



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉE DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

TESI DI LAUREA

**LA TERAPIA DI GRUPPO E LE SUE APPLICAZIONI NEI DISTURBI ALIMENTARI:
UN FOCUS SULLE CURE RESIDENZIALI**

Docente Relatore: Prof. Maurizio Gasseau

Studente: 21 D03 316

Mina Alice

INDICE

<i>Introduzione</i>	5
<i>CAPITOLO I: I disturbi dell'alimentazione</i>	8
1.1 Caratteristiche diagnostiche dei disturbi alimentari	10
Pica	10
Disturbo da ruminazione	11
Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo	12
Anoressia nervosa	13
Bulimia nervosa	14
Disturbo da binge-eating	15
1.2 La personalità patologica	16
<i>CAPITOLO II: Il gruppo monosintomatico</i>	18
Gruppi monosintomatici con pazienti bulimici	20
Gruppi monosintomatici con pazienti anoressici	20
2.1 I cambiamenti all'interno di un gruppo	20
2.2 Utilizzo del sogno per la costruzione di una coscienza di gruppo e l'apertura ad un dialogo interiore	22
<i>CAPITOLO III: Trattamento intensivo di tipo residenziale</i>	29
3.1 Il leader come grande assente: una possibile modalità di gestione residenziale	33
3.2 Il transfert all'interno di una comunità terapeutica	34
3.3 Il transfert "labirintico"	36
3.4 La terapia familiare	37
<i>CAPITOLO IV: Modello residenziale basato su una teoria cognitivo-comportamentale</i>	40
4.1 Modello di lavoro comunitario	41
4.2 Il trattamento	42
Le attività svolte	45
4.3 La gestione dei pasti	46

<i>CAPITOLO V: Indagine sul programma di una comunità</i>	48
5.1 L'intervista semistrutturata	48
5.2.Aree dell'intervista	48
5.3 Testimonianza dell'educatrice	50
5.4 Inquadramento della struttura	59
5.4. Analisi dei dati dell'intervista	62
<i>Conclusioni</i>	67
<i>Bibliografia</i>	73

Intrappolata in un universo carcerale che mi ero costruita da sola, sognavo di avere un corpo trasparente e luminoso. Ma quel che restava del mio corpo era solo la testimonianza di un'incapacità di vivere. La prova tangibile del vuoto colpevole della mia esistenza... Ero in caduta libera verso il nulla, in frantumi, anche perché avevo cominciato una nuova terapia che non funzionava e che, nonostante ce la mettessi tutta, peggiorava il mio stato.

- Michela Marzano

Introduzione

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono considerati come una delle patologie più preoccupanti e diffuse nell'emisfero occidentale. Ogni anno si registrano sempre più ricoveri, senza grosse distinzioni tra fasce d'età e sesso, con caratteristiche sociodemografiche sempre più ampie; un'altra grande preoccupazione riguarda la difficoltà nel delineare un "prototipo" di malattia a causa delle sue forme altamente diversificate ed emerse in comorbilità con altri disturbi. Inoltre, negli ultimi anni si sta verificando un abbassamento del periodo di esordio del disturbo alimentare, andando a coinvolgere la popolazione infantile gravando in modo sempre maggiore sui servizi sanitari nazionali (Robergeau K. e coll, 2006). Per rendersi conto di ciò, è utile osservare i dati italiani tramite uno studio di Gigantesco e collaboratori (2010), notando come il tasso di incidenza per pazienti tra i 10 e i 19 anni di età è pari a 22,8 per 100.000 fra le donne e 2,0 per 100.000 fra gli uomini. ¹

La presenza sempre maggiore di questo fenomeno ha portato ad un aumento di richiesta in merito alla cura, un aumento delle ospedalizzazioni e dei ricoveri, ma soprattutto è stato necessario ampliare le categorie diagnostiche presenti nella quinta versione del "Manuale Diagnostico e Statistico Dei Disturbi Mentali" (DSM-5). All'interno del primo capitolo vengono illustrati tutti i diversi quadri nosografici, descritti secondo le direttive dell'American Psychiatric Association (APA), in modo tale da riuscire a cogliere tutte le similarità e le differenze tra le diverse categorie. Insieme all'aspetto clinico di diagnosi, viene illustrato un altro aspetto fondamentale del Disturbo Alimentare, ovvero la personalità dell'individuo malato: durante il decorso della malattia anche il carattere, insieme al fisico, subisce grandi cambiamenti per cui è importante conoscerne tutte le sue possibili declinazioni. Inoltre, è sempre molto utile andare ad indagare quelli che possono essere i possibili fattori scatenanti emersi durante tutta la crescita del singolo, i quali possono riguardare sia le figure genitoriali sia la qualità delle relazioni con i propri pari. Considerare il malato come un soggetto, e non

¹ Questi dati sono stati ricavati da "I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: un'epidemia nascosta, a cura di Laura Dalla Ragione, Maria Vicini, Chiara De Santi, Silvia Ferri; risultati del Progetto CCM -Azioni centrali del Ministero della Salute – Segretario Generale "Piattaforma per la lotta alla malnutrizione in tutte le sue forme (triplo burden: malnutrizione per difetto, per eccesso e da micronutrienti)"

come una semplice categoria diagnostica, è la chiave per poter impostare un percorso di cura, soprattutto se si sta parlando di un disturbo mentale.

Tra i dispositivi utili al percorso di rinascita vi è la terapia di gruppo, la quale affianca le procedure mediche ed accompagna l'utente verso l'analisi della propria situazione con lo scopo di alleviare le sofferenze. All'interno del secondo paragrafo si cerca di descrivere quelli che sono gli aspetti favorevoli e quelli più critici rispetto al dispositivo grupppale monosintomatico, mostrando alcune differenze di svolgimento dei gruppi con pazienti anoressici e bulimici. Si affronta anche quello a cui si può incorrere nel caso in cui si verificano dei cambiamenti nei componenti e quanto la personalità patologica possa incidere nell'affrontare un periodo di negatività all'interno del gruppo. Sempre in questo capitolo, è presente una testimonianza di un'attività collettiva condotta da Francesca N. Vasta e Marta Scoppetta: esse hanno utilizzato il sogno come ponte tra i partecipanti e le vicissitudini che li hanno portati a manifestare un Disturbo dell'Alimentazione.

Affrontando il discorso dei tipi di percorsi di cura, il Giornale del Ministero della Salute descrive anche l'assistenza intensiva di tipo residenziale, la quale prevede un ricovero all'interno di una comunità gestita da un gruppo di operatori specializzati in diversi ambiti: dall'area di tipo nutrizionale, al supporto medico, fino all'intervento psicoterapeutico. Nell'elaborato vengono illustrate le linee guida e le direttive ministeriali che ogni centro deve seguire per poter portare a termine un programma di assistenza, ma, come è stato detto anche in precedenza, non sono solo questi gli aspetti da considerare. È importante andare a considerare anche quelle che sono le ripercussioni di tipo psicologico che possono verificarsi all'interno di questi contesti. Viene descritto il problema del transfert in un luogo in cui si predilige l'aspetto comunitario rispetto all'individualità, il leader viene considerato "assente" e tutta l'équipe deve essere in grado di gestire l'emotività dei pazienti.

Gli approcci ai disturbi alimentari possono essere molteplici, una possibile scelta è la terapia cognitivo comportamentale come illustrato nel quarto capitolo. Per un'analisi approfondita di questa modalità, è stata presa in esame la struttura Villa Garda (Garda, VR), la cui responsabilità è affidata al Dr. Riccardo Dalle Grave. Questa modalità terapeutica fa riferimento to ad una nuova teoria transdiagnostica sviluppata presso il Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford, la quale è stata dimostrata da numerosi studi e, ad oggi, è oggetto di studio per lo sviluppo di nuove modalità terapeutiche.

Per concludere questa analisi è risultato fondamentale chiedere ad un operatore del settore come funziona una comunità per Disturbi del Comportamento Alimentare. Grazie alla testimonianza di un'educatrice di Villa Miralago (Cuasso al Monte, VA), nel quinto capitolo è stato possibile indagare gli aspetti sia burocratici che pratici presenti in queste realtà, mostrando come sia possibile arrivare ad miglioramento della propria vita grazie a percorsi che mescolano aspetti individuali e collettivi.

Lo scopo ultimo di questo percorso è quello di accendere un faro su una situazione patologica molto grave e troppo spesso sottovalutata. È essenziale conoscere la malattia per poter implementare l'efficacia dei dispositivi di cura, in particolare quelli che contemplano la possibilità di un percorso individuale all'interno di una collettività. L'aspetto gruppale è alla base di un buon proseguimento della propria vita: come scrisse Aristotele, filosofo greco del IV secolo a.C., l'uomo è un animale sociale perché ha la tendenza innata ad aggregarsi ad altri individui. Per questo ogni essere umano tende ad aggregarsi con altri, cerca il contatto perché solo relazionandosi con altri è in grado di sviluppare la propria soggettività e soddisfare i propri bisogni.

Prima di procedere con la trattazione, vorrei ringraziare coloro che mi sono stati vicini durante questo periodo di scoperta e crescita personale.

Un sentito ringraziamento al mio Docente e Relatore Maurizio Gasseau per il supporto e la disponibilità dimostrata in questi anni di studio, ma soprattutto nella stesura dell'elaborato.

Un ringraziamento a Domenica Lo Cascio per il tempo dedicato nell'intervista e alla Dott.ssa. Erika Minazzi per aver fornito del materiale utile alla consultazione.

CAPITOLO I: I disturbi dell'alimentazione

Per poter comprendere il complesso mondo del Disturbo del Comportamento Alimentare o Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, è importante porre uno sguardo sia alle categorie diagnostiche presenti all'interno dei diversi manuali diagnostici, sia comprendere quale può essere la personalità che si cela dietro l'individuo malato.

Per la diagnosi di un disturbo alimentare l'esperienza interna che i pazienti possono sperimentare è altamente significativa: oltre alla presenza di sintomi depressivi, ansiosi o ossessivo-compulsivi, vengono considerate anche preoccupazioni emotive, i pattern cognitivi, gli stati somatici di torpore o di confusione, e i pattern relazionali caratterizzati da problematiche di controllo e perfezionismo.²

Secondo il DSM-V, i disturbi della nutrizione o dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo nell'assunzione di nutrienti oppure da componenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. (DSM-V, 2015)

Ciò che accomuna tutte le sfumature dei disturbi alimentari è la stretta connessione tra l'autostima della persona, la sua forma fisica e il peso corporeo. Come si può notare il disturbo bulimico, molto spesso emerge a seguito, o durante, un periodo di restrizione alimentare, come una dieta; mentre il disturbo anoressico viene spesso associato ad un periodo di vita stressante, un lutto o l'assenza di una figura genitoriale etc., tendenzialmente durante il periodo dell'adolescenza dove si verificano numerosi cambiamenti sia mentali che fisici.

Dal punto di vista clinico, è fondamentale che nel momento dell'indagine non vengano trascurate le esperienze interne e non direttamente osservabili, inclusi i conflitti emotivi e le preoccupazioni che non sembrano avere una stretta connessione con il cibo poiché spesso sono proprio i pensieri lontani da questo ambito che conducono l'individuo ad uno stato di malessere tale da rifugiarsi all'interno di una malattia.

² Anna Maria Speranza, "I disturbi del comportamento alimentare" in "La personalità e i suoi disturbi" 2014., pag. 818

Gli stati affettivi delle persone con disturbo alimentare possono includere sintomi depressivi come umore depresso, bassa autostima, ritiro sociale e scarso interesse per il sesso, ed anche sintomi ansiosi, i quali includono la paura delle situazioni sociali e caratteristiche ossessivo-compulsive, sia verso il cibo che nei confronti di altri aspetti della vita. Dal punto di vista relazionale, sorgono numerosi problemi legati al controllo e al perfezionismo. La maniacalità del paziente anoressico o bulimico si riversa soprattutto sulla famiglia d'origine, alla quale si cerca di nascondere tutti i problemi e si rende impossibile l'intimità emotiva. Le relazioni sono prettamente superficiali e affrontate in modo apparentemente immaturo rispetto alla propria età cronologica, la paura di non essere amati viene gestita attraverso comportamenti che mirano ad ingraziarsi le altre persone, nel dimostrare una buona educazione e compiacenza.

Sia nella bulimia che nell'anoressia, sono comuni le seguenti preoccupazioni emotive:

- Sentirsi affamati di cure e di affetto, un persistente desiderio di essere amati e protetti.
- Sentimenti di fallimento, debolezza e vergogna estrema.
- Costante sensazione di essere privi di valore e inadeguati.
- Paura di essere abbandonati dagli altri e di perdere il loro amore.
- Sentimenti di rabbia e aggressività avvertiti come spaventosi, pericolosi e intollerabili e di conseguenza negati, zittiti oppure odiati.
- Preoccupazione nel provare emozioni che potrebbero portare a perdere il controllo.

Mentre considerando i pattern cognitivi, è possibile osservare:

- L'angoscia di essere inadeguati, incompetenti e non amati, con il conseguente sviluppo di strategie tese a fare fronte a queste preoccupazioni.
- Il desiderio di rimanere bambini; viene data molta importanza all'essere giovani, "piccoli", non cresciuti e innocenti.

Gli stati somatici possono includere un senso di "torpore", associato alle sensazioni che normalmente accompagnano l'alimentazione e l'evacuazione. Tipico di questo disturbo è l'incapacità di percepire il senso di sazietà ed altre sensazioni corporee: il senso di vuoto nello stomaco viene associato ad un sé vuoto, perciò viene sminuito ed ignorato.

Tra le numerose cause d'insorgenza, nell'asse IEC del PDM-2 viene mostrato come una cattiva interazione tra bambino e caregiver può condurre a degli scompensi durante lo sviluppo. Ad

esempio, in assenza di cure adeguate ci si può affidare troppo al mangiare per ottenere conforto e sollievo: in assenza di espressione simbolica, la paura, la rabbia o il rifiuto possono essere espressi per mezzo di un rifiuto del cibo.

Una relazione disfunzionale però non ha ricadute solo sul bambino, ma provoca pressioni anche su chi è deputato alla sua cura. Il peso e la salute dell'infante sono considerati indici di "buona genitorialità", per cui delle problematiche riscontrate in questi contesti possono generare ansie e sentimenti di inadeguatezza, scatenando un circolo vizioso: si va a costruire una relazione che oscilla tra stati di bisogno, negativismo e ansia. Questa condizione di insicurezza porta a momenti di rotture e ad un cattivo supporto al bambino durante il percorso di crescita, andando ad aggravare tutti quei momenti di rottura presenti in uno sviluppo tipico.

1.1 Caratteristiche diagnostiche dei disturbi alimentari

All'interno del manuale sono presenti i criteri diagnostici per la pica, il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating (DSM-V, 2014). Vi è un approccio tale per cui è possibile conferire solamente una diagnosi per ogni episodio: nonostante vi siano alcune caratteristiche comuni, i disturbi differiscono per decorso clinico, esito e necessità di trattamento. Al contrario di ciò che si pensa, l'obesità non è inclusa come disturbo mentale perché si tratta di un eccesso di grasso corporeo dovuto ad un eccessivo introito calorico perpetrato nel tempo, causato da una serie di fattori genetici, fisiologici, comportamentali e ambientali che variano in base agli individui. Questa condizione fisica è però presente in molti disturbi psichici, come nel disturbo da binge-eating o nella schizofrenia, e può essere considerata un fattore di rischio per lo sviluppo di alcuni di essi.

