, where I lived, one could take courses in it only as a minor while pursuing a degree in medicine or in philosophy, so I decided to come to the United States, where psychology had gained wider acceptance. The first courses I took were somewhat of a shock. It turned out that in the United States, psychology had indeed become a science, if by science one means only a skeptical attitude and a concern for measurement. What seemed to be lacking, however, was a vision that justified the attitude and the methodology. I was looking for a scientific approach to human behavior, but I never dreamed that this could yield a value-free understanding. In human behavior, what is most intriguing is not the average, but the improbable. Very few people kept their decency during the onslaught of World War II; yet it was those few who held the key to what humans could be like at their best. However, at the height of its behaviorist phase, psychology was being taught as if it were a branch of statistical mechanics. Ever since, I have struggled to reconcile the twin imperatives that a science of human beings should include: to understand what *is* and what *could be*.

A decade later, the “third way” heralded by Abraham Maslow, Carl Rogers, and other humanistic psychologists promised to add a new perspective to the entrenched clinical and behaviorist approaches. The generous humanistic vision had a strong effect on the culture at large and held enormous promise. Unfortunately, humanistic psychology did not attract much of a cumulative empirical base, and it spawned myriad therapeutic self-help movements. In some of its incarnations, it emphasized the self and encouraged a self-centeredness that played down concerns for collective well-being. Future debate will determine whether this came about because Maslow and Rogers were ahead of their times, because these flaws were inherent in their original vision, or because of overly enthusiastic followers. However, one legacy of the humanism of the 1960s is prominently displayed in any large bookstore: The “psychology” section contains at least 10 shelves on crystal healing, aromatherapy, and reaching the inner child for every shelf of books that tries to uphold some scholarly standard.

Whatever the personal origins of our conviction that the time has arrived for a positive psychology, our message is to remind our field that psychology is not just the study of pathology, weakness, and damage; it is also the study of strength and virtue. Treatment is not just fixing what is broken; it is nurturing what is best. Psychology is not just a branch of medicine concerned with illness or health; it is much larger. It is about work, education, insight, love, growth, and play. And in this quest for what is best, positive psychology does not rely on wishful thinking, faith, self-deception, fads, or hand waving; it tries to adapt what is best in the scientific method to the unique problems that human behavior presents to those who wish to understand it in all its complexity.

What foregrounds this approach is the issue of prevention. In the past decade, psychologists have become concerned with prevention, and this was the presidential theme of the 1998 American Psychological Association convention in San Francisco. How can psychologists prevent problems like depression or substance abuse or schizophrenia in young people who are genetically vulnerable or who live in worlds that nurture these problems? How can psychologists prevent murderous schoolyard violence in children who have access to weapons, poor parental supervision, and a mean streak? What psychologists have learned over 50 years is that the disease model does not move psychology closer to the prevention of these serious problems. Indeed, the major strides in prevention have come largely from a perspective focused on systematically building competency, not on correcting weakness.

Prevention researchers have discovered that there are human strengths that act as buffers against mental illness: courage, future mindedness, optimism, interpersonal skill, faith, work ethic, hope, honesty, perseverance, and the capacity for flow and insight, to name several. Much of the task of prevention in this new century will be to create a science of human strength whose mission will be to understand and learn how to foster these virtues in young people.

Working exclusively on personal weakness and on damaged brains, however, has rendered science poorly

The major psychological theories have changed to undergird a new science of strength and resilience. No longer do the dominant theories view the individual as a passive vessel responding to stimuli; rather, individuals are now seen as decision makers, with choices, preferences, and the possibility of becoming masterful, efficacious, or in malignant circumstances, helpless and hopeless (Bandura, 1986; Seligman, 1992). Science and practice that rely on this worldview may have the direct effect of preventing many of the major emotional disorders. They may also have two side effects: They may make the lives of clients physically healthier, given all that psychologists are learning about the effects of mental wellbeing on the body. This science and practice will also reorient psychology back to its two neglected missions—making normal people stronger and more productive and making high human potential actual.

About This Issue

The 15 articles that follow this introduction present a remarkably varied and complex picture of the orientation in psychology and the social sciences more generally that might be included under the rubric of positive psychology. Of course, like all selections, this one is to some extent arbitrary and incomplete. For many of the topics included in this issue, the space allotted to an entire issue of the *American Psychologist* would be needed to print all the contributions worthy of inclusion. We hope only that these enticing hors d'oeuvres stimulate the reader's appetite to sample more widely from the offerings of the field.