Pica

Vi sono quattro caratteristiche essenziali indicate nel DSM-V (2015):

- 1. Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, non commestibili, per un periodo di almeno 1 mese (Criterio A)*
- 2. L'ingestione di sostanza senza contenuto alimentare, non commestibili, è inappropriata rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo. (Criterio B)*
- 3. "Il comportamento di ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata." (Criterio C)*

4. *Se il comportamento di ingestione si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale o di un'altra condizione medica, è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica. (Criterio D).*

La caratteristica fondamentale di questo disturbo è l'ingestione persistente di sostanze non nutritive quali terra, sabbia, carta, gesso, legno, cotone etc., le quali possono variare con l'età dell'individuo in quanto la disponibilità di alcuni oggetti dipende dal contesto. Ingerire queste sostanze porta con sé alcune complicazioni di tipo fisico come l'avvelenamento tossico, la diminuzione dei nutrienti da parte dell'intestino (Dugan, 2006), costipazione, crampi, ostruzione causata dalla formazione di una massa non digeribile, perforazione da oggetti appuntiti e contaminazione o infezione da parte di parassiti. Con il tempo, è stato aggiunto il termine 'non commestibile' perché la diagnosi di Pica non viene applicata quando si verifica l'ingestione di sostanze dietetiche in quanto contengono un minimo apporto calorico. Nella maggior parte dei casi non vi è disprezzo per il cibo, ma solamente una spinta ad ingerire oggetti non edibili.

Disturbo da ruminazione

Vi sono quattro caratteristiche essenziali indicate nel DSM-V (2015):

1. *Deve verificarsi ripetutamente il rigurgito del cibo a seguito della nutrizione per un periodo di almeno 1 mese. Il cibo, che può non essere digerito completamente, è rigurgitato senza apparente nausea o disgusto; può essere rimasticato e nuovamente sputato o inghiottito. Questo deve verificarsi almeno diverse volte a settimana, tendenzialmente almeno una volta al giorno. (Criterio A)*
2. *Questo comportamento non deve essere spiegato da una condizione medica. (Criterio B)*
3. *Questo comportamento non si manifesta esclusivamente durante il decorso di altri disturbi dell'Alimentazione, come anoressia nervosa, binge-eating o bulimia nervosa. (Criterio C)*
4. *Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale, devono essere sufficientemente gravi e rappresentare un aspetto primario della manifestazione dell'individuo. (Criterio D)*

La diagnosi di disturbo da ruminazione viene osservata direttamente dal clinico, ma spesso è il paziente che riporta dati, o chi gli sta intorno, a sostegno della diagnosi. Può essere

diagnosticato durante tutto l'arco della vita, soprattutto in chi presente una disabilità intellettiva. Talvolta è accompagnato da malnutrizione, soprattutto quando il rigurgito è affiancato da restrizione nell'assunzione di cibo.

Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo

Vi sono quattro caratteristiche essenziali indicate nel DSM-V (2015):

1. *Questo disturbo è caratterizzato dalla limitazione o la sottrazione nell'assunzione di cibo osservati attraverso un'incapacità clinicamente significativa nel raggiungere i livelli minimi per la nutrizione oppure da un insufficiente apporto calorico attraverso l'assunzione orale di nutrienti. Deve essere associato a uno, o più, aspetti: significativa perdita di peso, significativo deficit nutrizionale, dipendenza dall'alimentazione parenterale o da supplementi nutrizionali, marcata interferenza con il funzionamento psicosociale. (Criterio A)*
2. *Non comprende queste pratiche correlate alla scarsa disponibilità di cibo, a pratiche culturali o comportamenti evolutivi normali. (Criterio B)*
3. *Non si verifica esclusivamente durante il decorso di altri Disturbi dell'Alimentazione e non vi sono indizi circa un malessere nel vivere il peso o la forma del proprio corpo. (Criterio C)*
4. *Questo disturbo non è attribuibile ad una condizione medica parallela e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale. (Criterio D)*

Alla base di questo disturbo vi è l'incapacità di assumere sufficiente apporto calorico per soddisfare i criteri minimi della nutrizione attraverso l'ingestione orale di cibo. Ci sono varie sfumature, come la necessità di assumere alimenti attraverso supplementi orali, come il sondino, per raggiungere un adeguato apporto nutritivo oppure inabilità a partecipare a situazioni di convivialità in pubblico con altre persone. Condivide con l'anoressia nervosa l'aspetto della salute fisica, la quale viene messa a rischio da una condizione di malnutrizione che può causare ipotermia, bradicardia, anemia ed altre complicazioni al fisico. In alcuni casi, si è notato come gli individui sviluppassero un'avversione verso determinate caratteristiche sensoriali del cibo, ad esempio il colore, la consistenza, il gusto, verso alcune marche o l'intolleranza verso l'odore; infatti, questo disturbo, spesso viene descritto come "alimentazione schizzinosa, perseverante" oppure "neofobia per il cibo", "rifiuto cronico per il cibo". Può

scaturire anche a seguito di una situazione negativa che si è verificata, la quale viene associata ad una risposta condizionata negativa: il soggetto può aver fatto esperienza di soffocamento, di un'operazione traumatica che coinvolge il tratto gastrointestinale, oppure vomito ripetuto, che l'hanno portato ad avere una forte avversione verso l'assunzione di cibo.

Anoressia nervosa

Vi sono tre caratteristiche essenziali indicate nel DSM-5 (2015):

1. *Persistente restrizione nell'assunzione di calorie (Criterio A)*
2. *Intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso (Criterio B)*
3. *Presenza di una significativa alterazione della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo (Criterio C)*

La diagnosi di anoressia nervosa viene avanzata quando l'individuo presenta un peso corporeo al di sotto del minimo considerato normale in relazione ad età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica; generalmente questa condizione viene raggiunta a seguito di un'ingente perdita di peso, ma nei bambini e negli adolescenti può avverarsi a causa dell'incapacità nel mantenere una traiettoria di sviluppo normale. Non potendo utilizzare solamente il peso corporeo in Kg per stabilire una soglia adeguata per ogni fascia d'età, è necessario considerare l'indice di massa corporea (IMC o BMI-Body mass index).

Un tratto distintivo di questa patologia è la paura costante dell'aumento di peso, non riconosciuta dal soggetto, e la distorsione della percezione della forma del corpo. Questi soggetti sono costantemente pervasi da pensieri circa le proprie forme considerate troppo grosse per cui la perdita di peso, anche minima, viene vista come una conquista e un segno di autocontrollo; in opposizione, l'aumento di peso viene interpretato come un fallimento personale e una scarsa capacità di disciplina. L'autostima di queste persone viene notevolmente influenzata dalla condizione fisica, la quale viene controllata maniacalmente attraverso la pesatura, l'osservazione di sé nello specchio e la misura ossessiva delle circonferenze.

Nella maggioranza dei casi, l'intervento clinico viene imposto al soggetto in quanto non consapevole della propria condizione di malnutrizione: non si percepiscono magri e non accolgono i segnali di disagio manifestati dal proprio corpo. È importante raccogliere informazioni da altre fonti vicine al malato, come familiari o amici, per poter analizzare il percorso e intraprendere un percorso di cura. Nei pochi casi di richieste di aiuto spontanee, si è

notato che queste vengono avanzate a causa di un disagio dovuto alle conseguenze somatiche e psicologiche del digiuno.

Bulimia nervosa

Vi sono tre caratteristiche essenziali indicate nel DSM-5 (2015):

1. *Ricorrenti episodi di abbuffata (Criterio A)*
2. *Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (Criterio B)*
3. *Livelli di autostima indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporeo (Criterio D)*

La bulimia nervosa è caratterizzata da un ciclo di abbuffate seguite da condotte di evacuazione con cui si cerca di liberare il corpo da calorie non desiderate e di evitare un aumento di peso. Un'abbuffata è definita come l'assunzione di grandi quantità di cibo in un breve periodo di tempo, accompagnata da una disforia transitoria, spesso seguita da umore depresso, severe autocritiche e la sensazione di non avere controllo su ciò che si sta mangiando (PDM-2, 2020). Le abbuffate non sono sempre rivolte ad un cibo in particolare, ma anche verso ciò che non avrebbero mai pensato di mangiare; avvengono segretamente e solo a volte sono programmate.

I soggetti bulimici si vergognano dei loro problemi, per questo la maggior parte delle abbuffate avviene in solitaria e si interrompono solamente a causa dell'arrivo di qualcuno o finché non si sentono dolorosamente pieni. Questi comportamenti sregolati hanno lo scopo, nella mente malata dell'individuo, di colmare dei sentimenti negativi verso il proprio corpo, di distogliere l'attenzione da eventi stressanti personali e dalla noia. Conclusa l'ingestione sregolata di cibo, vi è una breve sensazione di pienezza e calma, ma viene sostituita poco dopo da autosvalutazione e disforia che portano al ricorso di condotte compensatorie inappropriate per limitare l'aumento di peso. Questo continuo passaggio da stati di pienezza a sensazioni di vuoto porta con sé continui pensieri ambivalenti, con al centro la condizione fisica che subisce numerose ripercussioni mediche dovute al continuo vomito autoindotto, a periodi di digiuno eccessivo ed attività fisica sregolata.

Disturbo da binge-eating

Vi sono cinque caratteristiche essenziali indicate nel DSM-V (2015):

1. *La caratteristica principale sono i ricorrenti episodi di abbuffata che devono verificarsi in media una volta alla settimana per 3 mesi. (Criterio D)*
2. *Ogni episodio di abbuffata è caratterizzato da due aspetti:*
 - a. *Mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente superiore a quanto altri individui farebbero nelle stesse circostanze e in tempi simili.*
 - b. *L'episodio deve essere accompagnato dalla sensazione di perdere il controllo (Criterio A)*
3. *Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti che emergono mentre si mangia:*
 - a. *Cibarsi più rapidamente del normale*
 - b. *Cercare di ingerire finché non si avverte una sensazione sgradevole di pienezza*
 - c. *Ingerire grandi quantità di cibo anche senza sentire la fame*
 - d. *Preferire stare da soli a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo che si stanno ingerendo*
 - e. *Avvertire un senso di disgusto verso sé stessi, depressione o grandi sensi di colpa per l'episodio (Criterio B)*
4. *L'abbuffata non è strettamente collegata a condotte compensatorie (come nella bulimia nervosa) e non per forza si verifica in concomitanza con altri disturbi come bulimia nervosa o anoressia nervosa. (Criterio E)*
5. *L'individuo sperimenta un profondo disagio riguardo le abbuffate. (Criterio C)*

È fondamentale che il clinico sia a conoscenza del contesto in cui avvengono le abbuffate; infatti, alcuni pasti abbondanti possono essere associati ad una ricorrenza in cui il pasto è sicuramente più ricco di portate rispetto alla quotidianità. Un segnale significativo può essere il fatto che, a seguito di un pasto corposo al ristorante, la persona continui ad abbuffarsi una volta tornata a casa: non è obbligatorio che l'episodio avvenga in un solo contesto, è importante considerare il periodo temporale (in genere minore di 2 ore) e il contesto in cui avviene. Ovviamente il continuo "spiluccare" non è considerato e non vi sono alimenti comuni, ma variano da persona a persona

Alla base di questo disturbo abbiamo la perdita di controllo, l'individuo avverte un senso di estraniamento (dopo o durante) che lo porta a ricercare spasmodicamente del cibo senza riuscire a fermarsi. Alcuni pazienti riferiscono di non provare più questa sensazione, ma principalmente un pattern più generale di alimentazione incontrollata.

Questo comportamento è spesso accompagnato da vergogna verso le tipiche condotte da binge-eating e questo porta a mangiare di nascosto, cercando di occultare anche i sintomi e i problemi annessi. Ciò che spinge a questa pratica tipicamente è un'emozione negativa oppure delle situazioni interpersonali stressanti come restrizioni dietetiche, noia, insoddisfazione verso il peso e alla forma del corpo. Il mangiare ossessivamente serve da occultatore per questi sentimenti nel breve termine, ma ciò che ne consegue, ovvero svalutazione e disforia, porta a conseguenze ritardate ben più gravi.

Sono stati stilati dei parametri per comprenderne lo stadio di gravità del paziente: Lieve (da 1 a 3 episodi a settimana); moderata (da 4 a 7 episodi a settimana); grave (da 8 a 13 episodi a settimana); estrema (14 o più episodi a settimana) (DSM-5, 2015).

1.2 La personalità patologica

Quando si parla di anoressia e bulimia è importante considerare il sintomo in quanto l'identità patologica sembra essere costruita interamente intorno ad esso: l'ego-sintonia dei pazienti sembra essere ciò intorno a cui ruota la stabilizzazione della personalità dell'individuo, la quale, a seconda della gravità, assume valori differenti.

Durante lo sviluppo, l'adolescenza viene considerata come un periodo molto critico a causa dei numerosi cambiamenti, sia fisici dovuti alla comparsa del corpo sessuato, sia dal punto di vista della sfera personale, come la separazione dalle figure deputate alla cura e lo spostamento dei propri legami infantili con nuovi legami oggettuali. Si verificano dei cambiamenti anche dal punto di vista delle funzioni cognitive: emerge il pensiero operatorio formale (Piaget, 1936) il quale porta alla costruzione di nuove modalità difensive come l'ascetismo e l'intellettualizzazione, due meccanismi di difesa che vengono utilizzati per proteggersi dai legami con gli oggetti infantili e al riaggravarsi delle spinte pulsionali.

Le modalità relazionali rispecchiano il sintomo alimentare, il comportamento degli individui bulimici e anoressici è una continua oscillazione tra il desiderio di una relazione narcisistica, vale a dire poco differenziata, e le angosce che essa suscita; questo rispecchia le modalità con

cui essi si approcciano al cibo, ossia un continuo alternarsi di digiuni, crisi bulimiche e pratiche di svuotamento.

Alla base del disturbo è possibile osservare un problema di identità, manifestato attraverso una relazione disfunzionale con il prossimo, una mancata tolleranza alla solitudine, alla distanza e allo stesso tempo non sono in grado di accettare la vicinanza relazionale. Questo avviene perché in entrambi i casi è presente una minaccia all'equilibrio e all'integrità del sentimento narcisistico; il comportamento patologico non è altro che il risultato delle difese messe in atto per far fronte al fallimento, avvenuto durante i processi di individuazione e separazione, di interiorizzazione dei bisogni oggettuali.