As editors of this special issue, we have tried to be comprehensive without being redundant. The authors were asked to write at a level of generality appealing to the greatly varied and diverse specialties of the journal's readership, without sacrificing the intellectual rigor of their arguments. The articles were not intended to be specialized reviews of the literature, but broad overviews with an eye turned to cross-disciplinary links and practical applications. Finally, we invited mostly seasoned scholars to contribute, thereby excluding some of the most promising young researchers but they are already preparing to edit a section of this journal devoted to the latest work on positive psychology.

There are three main topics that run through these contributions. The first concerns the positive experience. What makes one moment "better" than the next? If Daniel Kahneman is right, the hedonic quality of current experience is the basic building block of a positive psychology (Kahneman, 1999, p. 6). Diener (2000, this issue) focuses on subjective well-being, Massimini and Delle Fave (2000, this issue) on optimal experience, Peterson (2000, this issue) on optimism, Myers (2000, this issue) on happiness, and Ryan and Deci (2000, this issue) on self-determination. Taylor, Kemeny, Reed, Bower, and Gruenwald (2000, this issue), and Salovey, Rothman, Detweiler, and Steward (2000, this issue) report on the relationship between positive emotions and physical health. These topics can, of course, be seen as statelike or traitlike: One can investigate either what accounts for moments of happiness or what distinguishes happy from unhappy individuals. Thus, the second thread in these articles is the theme of the positive personality. The common denominator underlying all the approaches represented here is a perspective on human beings as self-organizing, self-directed, adaptive entities. Ryan and Deci (2000) focus on self-determination, Baltes and Staudinger (2000, this issue) on wisdom, and Vaillant (2000, this issue) on mature defenses. Lubinski and Benbow (2000, this issue), Simon-ton (2000, this issue), Winner (2000, this issue), and Larson (2000, this issue) focus on exceptional performance (i.e., creativity and talent). Some of these approaches adopt an explicit developmental perspective, taking into account that individual strengths unfold over an entire life span.

The third thread that runs through these contributions is the recognition that people and experiences are embedded in a social context. Thus, a positive psychology needs to take positive communities and positive institutions into account. At the broadest level, Buss (2000, this issue) and Massimini and Delle Fave (2000) describe the evolutionary milieu that shapes positive human experience. Myers (2000) describes the contributions of social relationships to happiness, and Schwartz (2000,

this issue) reflects on the necessity for cultural norms to relieve individuals of the burden of choice. Larson (2000) emphasizes the importance of voluntary activities for the development of resourceful young people, and Winner (2000) describes the effects of families on the development of talent. In fact, to a degree that is exceedingly rare in psychological literature, every one of these contributions looks at behavior in its ecologically valid social setting. A more detailed introduction to the articles in this issue follows.

Evolutionary Perspectives

The first section comprises two articles that place positive psychology in the broadest context within which it can be understood, namely that of evolution. To some people, evolutionary approaches are distasteful because they deny the importance of learning and self-determination, but this need not be necessarily so. These two articles are exceptional in that they not only provide ambitious theoretical perspectives, but *mirabile dictu* they also provide uplifting practical examples of how a psychology based on evolutionary principles can be applied to the improvement of the human condition.

In the first article, David Buss (2000) reminds readers that the dead hand of the past weighs heavily on the present. He focuses primarily on three reasons why positive states of mind are so elusive. First, because the environments people currently live in are so different from the ancestral environments to which their bodies and minds have been adapted, they are often misfit in modern surroundings. Second, evolved distress mechanisms are often functional for instance, jealousy alerts people to make sure of the fidelity of their spouses. Finally, selection tends to be competitive and to involve zero-sum outcomes. What makes Buss's article unusually interesting is that after identifying these major obstacles to well-being, he then outlines some concrete strategies for overcoming them. For instance, one of the major differences between ancestral and current environments is the paradoxical change in people's relationships to others: On the one hand, people live surrounded by many more people than their ancestors did, yet they are intimate with fewer individuals and thus experience greater loneliness and alienation. The solutions to this and other impasses are not only conceptually justified within the theoretical framework but are also eminently practical. So what are they? At the risk of creating unbearable suspense, we think it is better for readers to find out for themselves.

Whereas Buss (2000) bases his arguments on the solid foundations of biological evolution, Fausto Massimini and Antonella Delle Fave (2000) venture into the less explored realm of psychological and cultural evolution. In a sense, they start where Buss leaves off: by looking analytically at the effects of changes in the ancestral environment and by looking specifically at how the production of *memes* (e.g., artifacts and values) affect and are affected by human consciousness. They start with the assumption that living systems are self-organizing and oriented toward increasing complexity. Thus, individuals are the authors of their own evolution. They are continuously involved in the selection of the memes that will define their own individuality, and when added to the memes selected by others, they shape the future of the culture. Massimini and Delle Fave make the point so essential to the argument for positive psychology—that psychological selection is motivated not solely by the pressures of adaptation and survival, but also by the need to reproduce optimal experiences. Whenever possible, people choose behaviors that make them feel fully alive, competent, and creative. These authors conclude their visionary call for individual development in harmony with global evolution by providing instances drawn from their own experience of cross-cultural interventions, where psychology has been applied to remedy traumatic social conditions created by runaway modernization.

Positive Personal Traits

The second section includes five articles dealing with four different personal traits that contribute to

positive psychology: subjective well-being, optimism, happiness, and self-determination. These are topics that in the past three decades have been extensively studied and have produced an impressive array of findings many of them unexpected and counterintuitive.

The first article in this set is a review of what is known about subjective well-being written by Edward Diener (2000), whose research in this field now spans three decades. Subjective well-being refers to what people think and how they feel about their lives to the cognitive and affective conclusions they reach when they evaluate their existence. In practice, subjective well-being is a more scientific-sounding term for what people usually mean by happiness. Even though subjective well-being research relies primarily on rather global self-ratings that could be criticized on various grounds, its findings are plausible and coherent. Diener's account begins with a review of the temperament and personality correlates of subjective well-being and the demographic characteristics of groups high in subjective well-being. The extensive cross-cultural research on the topic is then reviewed, suggesting interesting links between macrosocial conditions and happiness. A central issue is how a person's values and goals mediate between external events and the quality of experience. These investigations promise to bring psychologists closer to understanding the insights of such philosophers of antiquity as Democritus or Epictetus, who argued that it is not what happens to people that determines how happy they are, but how they interpret what happens. One dispositional trait that appears to mediate between external events and a person's interpretation of them is optimism. This trait includes both *little optimism* (e.g., "I will find a convenient parking space this evening") and *big optimism* (e.g., "Our nation is on the verge of something great"). Christopher Peterson (2000) describes the research on this beneficial psychological characteristic in the second article of this set. He considers optimism to involve cognitive, emotional, and motivational components. People high in optimism tend to have better moods, to be more persevering and successful, and to experience better physical health. How does optimism work? How can it be increased? When does it begin to distort reality? These are some of the questions Peterson addresses. As is true of the other authors in this issue, this author is aware that complex psychological issues cannot be understood in isolation from the social and cultural contexts in which they are embedded. Hence, he asks questions such as the following: How does an overly pessimistic culture affect the well-being of its members? And conversely, does an overly optimistic culture lead to shallow materialism?

David Myers (2000) presents his synthesis of research on happiness in the third article of this section. His perspective, although strictly based on empirical evidence, is informed by a belief that traditional values must contain important elements of truth if they are to survive across generations. Hence, he is more attuned than most to issues that are not very fashionable in the field, such as the often-found association between religious faith and happiness. The other two candidates for promoting happiness that Myers considers are economic growth and income (not much there, after a minimum threshold of affluence is passed) and close personal relationships (a strong association). Although based on correlational survey studies of self-reported happiness, the robustness of the findings, replicated across time and different cultures, suggests that these findings ought to be taken seriously by anyone interested in understanding the elements that contribute to a positive quality of life.

In the first of two articles that focus on self-determination, Richard Ryan and Edward Deci (2000) discuss another trait that is central to positive psychology and has been extensively researched. Self-determination theory investigates three related human needs: the need for competence, the need for belongingness, and the need for autonomy. When these needs are satisfied, Ryan and Deci claim personal well-being and social development are optimized. Persons in this condition are intrinsically motivated, able to fulfill their potentialities, and able to seek out progressively greater challenges. These authors consider the kinds of social contexts that support autonomy, competence, and relatedness, and those that stand in the way of personal growth. Especially important is their discussion of how a person can maintain autonomy even under external

pressures that seem to deny it. Ryan and Deci's contribution shows that the promises of the *humanistic psychology* of the 1960s can generate a vital program of empirical research.