Per questo, nel momento della diagnosi, è fondamentale considerare le specifiche problematiche legate alla costruzione dell'identità, alle caratteristiche delle relazioni oggettuali e alla separazione psicologica, ma soprattutto è necessario stilare una diagnosi in maniera diversa in base agli stili della personalità. Gli stessi sintomi potrebbero avere dei significati diversi in base alle qualità individuali: a volte si manifesta il sintomo anoressico perché la persona è competitiva o perfezionista, in altri casi come forma di autopunizione o per regolare una sensazione di assenza di controllo, oppure come espressione di un disturbo dell'umore; allo stesso modo, le condotte di eliminazione possono rappresentare una reazione impulsiva per un paziente emotivamente disregolato o una misura di controllo del peso più deliberata per un paziente ipercontrollato o perfezionista (Westen, Harnden-Fischer, 2001; Thompson-Brenner et al., 2008).

Un altro aspetto da non sottovalutare all'interno della valutazione clinica è la presenza di eventi traumatici, come maltrattamenti, trascuratezza o abusi sessuali (Smolak, Murmen, 2002). Questi eventi pervasivi e destrutturanti possono accadere durante la vita dell'individuo, pongono al centro il corpo e la maggior parte delle volte non vengono elaborate a causa dell'elevato impatto con la psiche. A seguito di ciò, il fisico assume la forma di un oggetto estraneo che deve essere punito per salvaguardare la relazione con l'Altro, o in altri casi viene visto come ciò che ha portato all'abuso e per questo deve essere necessariamente modificato così da non possedere più caratteristiche sessuali, al fine di non incappare nuovamente in una situazione analoga.

CAPITOLO II: Il gruppo monosintomatico

Per far capire il concetto di gruppo si può utilizzare una radice etimologica del termine da “gropo”, il quale significa nodo: i partecipanti, come incroci di una rete, risultano essere, allo stesso tempo, soggetto ed oggetto dell’organizzazione di un complesso processo strutturale (Kaës, 1976). Alla base vi è il concetto che il gruppo modifica i membri di cui è composto, ma a sua volta viene modificato, come si evince dalla definizione di gruppo di K. Lewin (1948) “totalità dinamica basata sull’interdipendenza dei suoi membri”.

Partendo da questa definizione è doveroso precisare come la terapia di gruppo può essere utilizzata come una modalità di intervento terapeutico integrata ad altre forme di trattamento. Esso viene utilizzato per aiutare il malato a prendere coscienza della propria situazione, stimolando richieste di aiuto e fornendo i mezzi per chiarire il proprio sentire. La clinica contemporanea mostra come nelle malattie legate all’alimentazione, un po’ come per le dipendenze, sia molto difficoltoso chiedere aiuto perché la malattia viene vista come un porto sicuro, il modo migliore per fuggire dalle proprie angosce e preoccupazioni. Ascoltando i pazienti, è possibile capire come il disturbo non sia la causa del malessere, ma un modo di vivere la propria vita come se determinate problematiche non esistessero.

Essendo un meccanismo inconscio viene interrotto nel momento in cui si entra in relazione con individui con sintomatologie molto simili, perché si percepisce la presenza di un disagio che non è strettamente legato alla forma fisica, ma a qualcosa di molto più profondo e che necessita di essere interrogato.

Come mostrato nel primo capitolo, le declinazioni che il sintomo può assumere sono molto significative per ciascun malato in quanto possono spaziare dall’essere metafore dell’inconscio, all’incarnare sintomi più connessi a un ordine sociale. La funzione che svolge il fenomeno all’interno dello psichismo individuale è diverso in ognuno per cui necessita di essere sondato: è altamente raccomandato svolgere un percorso individuale in parallelo dove poter analizzare più a fondo tutte le sfumature del disturbo.

La disposizione grupitale monosintomatica risulta essere particolarmente efficace grazie a due fattori:

- Il numero contenuto di partecipanti, preferibilmente non sopra gli 8 individui,

- La presenza della medesima sintomatologia, con lo scopo di favorire il meccanismo di identificazione.

Grazie a questi due fattori, gli individui sono incentivati a raccontarsi, a narrare la propria esperienza e timori, suscitando negli altri numerose riflessioni ed emozioni che possono portare ad una rivisitazione della propria biografia, dando luce ad aspetti che fino ad ora non venivano contemplati.

Bion (1961) ha riflettuto sulla monosintomaticità, suggerendo che all'interno di un contesto in cui vi è una malattia con manifestazioni fisiche omogenee, non si hanno solamente implicazioni individuali, ma delle specifiche posizioni all'interno del gruppo: per ogni malattia con manifestazioni somatiche, esiste una corrispondente dimensione psicologica di gruppo legata alle emozioni collettive.³

È necessario sottolineare, però, come la vita di gruppo porti con sé numerosi pericoli. È molto frequente il rischio di emersione di personalità particolarmente forti che vanno a nascondere le personalità più deboli, con la conseguente manipolazione delle sedute da parte delle prime. Occorre ricordare che si parla di pazienti gravi, talvolta con una struttura psicotica, che ricercano l'identificazione. A causa di questa ricerca di approvazione, ci si imbatte in due rischi:

1. Nel campo dell'Altro simile potrebbe verificarsi una manipolazione del soggetto più debole.
2. Nel campo dell'Altro istituzionale, gli stereotipi nei confronti del disturbo potrebbero essere rafforzati in quanto gli individui vengono trattati secondo le aspettative.

La causa comune che comporta la creazione del gruppo è il fantasma della divorazione, manifestato in maniera diversa in base al disturbo: nella condizione anoressica si realizza attraverso l'evitamento del cibo, mentre nella condizione bulimica viene esplicitato attraverso l'incessante ingestione di cibo. La paura di essere mangiati è ciò che porta ad un disgregamento del gruppo, per cui è assolutamente necessario rendere visibili questi pensieri, in modo tale da

³ Francesco Comelli, *“Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico-bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista”*, Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università “Sapienza di Roma. L'autore, ricorrendo a testi di Bion, elabora una riflessione sugli assunti di base in relazione ai gruppi monosintomatici, in particolare sulla posizione dell'analista e le esperienze delle pazienti.

poterli elaborare e gestire. Il rischio è quello di dover operare in una situazione di angoscia costante, dove i singoli preferiscono porsi in una posizione difensiva-protettiva, ostacolando la collaborazione della totalità dei membri: poter elaborare queste paure è reso possibile solo da un processo di condivisione, per cui è importante riunirsi sospendendo il giudizio e la non-decisionalità, dando la libertà di esprimere la propria storia personale.

Gruppi monosintomatici con pazienti bulimici

Il setting sembra essere molto ridotto, i pazienti sono quasi a ridosso l'uno dell'altro e i discorsi si sovrappongono togliendo lo spazio del racconto altrui. All'interno delle sedute ciò che emerge è la foga con cui vengono urlate le parole, non per forza dotate di senso, ma l'unica cosa che conta è “dire a toni accesi sopra l'Altro”. Gli stessi membri si alzano, muovono le sedie, gesticolano animatamente e, a volte, capita che alcuni si posizionino al centro con lo scopo di interrompere ogni tipo di attività.

Gruppi monosintomatici con pazienti anoressici

Il setting risulta essere particolarmente dettagliato e ripetitivo, dove ognuno mantiene la propria posizione in ogni seduta, quasi come se rispettasse lo spazio altrui.

La parola risulta essere particolarmente sommessa, spesso vi sono dei lunghi momenti di silenzio che rispecchiano il desiderio di vuoto dei soggetti anoressici. Il terapeuta, o chiunque altro, riscontra una grande difficoltà di dialogo perché non vi è l'intenzione di spezzare questo silenzio, gli individui impediscono all'Altro di penetrare nel proprio vuoto congelando ogni registro emotivo.

2.1 I cambiamenti all'interno di un gruppo

Prendendo in esame un presidio residenziale è possibile osservare come troppo spesso il numero degli individui subisca delle variazioni: alcuni abbandonano, altri vengono dimessi, altri si allontanando solo per un periodo ed altri vi accedono per la prima volta.

Nonostante vi sia una grande attenzione per evitare eccessive modifiche, ogni qualvolta avviene un cambiamento, tra i membri si viene a creare un clima di alta tensione causata da una continua riorganizzazione psichica dell'assetto interno. La terapia di gruppo, caratterizzata da processi di omogeneizzazione e differenziazione, viene destabilizzata da qualsiasi cambiamento, poiché ogni volta che vi prendono parte nuovi membri, questi due meccanismi devono essere rimodellati.

Inoltre, queste oscillazioni potrebbero andare a richiamare vissuti abbandonici, separazioni, lutti oppure traumi connessi al complesso arcaico dell'intrusione.

Nel caso dell'introduzione di un nuovo individuo, si potrebbe assistere ad un rifiuto di esso perché percepito come un'alterità estranea e clandestina, perfetta come capro espiatorio verso la quale indirizzare manovre aggressive e di estromissione. Non è sufficiente la monosintomaticità per poter pensare ad un gruppo unito, è necessario che ogni membro riconosca il nuovo arrivato come un essere a sé stante, non come una minaccia per il proprio spazio fisico e mentale.

Considerando questi eventi, risulta ancora più difficile gestire la densità emotiva connessa alle continue modifiche delle dinamiche individuali: essendoci questo continuo cambiamento, se il conduttore non è ben formato nella conduzione dei processi di gruppi clinici, l'insieme rischia di collassare su se stesso diventando un luogo chiuso e infecondo. I membri decidono di arrivare ad una conclusione dell'esperienza come forma di protezione e difesa dall'angoscia prodotta dalla rottura del rispecchiamento narcisistico con il simile.

Quando si percepisce questa tensione, si ritiene necessario richiamare il vero motivo per cui esiste il gruppo. Secondo la teoria di Bion (1961), è utile mantenere il "gruppo di lavoro" come assunto di base predominante. L'autore postula tre tipi di assunti di base (accoppiamento, dipendenza, attacco-fuga), tutti caratterizzati da emozioni molto potenti, intense e primitive che conducono ad una notevole regressione da parte dei membri, i quali ricercando gratificazione emotiva e sollievo dalle tensioni (Neri, 1975). Gli assunti di base sono vere e proprie fantasie inconscie di tipo magico-onnipotente: rappresentano delle difese messe in atto dal gruppo nei confronti del trattamento terapeutico, al fine di proteggersi dal dolore e dallo sforzo che la riabilitazione richiede (Bion, 1948)⁴. L'assunto da cui è necessario difendersi maggiormente è quello di attacco o fuga, il quale porta il gruppo a non essere più indirizzato verso la cooperazione, bensì a coalizzarsi contro l'Altro, annullando il fine benefico della disposizione gruppale.

⁴ Nel libro *Esperienze nei gruppi*, vengono raccolti tutti gli scritti da Bion tra il 1943 e il 1952 dove descrive le sue esperienze di trattamento analitico nei gruppi: risultano particolarmente utili per la comprensione di tutto ciò che avviene nelle relazioni che si vanno a creare tra i membri di un gruppo.

Un ottimo modo per evitare questo abbandono alle pulsioni è l'istituzione di un setting che punta all'accoglienza di ogni aspetto peculiare del singolo, promuovendo la possibilità di scambiarsi opinioni sugli aspetti simili. Concentrando il gruppo sugli aspetti simili si tenta di costruire un'identità grupale, al cui interno però vengono messe in luce anche quelle che sono le differenze soggettive di ognuno. In questo modo, ognuno possiede una duplice visione, sia quella del gruppo che la propria ed in questo modo sarà più aperto ad accogliere la presenza di un nuovo membro.

Con questi presupposti, l'identità grupale assume la sua forma e la sua consistenza a partire dagli aspetti peculiari dei singoli, non tenta di nascondere le differenze, ma esse vengono usate per far sì che tutto l'insieme cresca e si fortifichi.

Come mostrato dalla teoria della Gestalt (1912), in particolare da Kurt Lewin (1948), è opportuno che ogni parte dell'insieme contribuisca alla costruzione del processo in quanto il gruppo è molto di più della somma delle singole parti. Le difficoltà sorgono quando non si riesce a creare una sufficiente matrice dinamica del gruppo: in questi casi i membri non solo faticano ad aprirsi al dialogo, ma anche all'ascolto attivo e partecipante.

Come riportato dall'esperienza clinica di E. Minazzi e M. Rugo, in molte circostanze i soggetti si mostrano distaccati tra loro, senza alcuna spinta verso il dialogo. Si nota frequentemente una configurazione del gruppo poco definita, simile ad un cerchio disconnesso in cui i membri non cercano di mantenere la propria posizione, ma tendono a essere tangenti ad esso. La tendenza è quella di posizionarsi quasi al di fuori della circonferenza, sia fisicamente che emotivamente, quasi a voler evidenziare il desiderio di mantenere una certa distanza dagli altri.

In alcuni casi, invece è proprio il gruppo a porsi in una posizione passiva. Il paziente si mostra disposto e motivato a parlare di sé, ma gli interlocutori non pongono domande o non avanzano riflessioni, andando a creare una situazione monodirezionale disfunzionale per lo scopo ultimo del gruppo terapeutico. Questo ci mostra come la semplice condivisione della sintomatologia alimentare non innesca il meccanismo di aggregazione perché la personalità malata è troppo orientata verso il rifiuto radicale dell'Altro.

2.2 Utilizzo del sogno per la costruzione di una coscienza di gruppo e l'apertura ad un dialogo interiore

Una delle tecniche che possono essere utilizzate per descrivere le dinamiche avvenute all'interno del gruppo è l'utilizzo del sogno, inteso come riflessione inconscia ed elaborazione

delle vicende avvenute all'interno del cerchio (Pines, 1999). Questo tipo di pratiche non sono largamente diffuse, soprattutto nelle residenze, ma potrebbero essere un'ottima proposta per poter indagare il clima presente tra i gruppi.

L'attività di gruppo viene garantita dall'unità di gruppo e dal crearsi di una comune area sensoriale ed emotiva, definita Semiosfera: essa è l'equivalente dello spazio comune e può essere utilizzata dall'analista per gestire la direzione del gruppo e per poter aiutare l'inserimento di auto-rappresentazioni individuali (Neri, 2004).

Il sogno viene visto come un sistema di auto-rappresentazione del gruppo, per cui non è solamente un fenomeno da interpretare, bensì una testimonianza di ciò che il gruppo ha in parte elaborato. Considerando ciò, è essenziale far sì che vi sia la possibilità di creare degli spazi aperti utilizzati dai partecipanti per condividere la propria esperienza onirica, la quale apporterà un arricchimento a tutto il gruppo. È fondamentale non far percepire una differenza gerarchica orizzontale o verticale, perché il paziente potrebbe leggerla come una rivalità sperimentata in passato; l'idea di uno spazio inclusivo è importantissima, può essere la chiave per evitare rotture con il gruppo o per non indurre la rievocazione di esperienze negative circa l'inclusività.

È stata studiata la relazione di scambio profondo, attivato dal campo (Lewin, 1948), che avviene tra i membri del gruppo e sono emerse situazioni diverse:⁵

- Il contenuto onirico può essere manifestato da parte di un membro in nome di un altro (Kaës, 1993)
- Un membro del gruppo può essere incaricato da tutti gli altri ad assumere il ruolo di portasogno, ovvero colui che avrà il compito di sognare per tutti
- Il dialogo tra due soggetti può generare delle scene presenti nei sogni dell'altro
- L'intero assume delle qualità specifiche grazie alle risorse specifiche del "social dreaming" (Lawrence, 1988). Questa tecnica ideata da Gordon Lawrence, grazie alle associazioni libere e alle amplificazioni tematiche, è in grado di andare a conoscere il contesto in cui il sognatore vive. Alla base vi è il presupposto di collaborazione tra

⁵ All'interno del testo *Il gruppo e l'anoressia* di Stefania Marinelli (pag.90), l'autrice cita i diversi contributi che sono emersi nel 1999 in occasione del Traumdeutung di Freud: trattano lo scambio onirico che avviene all'interno di un contesto gruppale grazie all'effetto del campo.

persone e l'offerta dei propri sogni con lo scopo ultimo di creare una rete di collegamenti in grado di mostrare la realtà del gruppo.

Considerando i gruppi anoressici e bulimici, Stefania Marinelli (2004) ha mostrato come gli elementi delle sedute che conduceva non dovevano decadere, i membri monitoravano costantemente con attenzione tutti gli aspetti emersi durante l'analisi, li mantenevano in uno stato di equivalenza, bilanciamento o sospensione, e di rilancio continuo. È molto frequente la tendenza a non avere dei momenti di riflessione e oggettivazione degli elementi emersi perché potrebbero condurre ad un'identificazione con essi e la conseguente presa di coscienza della propria situazione.

La situazione che si va a creare è molto delicata, ricca di difese, per cui il gruppo deve essere condotto verso la tolleranza del dolore narcisistico di essere lì e soprattutto all'accettare la presenza di un Altro. Se questo avviene, allora sarà possibile intraprendere un percorso di nascita e costruzione di una visione di sé (Neri, 1995).

Per mostrare come l'analisi dell'esperienza onirica sia un ottimo strumento per la comprensione dello stato d'animo, e non solo, dei pazienti con Disturbi dell'Alimentazione Francesca N. Vasta e Marta Scoppetta hanno deciso di intraprendere un percorso con un gruppo omogeneo a tempo limitato⁶. All'interno del gruppo vi erano un conduttore, l'osservatore e 7 pazienti, tutte donne di età compresa tra i 20 e i 35 anni, e gli incontri sono stati svolti una volta a settimana, per 9 mesi, con una durata di 90 minuti. I partecipanti a questo gruppo sono stati scelti a seguito di un incontro individuale per comprendere se il dispositivo gruppale fosse utile per il percorso terapeutico e se il candidato fosse idoneo.

Con il primo sogno si è dato il via per la costruzione del contenitore gruppale, ovvero un luogo in grado di cogliere delle semplici sensazioni e trasformarle in emozioni, raccogliere tutte le cognizioni e renderle dei ricordi. La donna racconta *di essere stata ad un safari in Africa dove si è ritrovata a dover fuggire da un animale feroce senza però poter correre a causa di un dolore alle gambe, ma, svegliandosi dallo spavento, faceva fatica a ricordare la fine del sogno nonostante si sforzasse di rimembrare*. Questa testimonianza ha movimentato gli altri

⁶ Per questa osservazione è stato scelto un dispositivo gruppale omogeneo a tempo limitato in quanto i movimenti di condivisione siano facilitati e, grazie alla limitata disponibilità di tempo, i pazienti siano invogliati maggiormente a condividere elementi inconsci (Corbella, 2008)

partecipanti perché in molti hanno dichiarato di aver cominciato a ricordare le proprie esperienze notturne solamente dopo aver cominciato gli incontri, ma non tutti sembravano contenti di questa cosa. Sappiamo che i sogni possono generare emozioni contrastanti e nascoste negli individui, per cui è comprensibile non essere felici di doverle rivivere una volta svegli. Inoltre, è emersa un'interpretazione interessante circa la fuga della paziente, molti la associavano ad una corsa per allontanarsi dalle emozioni negative (associate alla belva) e ciò veniva immediatamente ricollegato ad una dimensione prettamente sensoriale, ovvero il dolore alle gambe.

Alla seconda testimonianza, il gruppo ha acquisito la capacità di sistema in risonanza, ovvero l'essere in grado di elaborare le emozioni con due o più persone che sono in contatto emotivo su una tematica o su una fantasia (Anzieu, 1976; Foulkes, 1948). Z. racconta di aver sognato di *trovarsi in casa propria, di aver visto una lesione sulla schiena convincendosi di aver contratto la scabbia e, con il terrore di contagiare il figlio, decidere di auto-medicarsi incidendo con un ago la lesione, medicandola con un prodotto anti-scabbia acquistato dal marito durante la notte. Questa medicazione, però, le provocò una reazione allergica ed un'infezione che la costrinse a rimanere a letto con antibiotici per abbassare la febbre, causando non poca preoccupazione nel marito e nei famigliari impegnati a prendersi cura di lei. Questo la spaventò molto, ma allo stesso tempo era molto contenta di ricevere così tante attenzioni dagli altri.* La paziente introduce il tema del contagio, ovvero la paura che il figlio possa seguire le sue orme sviluppando un disturbo alimentare e questo le genera angoscia perché si sentirebbe una cattiva madre. Invece l'immagine dell'ago e della mostruosità risvegliano negli altri partecipanti la mostruosità del proprio corpo e di tutte quelle esperienze traumatiche che hanno richiesto delle pratiche autolesive necessarie per potersi riappropriare del proprio fisico. Questo tema del maltrattamento della propria persona rimane per diverse sedute perché è un argomento che tutti conoscono molto bene e condividono in quanto fa parte della maggior parte delle esperienze di disturbi alimentari. Il tema dell'autocura rispecchia anche ciò che sta avvenendo nel gruppo, viene espressa la difficoltà nel continuare ad andare avanti rinunciando alla cura a causa di un cambiamento che si è verificato nel gruppo: un'altra paziente, in accordo con i medici, è stata ricoverata in una struttura residenziale, ma questo è stato annunciato solo la seduta prima che L. se ne andasse. La partenza di un membro ha generato angoscia, rabbia inquietudine e dispiacere diffondendo anche uno stato di paranoia vista la necessità di dover elaborare la separazione, alla quale seguirà anche il distacco in vista delle vacanze Natalizie.

Le autrici decidono di riportare anche il decimo sogno in cui T. racconta *la morte della madre e di conseguenza dovrà prendersi cura del padre rimasto solo. Nonostante si senta profondamente abbattuta non è in grado di esprimere il proprio dolore e cerca di mantenere un atteggiamento normale, sorprendendosi di come anche il fratello continui a vivere la propria quotidianità come se nulla fosse. Continuando con il sogno, racconta di come ad un certo punto è talmente oberata che scoppia in un pianto disperato.* Al termine di questa testimonianza, J. appare molto turbata per cui le si chiede di raccontare ciò che le succede. Si scopre che, a seguito di una visita medica, la paziente ha avuto delle notizie preoccupanti in merito il proprio stato di salute e questo l'ha portata ad avere paura della morte, a sentirsi in colpa per come si è trattata e sente di non essere in grado di comunicarlo al padre perché egli non l'ha mai ritenuta in grado di fare nulla. Essa racconta anche di quando al funerale della madre, non riuscendo ad elaborare il dolore, ha preferito sistemare i fiori intorno alla bara dando l'impressione di essere una donna forte e serena, quando in realtà si sentiva debole e profondamente afflitta; questo dolore se lo porta dentro tutt'ora e, per provare a fuggire, aveva cominciato a far uso di sostanze portando il proprio corpo alla distruzione. Il dispositivo gruppale ha permesso alla paziente di sentirsi libera di esprimere la propria esperienza e, allo stesso modo, ha spinto gli altri membri ad aprire un momento di condivisione a proposito della morte, in particolare di quella della sognatrice stessa. La perdita di vitalità è un argomento largamente presente nei disturbi alimentari perché la dicotomia vivo/morto viene associato al rapporto mente/corpo, facendo emergere pensieri e sentimenti mortiferi legati al *complesso della madre morta* teorizzato da A. Green (1983)⁷. In merito a questa associazione, il gruppo sembrava cominciare ad operare un processo di metabolizzazione delle emozioni, grazie anche alla partecipazione ad attività sportive svolte non più in maniera ossessiva, ma in modo equilibrato.

⁷ L'autore mostra come una madre assente e distaccata non è in grado di fornire l'immagine di un luogo sicuro, essa non è in grado di relazionarsi con il figlio e non lo aiuta nella scoperta del Sé. Il bambino, non accettando questo atteggiamento, cerca in tutti i modi di ripristinare l'attenzione della madre fino a quando non trova più espedienti: si trova costretto ad interiorizzare la presenza fredda, abulica e avitale della madre. L'introiezione di questo oggetto mortifero e mortificante porta con sé una serie di conseguenze devastanti, tra cui la rinuncia ad una reciprocità relazionale e la costruzione di un Sé alieno e sabotante. (Narcisismo di vita, narcisismo di morte. A. Green, 1983)

Con il diciannovesimo sogno si apre un nuovo capitolo, ovvero la condivisione del lutto. Una donna racconta di *essere in una stanza con il proprio ragazzo, trovare un rasoio e cominciare a tagliarsi; nonostante la copiosa fuoriuscita di sangue, il ragazzo non sembra rendersene conto fino a quando la ragazza non si affloscia*. Con l'invito da parte del conduttore di condividere le proprie associazioni, J. comincia a raccontare del giorno della morte della madre, un ricordo proibito ed innominabile in casa sua: la paziente confessa di averlo tenuto nascosto per molto tempo perché è stato un episodio spaventoso e mai elaborato. La decisione di condividere questo episodio ha permesso a J. di utilizzare il gruppo per mediare l'elaborazione del proprio lutto, ma allo stesso tempo ha fornito al gruppo il mediatore per pensare i traumi, le difficoltà e le perdite con un altro sguardo, mostrando come sia possibile avere una separazione senza appellarsi a pratiche espulsive. Il contenitore gruppale ha assunto il ruolo paterno/garante/protettore necessario per procedere verso l'età adulta, realizzare la separazione dalle figure dell'infanzia e l'imminente conclusione del gruppo stesso. Il raggiungimento di questa funzione paterna ha permesso al gruppo di superare un momento critico dello sviluppo che ha portato l'emergere dei disturbi del comportamento alimentare: M. Recalcati (1997) sostiene che in questi pazienti ci sia stato un fallimento della madre nell'aiutare il figlio nel processo di individuazione e differenziazione dell'altro, al quale si accompagna anche la mancanza della funzione separatrice del padre, impedendo così la triangolazione edipica Madre-Padre-Bambina.

Mentre questa esperienza si stava avvicinando alla sua conclusione, una paziente comunicò di essere incinta. Questa condizione venne accolta sin da subito con entusiasmo, diede subito un'immagine di speranza e rinascita individuale resa possibile dalla solidità del gruppo. Non vi era più ansia da separazione, anzi, le donne si sentivano forti e coraggiose, pronte ad intraprendere un percorso individuale all'esterno grazie alla forza generata dai legami creati durante le sedute. Tramite il discorso personale, le curanti appresero la voglia dei singoli di voler continuare un percorso terapeutico, sia individuale che gruppale, mostrando come fossero pronte a sostenere un'ulteriore analisi delle proprie emozioni e dei propri lati nascosti.

Questa esperienza, testimoniata dalle due autrici, permette di osservare come la coscienza di gruppo sia fondamentale nella cura dei pazienti. La condivisione di sogni funge da punto di partenza per il racconto del proprio Sé inconscio, la dimensione onirica opera come ponte per quei pensieri inconsci che influenzano le preoccupazioni e, in questo caso, il disturbo alimentare. Sapendo quanto il lato inconscio influisca nella quotidianità e nei disturbi

alimentari, è importante che vi sia un modo per poterlo indagare ed il sogno sembra essere un ottimo mezzo per raggiungere questo obiettivo. Inoltre, attraverso questa modalità è possibile andare a creare un ambiente collaborativo e stimolante, invogliando i partecipanti a parlare di Sé e delle proprie preoccupazioni.

CAPITOLO III: Trattamento intensivo di tipo residenziale

Sul territorio italiano sono previste cinque modalità di intervento, ordinate secondo la gravità e l'intensità della malattia. Quando la situazione non richiede un intervento elevato, ci si rivolge al medico di medicina generale o al pediatra. Se la situazione si aggrava, si può procedere con una terapia ambulatoriale e, in caso di peggioramento, una terapia ambulatoriale intensiva o semiresidenziale. Nel momento in cui il soggetto si trova in uno stato di malnutrizione elevato si decide per una riabilitazione intensiva residenziale o dei ricoveri ordinari e di emergenza.⁸ Questi tipi di interventi sono da considerarsi come elementi di una rete molto più grande, dove al suo interno il paziente viene aiutato sia trasversalmente che longitudinalmente; il soggetto potrebbe avere bisogno di tutte queste modalità di intervento o solamente di alcune, per molto tempo o solamente per un breve periodo: le modalità vengono decise in base all'andamento della malattia e alla presenza di complicanze dovute a fragilità, comorbilità o disabilità.

All'interno dell'elaborato ci si è concentrati sul livello più grave di cura, ovvero quello deputato alla riabilitazione intensiva residenziale svolta all'interno di centri specializzati, multidisciplinari e presidiati da un'equipe specializzata.

La comunità per le persone con Disturbi del Comportamento Alimentare è una struttura che accoglie persone che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari di elevata complessità e che possono trarre vantaggio da un intervento terapeutico psico-riabilitativo polispecialistico.

Lo scopo del ricovero è quello di intraprendere un percorso di Riabilitazione Nutrizionale, ovvero aiutare i pazienti a ristabilire gradatamente un'alimentazione corretta per distribuzione dei pasti, qualità e quantità degli alimenti riducendo restrizione, abbuffate e condotte di eliminazione. (Ministero della Salute, 2002). Secondo le linee ministeriali italiane (2017), la riabilitazione intensiva si rende necessaria quando:

- Il livello di gravità e comorbilità è elevato;
- L'impatto sulla qualità della vita del paziente è critico;
- Gli interventi da mettere in atto sono numerosi e risulta più conveniente ed efficace concentrarli in tempi tendenzialmente brevi, secondo un progetto coordinato;

⁸ Livelli di intervento descritti in dettaglio nel Quaderno della Salute n. 17/22 del Ministero della Salute

- Nella cartella clinica del paziente sono presenti precedenti percorsi meno intensi che non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute è in continuo aumento.

Nello specifico, le situazioni in cui è richiesta la necessità di un ricovero riabilitativo si presentano quando il paziente non sembra rispondere ai trattamenti di tipo ambulatoriale oppure si registra un rischio fisico, psichiatrico e psicosociale troppo elevato per limitarsi a cure poco invasive e temporanee.