Is an emphasis on autonomy an unmitigated good? Barry Schwartz (2000) takes on the subject of self-determination from a more philosophical and historical angle. He is concerned that the emphasis on autonomy in our culture results in a kind of psychological tyranny an excess of freedom that may lead to dissatisfaction and depression. He finds particularly problematic the influence of rational-choice theory on our conception of human motivation. The burden of responsibility for autonomous choices often becomes too heavy, leading to insecurity and regrets. For most people in the world, he argues, individual choice is neither expected nor desired. Cultural constraints are necessary for leading a meaningful and satisfying life. Although Ryan and Deci's (2000) self-determination theory takes relatedness into account as one of the three components of personal fulfillment, Schwartz's argument highlights even further the benefits of relying on cultural norms and values.

Implications for Mental and Physical Health

One of the arguments for positive psychology is that during the past half century, psychology has become increasingly focused on mental illness and, as a result, has developed a distorted view of what normal and exceptional human experience is like. How does mental health look when seen from the perspective of positive psychology? The next three articles deal with this topic.

Beethoven was suicidal and despairing at age 31, yet two dozen years later he composed the "Ode to Joy," translating into sublime music Schiller's lines, "Be embraced, all ye millions " What made it possible for him to overcome despair despite poverty and deafness? In the first article of this section, the psychiatrist George Vaillant (2000) reminds readers that it is impossible to describe positive psychological processes without taking a life span, or at least a longitudinal, approach. "Call no man happy till he dies," for a truly positive psychological adaptation should unfold over a lifetime. Relying on the results obtained from three large samples of adults studied over several decades, Vaillant summarizes the contributions of mature defenses altruism, sublimation, suppression, humor, anticipation to a successful and joyful life. Even though Vaillant still uses the pathocentric terminology of *defenses*, his view of mature functioning, which takes into full account the importance of creative, proactive solutions, breaks the mold of the victimology that has been one legacy of psychoanalytic approaches.

It is generally assumed that it is healthy to be rigorously objective about one's situation. To paint a rosier picture than the facts warrant is often seen as a sign of pathology (cf. Peterson, 2000; Schwartz, 2000; and Vaillant, 2000, in this issue). However, in the second article of this section, Shelley Taylor and her collaborators argue that unrealistically optimistic beliefs about the future can protect people from illness (Taylor et al., 2000). The results of numerous studies of patients with life-threatening diseases, such as AIDS, suggest that those who remain optimistic show symptoms later and survive longer than patients who confront reality more objectively. According to these authors, the positive effects of optimism are mediated mainly at a cognitive level. An optimistic patient is more likely to practice habits that enhance health and to enlist social support. It is also possible, but not proven, that positive affective states may have a direct physiological effect that retards the course of illness. As Taylor et al. note, this line of research has enormously important implications for ameliorating health through prevention and care.

At the beginning of their extensive review of the impacts of a broad range of emotions on physical health, Peter Salovey and his coauthors (Salovey et al., 2000) ruefully admit that because of the pathological bias of most research in the field, a great deal more is known about how negative emotions promote illness than is known about how positive emotions promote health. However, as positive and negative emotions are generally inversely correlated, they argue that substituting the

former for the latter can have preventive and therapeutic effects. The research considered includes the direct effects of affect on physiology and the immune system, as well as the indirect effects of affect, such as the marshalling of psychological and social resources and the motivation of health-promoting behaviors. One of the most interesting sets of studies they discuss is the one that shows that persons high in optimism and hope are actually more likely to provide themselves with unfavorable information about their disease, thereby being better prepared to face up to realities even though their positive outcome estimates may be inflated.