Dal punto di vista delle figure professionali, è previsto l'intreccio tra numerose figure specializzate in ogni ambito della cura: medici (psichiatri/neuropsichiatri infantili, medici specialisti con competenze nutrizionali, internisti, endocrinologi), dietisti, psicologi, infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti (Ministero della salute, 2017). Nello specifico, i medici si occupano della valutazione diagnostica, dell'area psico-educazionale alimentare, delle raccomandazioni per una nutrizione corretta e apportano un sostegno per accrescere la spinta motivazionale al trattamento. In supporto alla diagnosi è presente anche lo psicologo, il quale fornisce strumenti psicometrici per la valutazione della gravità e, se specializzato in psicologia clinica, contribuisce con sedute di psicoterapia. Nelle strutture è presente anche il fisioterapista, il quale organizza le attività motorie per la riabilitazione articolare, e numerosi infermieri che affiancano l'individuo per tutto il percorso di degenza, dall'assistenza generale di tipo ospedaliero alla creazione dell'alleanza terapeutica e il dialogo con la famiglia.

Secondo le linee guida ministeriali (Quaderni del Ministero della Salute, n.29, settembre 2017), all'interno di un'équipe terapeutica devono essere presenti:

- Medico Specialista in psichiatria o in Neuropsichiatria Infantile. È il responsabile della valutazione psicopatologica e della diagnosi psichiatrica, concentrandosi soprattutto sulle comorbilità associate ai Disturbi alimentari come l'ansia e i disturbi dell'umore; Insieme ad altri specialisti e psicologi clinici, redige il programma di trattamento ed, in alcuni casi, si occupa anche di condurre attività di psicoterapia.
- Il medico specialista in area internistica o pediatrica. Si occupa di valutare possibili complicanze grazie all'uso di strumenti clinici e di laboratorio, è abilitato a prescrivere trattamenti farmacologici e, tramite dei controlli periodici, assicura il raggiungimento di una condizione di stabilizzazione medica della salute fisica tale da consentire il percorso psicoterapeutico in sicurezza.

- Medico specialista in area nutrizionale e il dietista. Il ruolo di queste due figure è molto vasto, seguono i pazienti per tutto l'iter terapeutico e si occupano di valutazione medica, psico-educazione alimentare, raccomandazioni nutrizionali ed aiutano i malati con ogni tipo di sostegno motivazionale; inoltre, sono coinvolti nella pianificazione del vitto e dell'assistenza ai pasti.
- Psicologo. Insieme allo psichiatra, esegue la valutazione diagnostica servendosi anche di strumenti psicometrici e, nel caso di psicoterapeuti, sono chiamati a condurre anche sedute di psicoterapia.
- Fisioterapista. Gestisce le attività motorie volte a riabilitare le articolazioni e la colonna verticale particolarmente indebolite a causa del disturbo alimentare.
- Infermiere. Accompagna gli ospiti per tutta la permanenza all'interno della struttura, favorendo il dialogo con la famiglia creando un'alleanza terapeutica; sono incaricati di osservare e monitorare tutti gli sviluppi della malattia, dai miglioramenti alle retrocessioni verso una condizione di instabilità medica.
- Medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS). Queste figure, se adeguatamente formate, sono importantissime perché possono individuare precocemente nuovi casi inviandoli in centri specializzati in modo tale ad scongiurare l'insorgenza di una forma più grave di disturbo alimentare.

È fondamentale che tutti i membri dello staff siano adeguatamente formati e informati circa il modello di trattamento vigente all'interno della struttura perché è necessario mantenere un approccio coerente e non contraddittorio. Infatti, il trattamento multidisciplinare porta con sé numerosi vantaggi, ma anche qualche criticità:

1. Il paziente è spinto a parlare di problematiche specifiche con la figura specializzata nell'ambito di riferimento, per cui si rischia di non avere un quadro clinico generale: è importante che tutto l'organico si confronti periodicamente circa le parole emerse dai colloqui individuali in modo da poter redigere una cartella clinica, contenente il piano terapeutico, consultabile da tutti gli specialisti.
2. I terapeuti potrebbero applicare un trattamento che non possiede un modello teorico e clinico condiviso, generando delle informazioni che possono contraddire il lavoro di un altro terapeuta all'interno della struttura: è fondamentale aver ben presente il modello teorico vigente in modo tale da non interferire con il lavoro dei colleghi, andando a creare ancora più confusione nei pazienti.

Dal punto di vista dell'intervento nutrizionale, la riabilitazione si attua attraverso il counseling nutrizionale, la pianificazione alimentare, l'esposizione ai pasti assistita, controllo del peso su base settimanale e gli incontri psico-educazionali di gruppo (Ministero della Salute, 2017). Il ministero della Salute italiano ha stilato una tabella contenente quelli che sono gli obiettivi che ogni struttura dedita alla riabilitazione intensiva dei disturbi dell'alimentazione è tenuta ad osservare:

OBBIETTIVI	BREVE TERMINE	MEDIO TERMINE	LUNGO TERMINE
MEDICI	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizzazione delle condizioni cliniche e dei parametri vitali • Gestione della comorbidità psichiatrica 		<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizzazione delle condizioni generali
NUTRIZIONALI	<ul style="list-style-type: none"> • Recupero di un comportamento alimentare che porti il paziente verso il recupero di un peso naturale • Riduzione di comportamenti non salutari di controllo del peso • Interruzione degli episodi bulimici 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento dell'autonomia nella gestione del pasto e dei comportamenti non salutari del controllo del peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Recupero del normopeso • Interruzione di comportamenti non salutari di controllo del peso • Interruzione delle abbuffate (se presenti) • Autonomia di competenze nutrizionali della paziente e della sua famiglia • Diminuzione del conflitto con la famiglia in merito al cibo

Tabella 1 – Obiettivi a breve, medio e lungo termine della riabilitazione intensiva dei disturbi dell'alimentazione⁹

⁹ Fonte: Quaderni del Ministero della Salute, n.29, settembre 2017, pag. 74

Come è possibile osservare, all'interno della direttiva ministeriale vi è una scarsa attenzione verso gli obiettivi psicologici. Questo dato fa riflettere perché i disturbi alimentari sono causati da disagio psichico in seguito ad esperienze o vissuti complicati, per cui il supporto di tipo psicologico dovrebbe essere alla base di ogni percorso riabilitativo. Ciò che emerge invece è un focus sull'assistenza di tipo medico, volta a ristabilire la condizione fisica, e sull'educazione nutrizionale per poter interrompere cattive abitudini che conducono alla perdita o all'aumento eccessivo di peso.

3.1 Il leader come grande assente: una possibile modalità di gestione residenziale

All'interno di una comunità è fondamentale poter garantire l'individualità, per cui non è possibile stabilire rigide regole di comportamento con un leader che controlla la loro applicazione. In molte istituzioni sanitarie è possibile osservare un'organizzazione verticistica, in cui le attenzioni non sono più rivolte al paziente bensì al direttore sanitario: il tutto si basa su regole e leadership ben definite, limitando lo spazio d'azione di chi si trova nei piani inferiori della gerarchia, compresi i pazienti.

Nei contesti di cura residenziale, come il conduttore di un gruppo di analisi, il leader dovrebbe assumere il ruolo di grande assente per non influenzare il percorso di cura. Per poter far sì che ciò avvenga, in alcune realtà il direttore incontra i pazienti solo il giorno in cui vi è l'ingresso in struttura per poter stilare insieme la cartella clinica e al momento della firma delle dimissioni; invece, il rapporto con il resto dell'equipe è continuativo, strutturato e attivo nella collaborazione.¹⁰

Grazie a questo distacco l'attenzione non è rivolta alla gerarchia e al rispetto delle regole, ma viene suddivisa tra tutti gli specialisti della struttura in modo tale da salvaguardare tutte le specifiche responsabilità di ogni specialista. In questo modo il transfert viene diluito e la leadership assume una posizione difficile da raggiungere.

Questa accortezza, inoltre, permette ai pazienti di non avere una figura su cui riversare tutte le proprie ansie paranoiche, le colpe e le paure non possono essere incarnate da un singolo

¹⁰ In merito ai compiti svolti dal leader ed in generale al rapporto che si instaura tra la comunità e i curanti, si fa riferimento ad un testo di A. Correale, *Area traumatica e campo istituzionale* nel quale l'autore studia le complesse dinamiche tipiche del campo istituzionale.

individuo perché non è mai presente nella quotidianità, per cui non si ha una chiara immagine di esso. La presenza-assenza del direttore protegge il gruppo dallo sviluppo di un transfert individuale, il quale potrebbe impedire la circolazione del transfert e annullare tutti i progressi ottenuti durante le attività.¹¹

Avere una diluizione del transfert permette al soggetto di concentrarsi su se stesso, di analizzare i propri fantasmi e non lasciare che si inneschi un meccanismo di attribuzione esterna. Evitare che si crei un “capro espiatorio” è alla base di un buon percorso di cura, soprattutto quando si tratta di disturbi egosintonici che necessitano di un lungo percorso di analisi interna.

Dal punto di vista del processo, un altro vantaggio dell’aver un leader assente è la possibilità di abbassare notevolmente il rischio di processi di rifiuto nei confronti di alcuni operatori rispetto ad altri, con il conseguente rifiuto di alcune attività: non potendo avere un Altro preferito, ma essendo tutti sullo stesso piano, è difficile che tutte le aspettative si canalizzino nei confronti di un solo professionista.

Il compito di un direttore, dunque, è quello di lavorare in un luogo chiuso, inaccessibile dai pazienti, concentrandosi sul raccogliere informazioni sull’andamento dei trattamenti, nella risoluzione di condizioni cliniche più gravi e nella coordinazione del lavoro dello staff. La maggior parte delle sue attenzioni deve concentrarsi sulla risoluzione di difficoltà relazionali presenti tra gli operatori, i veri attori del processo di cura. Ovviamente questi ultimi non devono avere la supponenza di porsi come un Altro pieno nei confronti del paziente, devono mostrare di non essere possessori di tutti i saperi perché si potrebbe trasmettere il messaggio che esista una risposta preconfezionata corretta per tutte le situazioni.

3.2 Il transfert all’interno di una comunità terapeutica

Quando parliamo di trattamento di riabilitazione non possiamo pensare che sia sufficiente inserire un individuo in una comunità, o in contesto di cura, ma è fondamentale giungere all’attivazione di un transfert tra paziente ed istituzione. Il paziente, una volta che si affida ad

¹¹ La posizione simbolica del dirigente sanitario richiama tutte le conoscenze di Lacan sui legami interindividuali: nel *seminario XI (i quattro concetti fondamentali della psicoanalisi)*, l’autore affronta la differenza che esiste tra padrone ed analista, una questione cruciale all’interno di questa analisi.

una cura residenziale, effettua l'incontro con un analista o uno psicoterapeuta, il quale viene visto come la figura contenente tutto il sapere sul malato ed il soggetto che può aiutarlo a rintracciare tutte le cause fondanti del disagio psichico (Lacan, *Il seminario VIII, Il transfert*, Einaudi, Torino, 2010). In assenza di questo particolare sentimento tra i due, non è possibile creare un percorso di cura che risulti efficace in quanto senza di esso il paziente non sarà in grado di far emergere le proprie esperienze inconscie. Ovviamente l'attivazione del transfert non garantisce la piena riuscita della cura, ma è la condizione minima grazie alla quale si può progettare un percorso. Infatti, la relazione tra operatori e malati deve basarsi sulla cooperazione, sulla possibilità di far sentire l'ospite come parte attiva e integrante della pianificazione. Tutto ciò si può concretizzare nel momento in cui è garantito uno spazio fisico e mentale che permetta di far esprimere il paziente come tale, dove egli può sentirsi libero di agire e non essere giudicato per la propria condizione. La paura dell'alterità deve essere superata non solo da colloqui individuali, ma iscritta in un contesto contenitivo in cui ci si sente parte attiva della cura.

Il concetto di transfert inserito all'interno di una comunità però risulta molto difficile da controllare. Il compito di ogni specialista non si limita ad una gestione protocollare della malattia, deve essere in grado di filtrare, interpretare e rimandare la sofferenza che in ogni paziente si mostra in maniera diversa. In questo modo il membro dell'equipe assume il ruolo di Altro eroico, ovvero colui che è in grado di fornire dei messaggi di accettazione e coraggio rispetto ai fantasmi distruttivi. Grazie a questa restituzione, il paziente è costretto ad analizzare la propria condizione patologica andando ad esperire le preoccupazioni ed i traumi che l'hanno portato ad una condizione di disturbo alimentare.

Inoltre, la controparte curante deve essere in grado di scindere quelle che possono essere delle domande necessarie o una semplice lamentela priva di finalità. Le domande necessarie sono condivise dalla maggior parte degli ospiti, non sono generiche e si concentrano su un determinato bisogno, al quale segue una proposta che deve essere analizzata dall'equipe e attuata nel modo più esaustivo possibile. Invece il lamento privo di finalità non porta con sé un obiettivo preciso, ma ha solo lo scopo di distruggere la costruzione organizzativa per cui non deve essere accolto o soddisfatto in alcun modo.

3.3 Il transfert “labirintico”

L'organizzazione all'interno di un luogo di cura si può definire labirintica, dove il transfert viene distribuito tra tutte le parti tranne che nel leader, il quale risulta chiuso e inaccessibile ai pazienti. Nonostante essi cerchino di indirizzare i propri investimenti libidici verso il nucleo, incontrano numerosi ostacoli per cui sono costretti a modificare il proprio percorso tornando verso se stessi. Questa metafora illustra in modo chiaro come sia necessario un confronto con tutto il sistema istituzionale per poter scavare a fondo nel disturbo, è fondamentale l'incontro con la moltitudine di personalità, discorsi, attività e problematiche avanzate dallo staff intero.¹² Offrendo la possibilità di dialogare con tutti questi individui, si va a creare un ambiente dove ognuno possiede la stessa dignità e potenza terapeutica, impedendo lo scontro con un membro in particolare; non solo, si impedisce anche l'attaccamento ad un unico stile terapeutico, evitando che si creino vincoli al momento delle dimissioni.

Un altro aspetto molto positivo è l'assenza di una soluzione uguale per tutti: è importante capire che la causa di questi disturbi non risiede in una sola causa, ma è frutto di numerose esperienze, generalmente negative, di una persona. Sarebbe sbagliato presupporre di aiutare tutti con la stessa “medicina”, per questo lo scopo ultimo dei percorsi in comunità è sempre quello di indagare quali sono le molteplici motivazioni che hanno portato a scegliere questo sintomo per i propri disagi psichici. Attraverso l'utilizzo di attività diverse, l'incontro con tutti i membri dello staff e il dialogo con gli altri pazienti, la persona è stimolata a produrre sempre più domande e altrettante risposte circa la propria persona. Diminuendo la concentrazione sugli altri, cosa che si va a verificare spesso negli incontri individuali, è più facile indirizzare le proprie forze verso problemi e passioni personali.

Occorre precisare che il transfert è necessario, deve essere difeso, mantenuto ed elaborato in quanto sostiene la relazione di fiducia tra curante e curato. Allo stesso tempo è necessario valutare le proposte avanzate dai pazienti in modo tale da accrescere il senso di efficacia e l'autostima, senza i quali non si potrebbe cominciare un percorso di cura.

¹² Aldo Lombardo, nel testo *La comunità terapeutica*, espone delle linee guida utili per creare degli ambienti psicoterapeutici in vari setting. All'interno di questa analisi, si sottolinea come la realtà residenziale non punta a guarire, ma a trasformare tutti, staff compreso.

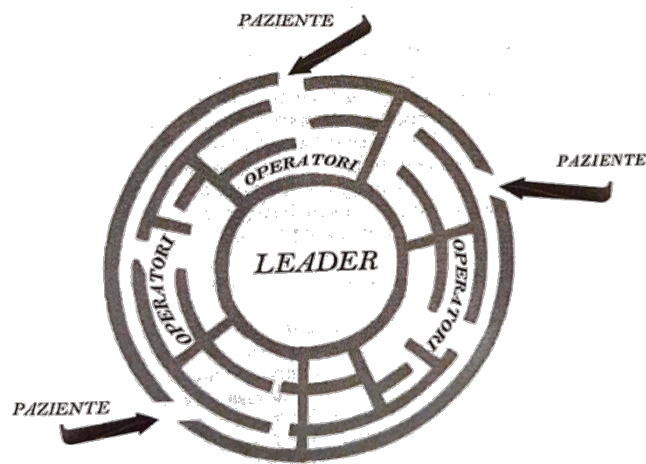


Figura 1 – Organizzazione labirintica all'interno di una comunità ¹³

3.4 La terapia familiare

Quando si parla di un percorso riabilitativo, è necessario porre attenzione anche al contesto in cui vive il paziente, in particolare al rapporto con i familiari. È fondamentale coinvolgere la famiglia all'interno del percorso di cura, soprattutto nelle fasi iniziali dove il team multidisciplinare ha il compito di comunicare tutte le informazioni utili in merito alla malattia, ai sintomi, all'evoluzione, al trattamento e alla prognosi. Inoltre, l'équipe è tenuta a svolgere degli incontri individuali sia per poter rendere partecipe il familiare, sia per poter effettuare una valutazione delle possibili conflittualità presenti nel contesto familiare.

Nel caso di minori, il ruolo dei genitori all'interno della cura è sempre necessario in quanto sono i responsabili legali del paziente e per questo è necessario il loro consenso informato per poter procedere con il trattamento. Non solo, molti studi hanno constatato come il coinvolgimento della famiglia sia un aspetto positivo per il processo di guarigione dell'anoressia nervosa ed i genitori sono le prime figure che possono creare un clima favorevole che faciliti il cambiamento negli adolescenti. In determinate circostanze, è possibile coinvolgere direttamente i genitori durante i pasti per fornire assistenza in quanto la reazione genitoriale alla

¹³ Fonte: "Uno per tutti, tutti per uno", La cura residenziale dei disturbi del comportamento alimentare, Franco Angeli, 2015, p.145

sintomatologia alimentare incide, sia negativamente che positivamente, sull'esito del trattamento.

Valutare l'ambiente in cui vive il soggetto è necessario per poter comprendere le possibili cause del disturbo alimentare, ma è importante anche per poter assicurare un clima favorevole al momento delle dimissioni. Durante la degenza, è consigliato svolgere degli incontri psicoeducativi in modo tale da:

1. Fornire informazioni generali in merito ai disturbi alimentari
2. Valutare se sono presenti interpretazioni disfunzionali, ad esempio pensare che il comportamento del figlio sia l'esito di una scarsa abilità genitoriale
3. Assicurarci che non vi siano delle reazioni disfunzionali ai comportamenti errati del paziente, come commenti ostili, rabbia, cura eccessiva etc.
4. Accertare l'assenza di stimoli che promuovono diete, preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, nel contesto casalingo

Il ruolo dei genitori, una volta che il paziente non si trova più in luoghi controllati come le residenze, è decisivo per poter mantenere un'alta motivazione nel recupero del peso. Sono fornite alcune direttive per poter assicurare una buona ripresa anche a casa:

- I genitori sono responsabili dell'acquisto, della preparazione e del servizio del cibo, preparando un menù concordato con il clinico
- I pasti devono essere consumati assieme a tutti i membri della famiglia
- I pensieri disfunzionali espressi dall'adolescente nei confronti dell'alimentazione non sono da critica o osteggiare perché sono l'espressione del suo disagio nei confronti del cibo
- La figura adulta deve essere in grado di dissuadere, in modo delicato, a praticare rituali alimentari scorretti per mantenere il controllo del peso
- Sono da evitare tutte le critiche manipolative nelle situazioni complicate, è preferibile un approccio empatico e supportivo

Nel caso in cui si tratti di persone adulte, il coinvolgimento di altri significativi è più complicato e deve essere valutato attentamente. È richiesto nel caso in cui queste persone significative possono aiutare nell'attuare alcuni cambiamenti, soprattutto nella gestione dei pasti o nell'affrontare situazioni complicate che possono sorgere nella vita quotidiana; possono essere coinvolte anche nel momento in cui ostacolano il cambiamento, per esempio criticando il modo

di mangiare, giudicando l'aspetto fisico o commentando negativamente alcuni atteggiamenti. L'aiuto delle persone care deve essere sempre concordato ed accettato dal paziente, può essere richiesto solo in determinati momenti della giornata e deve essere discusso con tutti i membri del team disciplinare e la famiglia.

CAPITOLO IV: Modello residenziale basato su una teoria cognitivo-comportamentale

In questo elaborato, per avere la possibilità di un confronto, sono state prese in analisi due strutture con una modalità operativa differente: Villa Miralago, fondata sul paradigma bio-psico-sociale, e Villa Garda, basato su una teoria cognitivo-comportamentale. All'interno di questo capitolo verrà illustrata la seconda sopra citata, a seguire vi sarà l'esperienza di un'educatrice di Villa Miralago al fine di poter far emergere le diverse possibilità di cura, le problematiche e le diverse attività previste.

Villa Garda è una struttura situata a Garda, in provincia di Verona. Appartiene al gruppo Garofalo Health Care (GHC), tra i più importanti centri di sanità privata in Italia; si occupa di degenze ospedaliere, prestazioni diagnostiche e terapie ambulatoriali. Tra i diversi settori, vi è quello deputato alla riabilitazione nutrizionale: dotato di 49 posti letto (38 per la degenza ordinaria e 11 per il day hospital), è suddiviso in una parte per i disturbi alimentari e l'altra metà per l'obesità grave. Il responsabile è il Dr. Riccardo Dalle Grave, medico psicoterapeuta ideatore di una terapia cognitivo comportamentale (CBT-E) per gli adolescenti con disturbi dell'alimentazione raccomandata dalle linee guida NICE inglesi¹⁴.

Il reparto riservato ai disturbi dell'alimentazione dispone di 28 posti letto (16 ricoverati, 12 in day-hospital), suddivisi in stanze che vanno dagli uno ai quattro ospiti con possibilità di personalizzazione dell'ambiente. Questa struttura dispone anche di una palestra, uno spazio per la terapia di gruppo, una cucina attrezzata, una sala per la TV ed una sala riunioni.

Villa Garda definisce il proprio reparto "aperto" in quanto le visite da parte dei parenti sono sempre consentite, ovviamente ad eccezione delle ore dedicate ai pasti ed alle sedute di terapia. Anche i pazienti hanno la possibilità di ottenere dei permessi giornalieri e, durante il day-hospital, gli ospiti possono passare lunghi periodi a casa: questa "libertà" viene concessa per poter affrontare i numerosi fattori ambientali che alimentano e mantengono il problema alimentare. Alla base di questo trattamento vi è lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa e la responsabilizzazione del paziente nel cambiamento comportamentale: lo

¹⁴ Il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) è un'organizzazione indipendente che promuove linee guida per una buona pratica clinica in medicina, a livello nazionale ed internazionale.

scopo è quello di non creare una dipendenza verso la struttura e affrontare gli stimoli ambientali mentre si è supportati dal ricovero intensivo.

All'interno di questa struttura vengono accolti solo i pazienti che decidono “volontariamente” di essere ricoverati con il fine ultimo di divenire esperti del proprio disturbo dell'alimentazione: solamente dal rapporto collaborativo con i terapeuti e la piena disponibilità verso il programma di cura si sarà in grado di svincolarsi dalle pratiche di eccessivo controllo che alimentano i DCA. Dalla struttura viene richiesto un atteggiamento positivo e indirizzato non più verso il controllo del proprio peso o del fisico, bensì verso la buona riuscita del trattamento; viene richiesto un cambio di attenzione, concentrando gli sforzi verso il programma terapeutico trasformandolo nella priorità giornaliera. La stessa équipe è chiamata a lavorare congiuntamente con il paziente, concordando di volta in volta mansioni specifiche da affrontare tra una seduta ed un'altra.

4.1 Modello di lavoro comunitario

L'intero processo di cura viene supportato da una teoria comportamentale transdiagnostica dei disturbi alimentari elaborata dal Centro per la Ricerca sui Disturbi Alimentari dell'Università di Oxford: la terapia si concentra sui pensieri e comportamenti implicati nel mantenimento dei disturbi alimentari ed è applicabile, con qualche modifica, a tutti i disturbi dell'alimentazione. Per questo, il trattamento viene elaborato sulla base dei processi che sembrano alimentare il disturbo alimentare del singolo paziente e non dipende dalla diagnosi effettuata.

La teoria su cui si basa il trattamento considera “l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione” (Ricardo Dalla Grave, 2009) come la problematica psicologica al centro nei disturbi alimentari. Questo eccessivo controllo in soli tre ambiti risulta altamente disfunzionale perché riduce inevitabilmente l'attenzione nei confronti degli altri aspetti di vita quotidiana, come il lavoro, la scuola, le relazioni etc., i quali vengono considerati fondamentali per la creazione di un sistema di autovalutazione stabile ed efficace. A sua volta, la sintomatologia del disturbo dell'alimentazione mantiene attivo continuamente il modello di autovalutazione disfunzionale, e insieme a questo forma i cosiddetti *'fattori specifici'* che perpetuano il disturbo; sono definiti tali perché sono osservabili solo in questi disturbi.

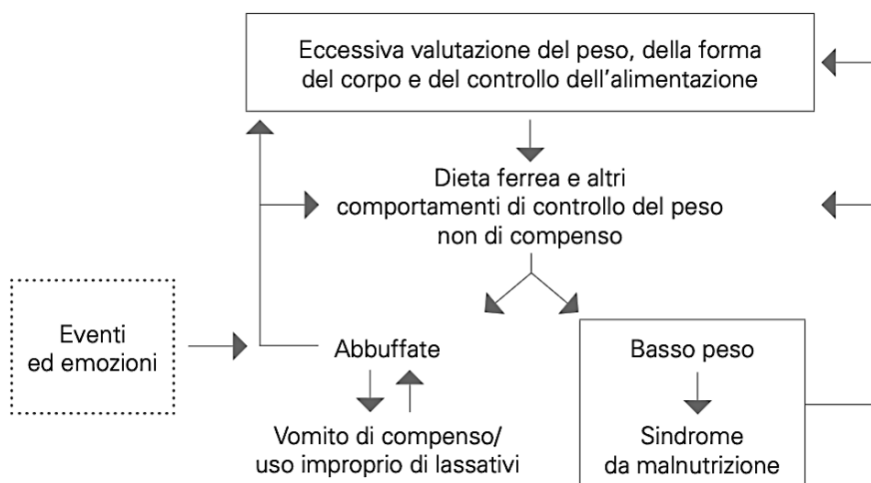


Figura 2 – Principali fattori specifici di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione¹⁵

È possibile osservare un sottogruppo di persone che manifestano uno o più fattori di mantenimento aggiuntivi o non specifici: perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, difficoltà interpersonali marcate. (Ricardo Dalla Grave, 2009)

4.2 Il trattamento

All'interno di Villa Garda sono previste due modalità di trattamento che prevedono due diversi percorsi. Il primo prevede un periodo di ricovero a cui segue il day-hospital, con una durata differenziata per i pazienti sottopeso (20 settimane) e normopeso (15 settimane). Il secondo percorso prevede unicamente il day-hospital, con una durata di 13 settimane ed è rivolto a pazienti maggiorenni che sono autosufficienti o non presentano condizioni mediche critiche. In ogni caso viene prevista la possibilità di prolungare il trattamento, quando si rilevino di eccezionale gravità.

La cura ha inizio sin dall'accoglienza, dove un dietista mostra l'intero programma, le modalità con cui vengono affrontati i pasti assistiti e indica le date per le sedute con lo psicologo; in seguito, un infermiere illustra le regole e la camera assegnata al paziente. Sempre durante la prima giornata, è previsto un incontro con il medico per la valutazione diagnostica che si compone di nove passaggi (Villa Garda, 2025):

1. Visita medica e raccolta della storia clinica

¹⁵ Adattata da Fairburn, C.G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione* (pag. 32). Eclipsi: Firenze.

2. Raccolta della storia alimentare
3. Esami del sangue ed altri test per valutare le complicanze mediche
4. Misurazione del peso e dell'altezza per poter calcolare l'Indice di Massa Corporea (IMC).
5. Analisi della composizione corporea e della densità ossea (DXA).
6. Valutazione del metabolismo e dell'esercizio fisico svolto
7. Intervista "Eating Disorder Examination (EDE)¹⁶" con uno psicologo: viene somministrata per poter individuare le caratteristiche cliniche principali del disturbo alimentare
8. Questionari per indagare i problemi psicologici e interpersonali spesso associati ai DCA
9. Valutazione da parte di un medico psichiatra

Grazie a questa procedura iniziale vengono analizzate tutte le sfere personali del paziente per individuare in via preliminare eventuali aspetti critici che potrebbero influenzare la buona riuscita del trattamento; in base all'esito della valutazione diagnostica, vengono presi provvedimenti circa i permessi di uscita e viene prevista una supervisione medica particolare.

Analizzando il programma di ricovero, si evidenziano quattro macrofasi. Nella prima (dalla settimana 1 alla 4), ci si concentra sul trasferimento delle informazioni relative ai disturbi alimentari, all'apprendimento del trattamento e all'ottenimento di un cambiamento comportamentale grazie ai pasti assistiti; per i pazienti sottopeso, inoltre, è previsto un percorso indirizzato al recupero graduale del peso. Durante queste prime settimane, se non sono emerse particolari controindicazioni durante la valutazione diagnostica, vengono eseguiti degli incontri con i familiari. Nella quinta e sesta settimana è prevista la Fase Due, dove si analizza dettagliatamente il percorso intrapreso, concentrandosi sui progressi e ostacoli incontrati. Per poter creare un percorso individualizzato, è prevista una valutazione formale con lo scopo di individuare uno o più dei tre fattori di mantenimento aggiuntivi proposti dalla teoria transdiagnostica: questa indagine è necessaria perché permette di valutare l'unicità del paziente e pianificare un trattamento personale. Durante la Fase Tre (dalla settimana 7 alla 17) viene

¹⁶ L'EDE è uno strumento a supporto della diagnosi che si compone di un'intervista basata sull'intervistatore (Fairburn & Cooper, 1993). È accompagnata da una versione auto-somministrata, l'EDE-Q. Emergono due tipi di dati: frequenza dei principali episodi di comportamento tipici dei disturbi alimentari e punteggi a determinate sotto scale che indicano la gravità degli aspetti psicopatologici.

svolto un lavoro mirato per poter affrontare singolarmente l'immagine corporea negativa, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione. Separatamente, vengono discussi i fattori aggiuntivi di mantenimento che sono emersi durante la seconda fase. A questo punto del percorso, i pazienti sottopeso raggiungono la soglia minima di ICM e si procede con il mantenimento del peso. Durante le ultime tre settimane (dalla 18 alla 20) è prevista la Fase Quattro, nella quale si cerca di affrontare i fattori di mantenimento residui per favorire il rientro nell'ambiente familiare e la terapia post-ricovero.