Fostering Excellence

If psychologists wish to improve the human condition, it is not enough to help those who suffer. The majority of "normal" people also need examples and advice to reach a richer and more fulfilling existence. This is why early investigators, such as William James (1902/1958), Carl Jung (1936/1969), Gordon Allport (1961), and Abraham Maslow (1971), were interested in exploring spiritual ec-stasy, play, creativity, and peak experiences. When these interests were eclipsed by medicalization and "physics envy," psychology neglected an essential segment of its agenda. As a gesture toward redressing such neglect, the last section of this issue presents six articles dealing with phenomena at the opposite end of the pathological tail of the normal curve the end that includes the most positive human experiences. Wisdom is one of the most prized traits in all cultures; according to the Old Testament, its price is above rubies (Job 28:18). It is a widespread belief that wisdom comes with age, but as the gerontologist Bernice Neugarten used to say, "You can't expect a dumb youngster to grow up to be a wise senior." Although the first president of the American Psychological Association, G. Stanley Hall, tried to develop a model of wisdom in aging as far back as 1922 (Hall, 1922), the topic has not been a popular one in the intervening years. Recently, however, interest in wisdom has revived, and nowhere more vigorously than at the Max Planck Institute of Berlin, where the "Berlin wisdom paradigm" has been developed. Paul Baltes and Ursula Staudinger (2000) report on a series of studies that has resulted in a complex model that views wisdom as a cognitive and motivational heuristic for organizing knowledge in pursuit of individual and collective excellence. Seen as the embodiment of the best subjective beliefs and laws of life that have been sifted and selected through the experience of succeeding generations, wisdom is defined as an expert knowledge system concerning the fundamental pragmatic issues of existence.

The second article in this section, by David Lubinski and Camilla Benbow (2000), deals with excellence of a different sort. In this article, the authors review the large literature concerning children with exceptional intellectual abilities. If one asked a layperson at what point in the distribution of intelligence the largest gap in ability is found, the modal answer would probably be that it is the gifted people in the top 1% or 2% who differ most in ability from the rest of the population. As the authors point out, however, one third of the total ability range is found within the top 1% a child with an IQ of 200 is quite different and needs a different educational environment from a gifted student with "only" an IQ of 140. Lubinski and Benbow consider issues of how to identify, nurture, counsel, and teach children in these high ability ranges, arguing that neglecting the potentialities of such exceptional children would be a grievous loss to society as a whole.

One of the most poignant paradoxes in psychology concerns the complex relationships between pathology and creativity. Ever since Cesare Lombroso raised the issue over a century ago, the uneasy relationship between these two seemingly opposite traits has been explored again and again (on this topic, cf. also Vaillant, 2000, in this issue). A related paradox is that some of the most creative adults were reared in unusually adverse childhood situations. This and many other puzzles concerning the nature and nurture of creativity are reviewed in Dean K. Simonton's (2000) article, which examines the cognitive, personality, and developmental dimensions of the process, as well as the environmental conditions that foster or hinder creativity. For instance, on the basis of his exhaustive historiometric analyses that measure rates of creative contributions decade by decade, Simonton concludes that nationalistic revolts against oppressive rules are followed a generation

later by greater frequencies of creative output. The topics of giftedness and exceptional performance dealt with in the previous two articles are also taken up by Ellen Winner (2000). Her definition of giftedness is more inclusive than the previous ones: It relates to children who are precocious and self-motivated and approach problems in their domain of talent in an original way. Contrary to some of the findings concerning creative individuals just mentioned, such children tend to be well-adjusted and to have supportive families. Winner describes the current state of knowledge about this topic by focusing on the origins of giftedness; the motivation of gifted children; and the social, emotional, and cognitive correlates of exceptional performance. As is true of most other contributors to this issue, this author is sensitive throughout to the practical implications of research findings, such as what can be done to nurture and to keep giftedness alive.

Developing excellence in young people is also the theme of Reed Larson's (2000) article, which begins with the ominous and often replicated finding that the average student reports being bored about one third of the time he or she is in school. Considering that people go to school for at least one fifth of their lives, this is not good news. Larson argues that youths in our society rarely have the opportunity to take initiative, and that their education encourages passive adaptation to external rules instead. He explores the contribution of voluntary activities, such as participation in sport, art, and civic organizations, to providing opportunities for concentrated, self-directed effort applied over time. Although this article deals with issues central also to previous articles (e.g., Massimini & Delle Fave, 2000; Ryan & Deck 2000; Winner, 2000), it does so from the perspective of naturalistic studies of youth programs, thereby adding a welcome confirmatory triangulation to previous approaches.

Challenges for the Future

The 15 articles contained in this issue make a powerful contribution to positive psychology. At the same time, the issues raised in these articles point to huge gaps in knowledge that may be the challenges at the forefront of positive psychology. What, can we guess, are the great problems that will occupy this science for the next decade or two?

The Calculus of Well-Being

One fundamental gap concerns the relationship between momentary experiences of happiness and long-lasting wellbeing. A simple hedonic calculus suggests that by adding up a person's positive events in consciousness, subtracting the negatives, and aggregating over time, one will get a sum that represents that person's overall well-being. This makes sense, up to a point (Kahneman, 1999), but as several articles in this issue suggest, what makes people happy in small doses does not necessarily add satisfaction in larger amounts; a point of diminishing returns is quickly reached in many instances, ranging from the amount of income one earns to the pleasures of eating good food. What, exactly, is the mechanism that governs the rewarding quality of stimuli?

The Development of Positivity

It is also necessary to realize that a person at time N is a different entity from the same person at time $N + 1$; thus, psychologists can't assume that what makes a teenager happy will also contribute to his or her happiness as an adult. For example, watching television and hanging out with friends tend to be positive experiences for most teenagers. However, to the extent that TV and friends become the main source of happiness, and thus attract increasing amounts of attention, the teenager is likely to grow into an adult who is limited in the ability to obtain positive experiences from a wide range of opportunities. How much delayed gratification is necessary to increase the chances of long-term well-being? Is the future mindedness necessary for serious delay of gratification antagonistic to momentary happiness, to living in the moment? What are the childhood building blocks of later happiness or of long-lasting well-being?

Neuroscience and Heritability

A flourishing neuroscience of pathology has begun in the past 20 years. Psychologists have more than rudimentary ideas about what the neurochemistry and pharmacology of depression are. They have reasonable ideas about brain loci and pathways for schizophrenia, substance abuse, anxiety, and obsessive compulsive disorder. Somehow, it has gone unobserved (and unfunded) that all of these pathological states have their opposites (LeDoux & Armony, 1999). What are the neurochemistry and anatomy of flow, good cheer, realism, future mindedness, resistance to temptation, courage, and rational or flexible thinking?

Similarly, psychologists are learning about the heritability of negative states, like aggression, depression, and schizophrenia, but they know very little of the genetic contribution of gene-environment interaction and covariance. Can psychologists develop a biology of positive experience and positive traits?

Enjoyment Versus Pleasure

In a similar vein, it is useful to distinguish positive experiences that are *pleasurable* from those that are *enjoyable*. Pleasure is the good feeling that comes from satisfying homeostatic needs such as hunger, sex, and bodily comfort. Enjoyment, on the other hand, refers to the good feelings people experience when they break through the limits of homeostasis when they do something that stretches them beyond what they were in an athletic event, an artistic performance, a good deed, a stimulating conversation. Enjoyment, rather than pleasure, is what leads to personal growth and long-term happiness, but why is that when given a chance, most people opt for pleasure over enjoyment? Why do people choose to watch television over reading a challenging book, even when they know that their usual hedonic state during television is mild dysphoria, whereas the book can produce flow?

Collective Well-Being

This question leads directly to the issue of the balance between individual and collective well-being. Some hedonic rewards tend to be zero-sum when viewed from a systemic perspective. If running a speedboat for an hour provides the same amount of well-being to Person A as reading from a book of poems provides to Person B, but the speedboat consumes 10 gallons of gasoline and irritates 200 bathers, should the two experiences be weighed equally? Will a social science of positive community and positive institutions arise?

Authenticity

It has been a common but unspoken assumption in the social sciences that negative traits are authentic and positive traits are derivative, compensatory, or even inauthentic, but there are two other possibilities: that negative traits are derivative from positive traits and that the positive and negative systems are separate systems. However, if the two systems are separate, how do they interact? Is it necessary to be resilient, to overcome hardship and suffering to experience positive emotion and to develop positive traits? Does too much positive experience create a fragile and brittle personality?

Buffering

As positive psychology finds its way into prevention and therapy, techniques that build positive traits will become commonplace. Psychologists have good reason to believe that techniques that build positive traits and positive subjective experiences work, both in therapy and perhaps more importantly in prevention. Building optimism, for example, prevents depression (Seligman, Schulman, DeRubeis, & Hollon, 1999). The question is, how? By what mechanisms does courage

or interpersonal skill or hope or future mindedness buffer against depression or schizophrenia or substance abuse?