Il punto distintivo di questa metodologia è rappresentato dal fatto che il tempo della degenza è scandito dalla centralità del paziente: formulare un percorso personalizzato è ritenuto, infatti, la chiave per garantire una completa adesione al trattamento e un cambiamento cognitivo risultato dei piccoli cambiamenti comportamentali.

Al fine di rendere l'individuo sempre più partecipe della propria condizione, è necessaria l'esposizione continua a fattori stressanti. In altre realtà di assistenza intensiva, si viene totalmente isolati dalla realtà esterna, andando a creare una vita illusoria priva di elementi trigger. Invece, grazie ad un approccio cognitivo comportamentale, la persona rimane in contatto con l'ambiente familiare, amici, parenti ed altri fattori potenzialmente distruttivi., imparando a gestire i pensieri negativi e le situazioni critiche. L'efficacia di questo trattamento è confermata da uno studio condotto su 80 pazienti affetti da anoressia nervosa che si sono affidati a Villa Garda. Lo studio condotto da Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, e Fairburn CG, "*Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatic, 2013*", mostra che le strategie utilizzate sono efficaci in molti aspetti:

- L'80% dei pazienti affetti da anoressia nervosa, a 12 mesi dalla fine del ricovero, presenta un peso corporeo nella norma.
- È presente una percentuale del 90% di ospiti che completa il trattamento.
- I risultati registrati dall'EDE (Eating Disorder Examination) sono complessivamente inferiori.

Grazie a questi dati, è possibile affermare quanto una terapia cognitivo comportamentale possa essere efficace, mostrando quanto la volontà e la partecipazione del malato sia cruciale nel suo percorso di cura.

Le attività svolte

Durante le 20 settimane di degenza, gli ospiti sono tenuti a svolgere delle sedute individuali con lo psicologo di riferimento con lo scopo di sviluppare il proprio percorso. Tra i diversi argomenti affrontati, lo psicologo ha il compito di aiutare nella gestione dei fattori di mantenimento, di ascoltare le preoccupazioni derivanti dal cambiamento della composizione corporea e dalle possibili lamentele nei confronti del programma alimentare. Inoltre, lo psicologo di riferimento è incaricato di svolgere delle sedute mirate nel caso in cui durante la Fase Due siano emersi dei fattori di mantenimento aggiuntivi (es. perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, problemi interpersonali gravi).

In aggiunta alla terapia individuale, sono previsti anche due tipi di gruppi a supporto di quest'ultima: i gruppi psicoeducazionali e i gruppi cognitivo comportamentali. Sono previsti in quanto spesso aiutano il singolo a rivelarsi, superando la vergogna di soffrire di DCA e, spesso, favorisce la creazione di legami relazionali positivi. I gruppi psicoeducazionali vengono svolti tre volte la settimana e si concentrano principalmente su informazioni scientifiche in merito ai disturbi dell'alimentazione ed alle possibili procedure terapeutiche utilizzabili. Questa modalità non prevede la condivisione di eventi personali, ma è pensata per poter condurre una discussione interattiva relativa solamente ad argomenti di natura medico-nutrizionale. I gruppi cognitivo comportamentali si svolgono una volta a settimana sostenendo le pratiche individuali decise con lo psicologo. Sono svolti per sostenere l'individuo nella gestione di episodi che possono gravare sull'alimentazione, nell'incontro con la propria immagine corporea e nel rispetto delle rigide regole dietetiche.

Al di fuori dei momenti dedicati agli esercizi a scopo terapeutico, vengono svolti da degli interventi educativi a gruppi suddivisi per età. L'intervento educativo è suddiviso in tre ambiti:

1. L'area formativa: si concentra sullo studio, un mezzo utile per sviluppare senso critico nei confronti degli eventi sociali e di attualità.
2. L'area cognitivo-relazionale: sviluppa l'abilità interpersonale e la relazione con gli altri.
3. L'area ludico-creativa: insegna ai pazienti la gestione del proprio tempo libero, investendolo in progetti artistici, musicali, teatrali ed altri ambiti creativi.

Inoltre, per gli ospiti di età adolescenziale sono previsti dei gruppi dedicati, condotti da uno psicologo, in cui si affrontano le problematiche tipiche di questa fase di vita. I disturbi dell'alimentazione sono spesso associati a problemi adolescenziali poiché spesso si tratta di

fatiche nella costruzione del senso di identità dovute al cambiamento fisico e mentale, alle difficoltà di approccio con gli altri e la necessità di sviluppare un senso di autonomia. Proponendo delle modalità gruppali per la discussione di questi temi, è possibile registrare nei pazienti una maggior capacità di gestione dei conflitti grazie allo sviluppo di abilità comunicative e relazionali.

Ovviamente, per favorire la ripresa del corpo, sono previste delle sedute di fitness presso la palestra della residenza. Il fisioterapista di riferimento conduce dei gruppi di allenamento al fine di ripristinare la massa muscolare, concentrandosi sull'esecuzione dell'esercizio e non sul suo possibile dispendio calorico. Far svolgere attività fisica può sembrare controproducente, in realtà, se svolta con l'intento riabilitativo, aiuta la persona ad osservare i propri cambiamenti, sentire il corpo e realizzare la propria condizione fisica.

4.3 La gestione dei pasti

All'interno di Villa Garda l'orario dei pasti scandisce le attività ed è organizzato nel seguente modo:

- Colazione 08:30-08:45
- Pranzo 11:45-12:45
- Merenda 15:45-16:00
- Cena 18:30-19:30

Durante questi momenti, sono previste diverse modalità di sostegno del paziente, prima fra tutti l'alimentazione assistita. È resa necessaria in quanto l'individuo non è più in grado di soddisfare il fabbisogno quotidiano a causa dell'eccessiva smania di controllo verso il peso e la forma del corpo, della paura di perdere il controllo nei confronti dell'alimentazione e di aumentare di peso in modo incontrollato (Ricardo Dalla Grave, 2009). Il programma di riabilitazione ha come obiettivo quello di ridurre i rituali alimentari errati che ostacolano il cambiamento e, per fare ciò, si ritiene fondamentale la piena partecipazione dell'ospite. Infatti, affrontare i pasti in modo passivo viene considerato controproducente poiché, nel momento in cui non sarà presente un operatore, sarà molto difficile riuscire a sostenere la fatica mentale del disturbo alimentare. Il ruolo dell'assistenza, svolto da una dietista o un'infermiera, è ritenuto necessario nelle prime quattro settimane e consiste nel mostrare delle specifiche strategie e procedure cognitivo-comportamentali con l'obiettivo di ridurre comportamenti disfunzionali nei confronti del cibo.

Consultando il protocollo presente nella residenza, è possibile individuare quattro procedimenti che i pazienti sono tenuti a seguire in modo attivo:

1. La *misura e l'interpretazione del peso*.
2. La *pianificazione alimentare* a seguito di modificazioni del peso corporeo.
3. L'utilizzo di *strategie cognitive comportamentali* durante i pasti. Tra queste vi è, per esempio, l'impossibilità di aggirare il piano alimentare poiché quest'ultimo permette di prevedere l'aumento progressivo di peso o il suo mantenimento. Un'altra indicazione che viene data è quella di non fare affidamento al proprio senso di sazietà o di fame perché, durante il ricovero, è ancora alterato dal disturbo alimentare.
4. La *gestione del tempo* che segue il pasto. I momenti successivi ai pranzi o le cene sono ritenuti critici a causa di istinti di compensazione tipici dei disturbi dell'alimentazione. Per far fronte a ciò, i pazienti sono invitati a passare del tempo in una stanza a svolgere delle attività ricreative, come leggere o guardare la tv, per non cedere alla tentazione.

Durante queste prime settimane, per poter rendere il paziente parte attiva al trattamento, viene svolta la 'tavola rotonda': si tratta di un incontro con tutti i terapeuti di riferimento, dal medico al dietista, dallo psicologo all'infermiera professionale. Questo momento si può suddividere in due parti. In una prima fase viene interpretato il *Grafico del Peso* che il paziente è tenuto a compilare a seguito della misurazione settimanale del peso; successivamente viene analizzato lo sviluppo della *Formulazione Personalizzata*, concentrandosi sugli eventuali comportamenti disfunzionali come abbuffate, evitamento dell'esposizione del corpo, eccessivo check del corpo ed altri atteggiamenti negativi verso il proprio fisico. Questi due passaggi sono fondamentali perché gli obiettivi settimanali vengono stabiliti considerando la consapevolezza del paziente riguardo la propria condizione mentale e fisica, non vengono decisi solamente dall'équipe, ma sono frutto della presa di coscienza dell'individuo.

Arrivati all'ottava settimana di trattamento, il consumo dei pasti avviene senza alcun tipo di assistenza e, gradualmente, al di fuori di Villa Garda. Si ritiene che la persona sia in grado di sostenere le difficoltà causate dal cibo in maniera autonoma, senza dover utilizzare strategie comportamentali rigide, bensì applicando delle linee guida alimentari in modo flessibile. Ad ogni modo, è presente un dietista per evitare un cambio drastico di routine, andando a gestire gradualmente le eventuali regole dietetiche ancora molto presenti. Dalla settimana 14, l'ospite è chiamato a vivere al di fuori della struttura, consumando sempre meno pasti all'interno della comunità perché ormai ha acquisito la forza di nutrirsi correttamente in maniera autonoma.

CAPITOLO V: Indagine sul programma di una comunità

La comunità, in generale, è un luogo difficile da vivere in quanto aleggia costantemente un sentimento di negatività da parte dei pazienti, ma questo non sembra essere d'ostacolo al lavoro degli specialisti che scelgono di operare in questi contesti. Per poter comprendere meglio come funziona un percorso di tipo residenziale ho voluto intervistare degli operatori che si occupano dell'organizzazione degli spazi e dei tempi, indagando come viene affrontato il Disturbo dell'Alimentazione all'interno di questi luoghi. Tramite un'intervista semistrutturata di 17 domande, somministrate in presenza, registrate dall'intervistatore e successivamente trascritte per poterne fare un'analisi, si è cercato di indagare tutti gli aspetti che potrebbero emergere da un'esperienza all'interno di una comunità di cura. La struttura scelta per questa indagine è Villa Miralago, (Cuasso al Monte, VA) grazie alla pronta disponibilità di Domenica Lo Cascio, educatrice e responsabile équipe presso la clinica.

5.1 L'intervista semistrutturata

Per questa testimonianza è stata fondamentale la disponibilità di Domenica Lo Cascio, con cui ho svolto un'intervista semi strutturata. Questa modalità di indagine prevede un insieme fisso e ordinato di domande aperte, permettendo all'intervistato di rispondere liberamente. Il vantaggio principale di questo tipo di intervista è la possibilità di variare la conduzione in base alle risposte fornite, per esempio modificando una domanda o riprendendo argomenti già trattati. L'intervista semi strutturata è la forma più versatile presente in questo ambito in quanto è possibile utilizzare sia uno stile direttivo che uno stile più morbido, permettendo un'analisi più approfondita dell'argomento trattato.

5.2. Aree dell'intervista

L'intervista si compone di 17 domande con una parte biografica iniziale, utile per comprendere il punto di vista di chi è stato intervistato. Le domande sono state ideate con lo scopo di approfondire la composizione organizzativa del percorso di cura e del luogo in cui essa avviene; inoltre, si vuole andare ad indagare quali possono essere le complicazioni incontrate durante il periodo di permanenza e la composizione del cerchio di ospiti. L'obiettivo principale è quello di mostrare come sia possibile applicare un percorso di cura dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione utilizzando un dispositivo grupale nel senso più ampio possibile e di come questo venga gestito.

L'intervista è stata strutturata con l'intento di ricoprire le diverse tematiche affrontate nel percorso di tesi e successivamente ad alcune ricerche effettuate sui rispettivi siti di riferimento del centro di cura.

L'area biografica indica il nome, il cognome, l'età, il titolo di studio e il ruolo che ricopre il professionista all'interno del percorso.

I diversi argomenti sono stati trattati attraverso determinati quesiti:

- L'area che indaga la composizione:
 1. *Quante utenze può contenere il centro?*
 2. *Numero operatori e professionalità. È previsto un numero minimo di operatori o è a discrezione della struttura?*
 3. *Da quanto esiste il centro?*
 4. *Ci sono stati sostanziali cambiamenti nel corso degli anni?*
 10. *Quali sono le attività principali (gruppi terapeutici, gruppi pedagogici, gruppi risocializzanti)?*

- L'area che indaga la suddivisione e la gestione degli ospiti:
 5. *Quale fascia d'età è accettata?*
 6. *Quant'è la durata del trattamento?*
 7. *La giornata tipo di un paziente?*
 8. *Quali sono le restrizioni per gli ospiti?*
 9. *Quali sono gli obiettivi a breve, medio e lungo termine?*

- L'area che indaga l'organizzazione delle attività:
 11. *Tutti devono seguire lo stesso planning settimanale o è possibile scegliere a cosa partecipare?*
 12. *I partecipanti ad un gruppo vengono suddivisi in base al tipo di disturbo?*
 13. *Sono previste delle attività multi-sintomatiche?*
 14. *Quali sono le attività che prevedono un setting gruppale? Quali sono i vantaggi dell'utilizzo di un gruppo?*

- L'area che indaga le possibili complicazioni e la gestione delle avversità:
 - 15. Come viene gestito l'abbandono del gruppo da parte di un membro?*
 - 16. Come ci si comporta davanti al rifiuto di un'attività?*
 - 17. Come interviene l'equipe durante il pranzo? Se qualcuno si rifiuta?*

5.3 Testimonianza dell'educatrice

Domenica Lo Cascio è un'educatrice da circa 20 anni che, da 15 anni svolge la sua attività presso Villa Miralago; per poter svolgere questa professione ha conseguito la laurea in scienze dell'educazione e della formazione.

1. Quante utenze può contenere il centro?

Sono suddivisi per comunità:

- 40 adulti, che sarebbe Camelia
- 14 minori, che sarebbe Gardenia
- 11 ospiti con il sondino, che sarebbe Ginestra

Queste 3 microcomunità sono divise perché Ginestra è stata costruita dopo e costituisce una sorta di reparto per i pazienti più gravi, mentre Camelia e Gardenia, che sarebbero gli adulti sono insieme, anche se sono fisicamente suddivisi su due piani.

Nell'Aprile del 2024 è stata emanata una nuova GDR per cui per la Regione Lombardia ha imposto che i minori devono stare separati dagli adulti e devono essere necessariamente sorvegliati da un operatore e un infermiere 24 ore su 24, soprattutto se in presenza di altri ospiti adulti; attualmente facciamo solo i pasti insieme, ma a breve sarà possibile effettuare i pranzi e le cene all'interno del loro reparto.