Descriptive or Prescriptive

Is a science of positive psychology descriptive or prescriptive? The study of the relations among enabling conditions, individual strengths, institutions, and outcomes such as well-being or income might merely result in an empirical matrix. Such a matrix would describe, for example, what talents under what enabling conditions lead to what kinds of outcomes. This matrix would inform individuals' choices along the course of their lives, but would take no stand on the desirability of different life courses. Alternatively, positive psychology might become a prescriptive discipline like clinical psychology, in which the paths out of depression, for example, are not only described, but also held to be desirable.

Realism

What is the relationship between positive traits like optimism and positive experiences like happiness on the one hand, and being realistic on the other? Many doubt the possibility of being both. This suspicion is well illustrated in the reaction attributed to Charles de Gaulle, then President of the French Republic, to a journalist's inquiry:

"Mr. President, are you a happy man?"

"What sort of a fool do you take me for?" Is the world simply too full of tragedy to allow a wise person to be happy? As the articles in this issue suggest, a person can be happy while confronting life realistically and while working productively to improve the conditions of existence. Whether this view is accurate only time will tell; in the meantime, we hope that you will find what follows enjoyable and enlightening to read.

Conclusions

We end this introduction by hazarding a prediction about psychology in the new century. We believe that a psychology of positive human functioning will arise that achieves a scientific understanding and effective interventions to build thriving in individuals, families, and communities.

You may think that this is pure fantasy. You may think that psychology will never look beyond the victim, the underdog, and the remedial, but we want to suggest that the time is finally right for positive psychology. We well recognize that positive psychology is not a new idea. It has many distinguished ancestors, and we make no claim of originality. However, these ancestors somehow failed to attract a cumulative, empirical body of research to ground their ideas.

Why didn't they attract this research, and why has psychology been so focused on the negative? Why has psychology adopted the premise without a shred of evidence that negative motivations are authentic and positive emotions are derivative? There are several possible explanations. Negative emotions and experiences may be more urgent and therefore may override positive ones. This would make evolutionary sense. Because negative emotions often reflect immediate problems or objective dangers, they should be powerful enough to force people to stop, increase their vigilance, reflect on their behavior, and change their actions if necessary. (Of course, in some dangerous situations, it is most adaptive to respond without taking a great deal of time to reflect.) In contrast, when people are adapting well to the world, no such alarm is needed. Experiences that promote happiness often seem to pass effortlessly. Therefore, on one level, psychology's focus on the negative may reflect differences in the survival value of negative versus positive emotions.

Perhaps, however, people are blinded to the survival value of positive emotions precisely because they are so important. Like the fish who is unaware of the water in which it swims, people

take for granted a certain amount of hope, love, enjoyment, and trust because these are the very conditions that allow them to go on living. These conditions are fundamental to existence, and if they are present, any number of objective obstacles can be faced with equanimity and even joy. Camus wrote that the foremost question of philosophy is why one should not commit suicide. One cannot answer that question just by curing depression; there must be positive reasons for living as well.

There are also historical reasons for psychology's negative focus. When cultures face military threat, shortages of goods, poverty, or instability, they may most naturally be concerned with defense and damage control. Cultures may turn their attention to creativity, virtue, and the highest qualities in life only when they are stable, prosperous, and at peace. Athens in the 5th century B.C., Florence in the 15th century, and Victorian England are examples of cultures that focused on positive qualities. Athenian philosophy focused on the human virtues: What is good action and good character? What makes life most worthwhile? Democracy was born during this era. Florence chose not to become the most important military power in Europe, but to invest its surplus in beauty. Victorian England affirmed honor, discipline, valor, and duty as central human virtues. We are not suggesting that American culture should now erect an aesthetic monument. Rather, we believe that the nation wealthy, at peace, and stable provides the world with a historical opportunity. Psychologists can choose to create a scientific monument a science that takes as its primary task the understanding of what makes life worth living. Such an endeavor will move all of the social sciences away from their negative bias. The prevailing social sciences tend to view the authentic forces governing human behavior to be self-interest, aggressiveness, territoriality, class conflict, and the like. Such a science, even at its best, is by necessity incomplete. Even if utopianly successful, it would then have to proceed to ask how humanity can achieve what is best in life.

We predict that positive psychology in this new century will allow psychologists to understand and build those factors that allow individuals, communities, and societies to flourish. Such a science will not need to start afresh. It requires for the most part just a redirecting of scientific energy. In the 50 years since psychology and psychiatry became healing disciplines, they have developed a highly transferable science of mental illness. They developed a usable taxonomy, as well as reliable and valid ways of measuring such fuzzy concepts as schizophrenia, anger, and depression. They developed sophisticated methods both experimental and longitudinal for understanding the causal pathways that lead to such undesirable outcomes. Most important, they developed pharmacological and psychological interventions that have allowed many untreatable mental disorders to become highly treatable and, in a couple of cases, even curable. These same methods and in many cases the same laboratories and the next generation of scientists, with a slight shift of emphasis and funding, will be used to measure, understand, and build those characteristics that make life most worth living. As a side effect of studying positive human traits, science will learn how to buffer against and better prevent mental, as well as some physical, illnesses. As a main effect, psychologists will learn how to build the qualities that help individuals and communities, not just to endure and survive, but also to flourish.

REFERENCES

- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Wilson.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and action*. Engle-wood Cliffs, NJ: Prentice-

- Hall.
- Benjamin, L. T., Jr. (Ed.). (1992). The history of American psychology [Special issue]. *American Psychologist*, 47(2).
- Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55, 15-23.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43. Hall, G. S. (1922). *Senescence: The last half of life*. New York: Appleton.
- James, W. (1958). *Varieties of religious experience*. New York: Mentor. (Original work published 1902)
- Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt.
- Jung, C. G. (1969). *The archetypes of the collective unconscious: Vol. 9. The collective works of C. G. Jung*. Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1936)
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- Koch, S., & Leary, D. E. (Eds.). (1985). *A century of psychology as science*. New York: McGraw-Hill.
- Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55, 170-183.
- LeDoux, J., & Armony, J. (1999). Can neurobiology tell us anything about human feelings? In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 489-499). New York: Russell Sage Foundation.
- Lubinski, D., & Benbow, C. P. (2000). States of excellence. *American Psychologist*, 55, 137-150.
- Maslow, A. (1971). *The farthest reaches of human nature*. New York: Viking.
- Massimini, F., & Delle Fave, A. (2000). Individual development in a bio-cultural perspective. *American Psychologist*, 55, 24-33.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Schwartz, B. (2000). Self-determination: The tyranny of freedom. *American Psychologist*, 55, 79-88.
- Seligman, M. (1992). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: Freeman.
- Seligman, M. (1994). *What you can change & what you can't*. New York: Knopf.
- Seligman, M., Schulman, P., DeRubeis, R., & Hollon, S. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention and Treatment*, 2, Article 8. Available on the World Wide Web: <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>
- Simonton, D. K. (2000). Creativity: Cognitive, personal, developmental, and social aspects. *American Psychologist*, 55, 151-158.
- Smith, R. (1997). *The human sciences*. New York: Norton.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Terman, L. M. (1939). The gifted student and his academic environment. *School and Society*, 49, 65-73.
- Terman, L. M., Bottenwieser, P., Ferguson, L. W., Johnson, W. B., & Wilson, D. P. (1938). *Psychological factors in marital happiness*. New York: McGraw-Hill.

Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.

Watson, J. (1928). *Psychological care of infant and child*. New York: Norton. Winner, E. (2000). The origins and ends of giftedness. *American Psychologist*, 55, 159-169.

Editor's note. Martin E. P. Seligman and Mihaly Csikszentmihalyi served as guest editors for this special issue.

Author's note. Martin E. P. Seligman, Department of Psychology, University of Pennsylvania; Mihaly Csikszentmihalyi, Department of Psychology, Claremont Graduate University.

Correspondence concerning this article should be addressed to Martin E. P. Seligman, Department of Psychology, University of Pennsylvania, 3813 Walnut Street, Philadelphia, PA 19104-3604. Electronic mail may be sent to seligman@canell.psych.upenn.edu.

Copyright 2000 by the American Psychological Association, Inc. 0003-066X/00/\$5.00 Vol 55. No. 1. 5 14 DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.5

Convegni

2-5 giugno 2010

Organizzato da WCBCT

Experience the world of Behavioral and Cognitive Therapies. Translating Science into Practice.

<http://www.wcbct2010.org/index.shtml>

7-10 ottobre 2010

Organizzato dalla EABCT

Congress of European Association for behavioural and cognitive therapies

<http://www.eabct2010-milan.it/>

4-7 novembre 2010

Organizzato dalla SITCC

Il successo della terapia cognitiva: come sarà il futuro?

<http://www.sitcc2010.it/index.htm>