Dal punto di vista dei disturbi, al momento ospitiamo solo 5 soggetti affetti da obesità e la maggior parte degli utenti soffre di bulimia o anoressia; La maggior parte degli ospiti è femmina e la media dell'età è sui 30 anni, la media è così alta perché molti ritornano.

2. Numero operatori e professionalità. È previsto un numero minimo di operatori o è a discrezione della struttura?

Chiaramente in ogni reparto ci devono essere infermieri ed OSS sia di giorno che di notte. In generale nella struttura sono presenti: OSS, educatori, infermieri, psicologo e psichiatra

(non sempre presente nell'arco della giornata, spesso opera solo nel mattino), nutrizionista e chinesiologa.

Le regole circa il numero minimo di operatori sono stilate dall'ATS, in linea generale devono essere sempre presenti almeno 2 operatori, in aggiunta ovviamente ad infermieri ed OSS.

3. *Da quanto esiste il centro?*

Dal 10 maggio 2009. Inizialmente erano presenti solamente 11 ospiti, ma con gli anni sono aumentati notevolmente sia gli ospiti che i pazienti. Questo è dovuto sia ad una richiesta da parte della regione Lombardia di poter contenere più pazienti, sia dal fatto che c'è stata una crescita esponenziale dei disturbi alimentari, soprattutto in comorbilità con altre malattie psichiatriche.

4. *Ci sono stati sostanziali cambiamenti nel corso degli anni?*

I cambiamenti si verificano maggiormente quando cambia il direttore sanitario, e di conseguenza anche la modalità di lavoro. I primi anni era presente il Dott. Rugo che, insieme a Recalcati, ha sempre lavorato con una determinata modalità; con l'arrivo della dottoressa De Salvo e successivamente da Leonardo Vendolo, si è cambiata la modalità e ovviamente gli operatori si sono adeguati, anche se non ci sono stati eccessivi stravolgimenti. I cambiamenti più grandi sono arrivati con il penultimo direttore sanitario, Luca Modulo, il quale ha completamente stravolto le modalità di lavoro. Attualmente a capo c'è Rina Russo, ma avendo le preso le redini da gennaio non ci sono ancora stati grossi cambiamenti.

5. *Quale fascia d'età è accettata?*

All'interno della struttura possono entrare dai 13 anni, fino ai 54 anni; per quanto riguarda l'età adulta, oltre i 54 anni potrebbero essere ricoverati in altre strutture che non sono però Villa Miralago. Tutto ciò ovviamente è stabilito dall'ATS, per altre informazioni consiglio di consultare la carta dei servizi.

6. *Quant'è la durata del trattamento?*

La struttura è privata, ma convenzionata con la Regione Lombardia, per cui i costi di soggiorno sono tutti sostenuti da ogni centro psicosociale di provenienza.

La regione Lombardia stabilisce un periodo di cura di 24 mesi, più 6 aggiuntivi; ovviamente non è necessario rimanere ricoverati per tutto questo tempo, ma Villa Miralago richiede un minimo di 3 mesi. Per quanto riguarda chi proviene da un'altra regione, le tempistiche dipendono molto da quanto le ATS hanno intenzione di investire.

7. *La giornata tipo di un paziente?*

La giornata di un paziente ruota tutto intorno all'orario dei pasti:

- Dalle 08:30 alle 9:00 la colazione
- Iniziano le varie attività che vengono svolte da tutti gli operatori come educatori, psicologi, chinesologi e dietisti
- Alle 10:15 qualcuno ha anche lo spuntino
- Alle 13:00 c'è il pranzo
- 16:30 la merenda
- 19:00 la cena dopodiché c'è anche l'eventuale
- 21:30 la somministrazione della camomilla o del dell'orzo per chi lo vuole

Durante tutto l'arco della giornata sono presenti delle attività sia motorie che di parola, in linea generale cerchiamo anche di lasciare degli spazi vuoti per far sì che l'utente impari un po' anche a gestire il momento del vuoto quindi appositamente non vengono messe delle attività. Durante questi momenti gli adulti non sono supervisionati dagli operatori, a meno che non ci siano delle indicazioni particolari da parte dello psichiatra; sono liberi di girare all'interno delle mura della struttura e possono scegliere cosa fare, ad esempio, possono andare in camera, guardare la tv, leggere, fare delle camminate nel parco della struttura etc; invece, i minori, secondo le linee generali di ATS, devono essere sempre supervisionati da un operatore. Le aree comuni sono la sala pasto, la Hall e il parco esterno

8. *Quali sono le restrizioni per gli ospiti?*

Sono presenti delle regole comunitarie che devono essere seguite da tutti e degli oggetti che non possono essere portati all'interno della struttura, come i telefoni, i quali non possono essere tenuti tutto il giorno, ma le tempistiche di utilizzo vengono concordate con l'equipe.

Ci sono delle indicazioni anche per quanto riguarda le visite dei pazienti e la possibilità di andare nelle camerate altrui, per esempio gli adulti non possono andare nell'ala riservata ai minori e viceversa.

La restrizione principale riguarda il post-pasto dove i pazienti vengono accompagnati in bagno da un operatore e rimangono supervisionati per circa un'ora e trenta.

In casi di pazienti con problematiche particolari vengono applicate delle regole leggermente diverse, mantenendo sempre attive le regole generali ovviamente, come per esempio nei casi di pazienti gravemente sottopeso che non avranno la possibilità di fare attività fisica o di muoversi liberamente, al contrario di altri utenti con una condizione psicofisica meno grave che hanno anche la possibilità di uscire in autonomia.

Tutto ciò è deciso dall'equipe, ma in alcuni casi si va in contro alle richieste dei pazienti; infatti, ogni persona ha a disposizione un massimo di tre richieste scritte, le quali vengono discusse durante le riunioni tra gli operatori, e poi spetta all'educatore la restituzione della richiesta.

9. *Quali sono gli obiettivi a breve, medio e lungo termine?*

Non procediamo per obiettivi se possiamo definirli standard, tutto dipende dalla situazione del paziente. All'interno di una struttura il percorso che viene fatto non è di guarigione, è un termine che noi non utilizziamo, anche perché il percorso in comunità è molto restrittivo e il suo scopo ultimo sarebbe quello di permettere di vivere al di fuori; inoltre, è importante che, una volta dimessi, si continui ad essere seguiti da un dietista e soprattutto da uno psicoterapeuta.

Per quanto riguarda la questione anoressica, ad esempio, se una persona entra che è fortemente sottopeso chiaramente il primo step è quello di far sì che si verifichi un incremento di peso, il quale comporta anche la possibilità di poter iniziare la psicoterapia, la quale è resa impossibile in situazioni di grave salute fisica. Per quanto riguarda la questione bulimica o l'obesità è chiaro che ci sono degli interventi un po' diversi, dipende dalle numerose sfaccettature.

Comunque non lavoriamo per obiettivi, mi sembra quasi banalizzante definirli in questo modo, preferiamo procedere per passi. Il primo passo è far sì che il l'ospite possa imparare a fidarsi dell'equipe: in questo ambiente parliamo di persone che arrivano e devono affidarsi ad operatori che, tra virgolette, vogliono togliere l'unica cosa che conoscono, cioè la

malattia. Sicuramente lo scopo per eccellenza è che possano essere dimessi con una buona condizione psicofisica, una volta al di fuori sarebbe utile poter continuare un percorso magari reso possibile da una rete di professionisti, ma attualmente i servizi per i disturbi alimentari non sono presenti in tutta Italia e spesso sono privati, come i centri Ananke.

10. Quali sono le attività principali (gruppi terapeutici, gruppi pedagogici, gruppi risocializzanti)?

La gran parte delle attività vengono svolte chiaramente dagli educatori, l'assistenza al pasto viene svolta dagli educatori insieme al dietista, mentre lo psicologo non è presente.

Le attività variano in base alla disponibilità degli educatori e da chi è presente in turno: il planning di Primavera cambia molto perché gli educatori, facendo anche il turno di notte, non sempre sono presenti durante la giornata; invece, il planning degli adulti è abbastanza regolare e fisso perché i turni degli educatori non dipendono dall'alternanza dei turni tra giorno e notte.

Ci sono delle attività che ogni operatore fa in modo più specifico e delle attività invece che sono interscambiabili. Per esempio, la psicomotricità viene condotta solamente dalla psicomotricista. Oppure l'attività che svolgo io è di tipo teatrale, si chiama movimento creativo, e può essere condotta solamente da me perché gli altri operatori non possiedono le competenze specifiche per questo ambito, sono specializzati in altro. invece il gruppo educativo viene condotto da tutti noi educatori.

Si può quasi dire che le attività sono scelte in base al titolo di studio che uno consegue, ad esempio l'educatrice che è presente in comunità ha fatto anche la scuola di psicomotricità e quindi fa anche degli incontri di psicomotricità, io oltre ad aver fatto la l'università, per diventare educatore, ho fatto una scuola di teatralità per cui sono abilitata a svolgere attività in relazione a ciò.

Nella struttura è presente anche un gruppo edu-nutrizionale che viene condotto sia da un educatore che da un dietista, ovviamente non vi è un momento preciso della giornata in cui avviene, ma è in base alla disponibilità del dietista.

11. Tutti devono seguire lo stesso planning settimanale o è possibile scegliere a cosa partecipare?

Le attività non sono facoltative, infatti un'indicazione molto importante che noi diamo è di non pianificare dei colloqui individuali durante le ore di lavoro.

Nel momento in cui si verificano delle situazioni particolari allora il paziente è autorizzato a non prendervi parte. Ci sono dei momenti in cui abbiamo degli ospiti che sono particolarmente in crisi o scompensati ed in queste occasioni si può anche pensare di non far partecipare l'ospite all'attività, ma in linea generale tutte le attività devono essere svolte da tutti. Nel momento in cui il paziente non partecipa, a meno che non sia un problema medico come la febbre o l'assunzione della terapia, allora è autorizzato a stare nella stanza a guardare la TV oppure può decidere di stare all'aria aperta nel parco della comunità. Comunque ci tengo a sottolineare come devono esserci delle motivazioni più che valide, concordate con tutta l'equipe e decise solo in casi straordinari.

12. I partecipanti ad un gruppo vengono suddivisi in base al tipo di disturbo?

I primi anni quando c'era il Dott. Rugo abbiamo fatto il gruppo monosintomatico, gli ospiti venivano suddivisi per gruppi in base alla sintomatologia. Attualmente non ci sono divisioni nette, se non per quanto riguarda le attività di tipo motorio nelle quali vi sono programmi distinti in base al peso, per cui il paziente con obesità avrà un'attività fisica diversa da chi è sottopeso; invece, questi ultimi avranno delle attività più specifiche.

Il gruppo monosintomatico aveva una valenza maggiore gli anni passati in cui vi era una netta distinzione tra i disturbi alimentari. Ad oggi, a mio avviso, non c'è in realtà questo netto confine perché ormai i disturbi alimentari vanno in comorbilità con le malattie psichiatriche, le quali sono sicuramente più preponderanti rispetto all'aspetto del fisico. Il disturbo alimentare non passa in secondo piano, però diciamo che sicuramente alcuni utenti hanno un disturbo mentale, ma non è così preponderante.

Tendenzialmente la questione che emerge di più nella conduzione multi-sintomatica è la questione BED (Binge Eating Disorder), ovvero chi non soffre di anoressia accusa il fatto che si parli sempre di quest'ultima e riferisce che vi sia poca conoscenza in merito alla questione dell'obesità. Denunciano il fatto che si parla sempre del corpo anoressico in quanto più visibile, colpisce maggiormente, anche rispetto ad un corpo bulimico che ad un occhio esterno non sembra aver alcun problema. Essendo, la bulimia a volte travestita da

un normo peso, chi soffre di questo disturbo lamenta una mancanza di attenzione nei confronti di questo disturbo. Questo sentimento negativo nei confronti di questa situazione emerge durante i gruppi.

13. Sono previste delle attività multisintomatiche?

Sono tutte multisintomatiche, non operiamo una divisione netta. Con l'aumento dei pazienti ricoverati e la diversità di manifestazione dei disturbi, è diventato quasi impossibile fare una distinzione netta tra i diversi sottotipi. Inoltre, sono sempre presenti in comorbidità con altri disturbi mentali, per cui non ha più molto senso separare gli ospiti in base alla diagnosi di DCA.

14. Quali sono le attività che prevedono un setting gruppale? Quali sono i vantaggi dell'utilizzo di un gruppo?

Le nostre sono tutte attività di gruppo, le uniche che fanno eccezione sono chiaramente i colloqui individuali.

Per i colloqui occorre fare una distinzione, tenendo sempre conto che possono variare in base alle esigenze del paziente.

- Quelli di tipo terapeutico, quindi con lo psicologo, sono programmati magari uno o due a settimana
- I colloqui con gli educatori dipendono molto da come noi (educatori) lavoriamo, alcuni sono più estemporanei, quindi nell'emergenza, altri sono più strutturati; il tutto sempre in base alle esigenze del paziente.

In alcune occasioni sono previsti dei colloqui a seguito di un'attività. Sono previsti sicuramente dei colloqui di equipe (con equipe si intende psicologo ed educatore, psicologo e nutrizionista o nutrizionista e chinesologo) che servono a contenere l'utente.

Il setting viene creato in base all'operatore, all'impostazione clinica che possiede lo psicologo; Ogni tanto, in base a diverse variabili come età del paziente, impostazione clinica, gravità della situazione etc. è capitato che degli ospiti della sezione Primavera effettuassero gli incontri in stanza. Gli incontri che facciamo noi educatori sono più informali, con un setting meno definito. È difficile generalizzare, in linea di massima gli incontri terapeutici sono quelli che hanno qualche regola in più, come il non dover parlare

all'esterno di ciò che si è raccontato durante la terapia, il seduti in cerchio (anche se con i minori a volte sono seduti sul divano) etc...

Per quanto riguarda i temi è necessario considerare il tipo di attività prevista. Quando facciamo gli incontri educativi parliamo principalmente delle regole, mentre il gruppo comunità è più un luogo di confronto dove noi operatori parliamo delle regole e i pazienti possono chiedere cose o esprimere le perplessità, per cui si affrontano tutte quelle tematiche che riguardano la comunità.

L'utilizzo di questi gruppi porta con sé il vantaggio di avere un interscambio tra i pazienti ed, essendo tutti insieme, si ascolta ciò che l'altro ha da dire (cosa che ovviamente non accade nel colloquio individuale) imparando cose nuove e chi è più avanti nel percorso può anche aiutare chi è all'inizio. Alla base abbiamo l'importanza del circolo della parola.

15. Come viene gestito l'abbandono del gruppo da parte di un membro?

Generalmente quasi tutti gli ospiti non vogliono mai rimanere perché, come dicevamo prima, hanno una situazione di peso molto grave (sia da un lato che dall'altro) e quindi l'unico modo per aiutarli è l'inserimento in una comunità; a volte purtroppo se ne vanno perché non si riesce in nessun modo a convincerli a rimanere.

In linea generale chiaramente quando una persona dice che vuole andare via, a meno che non siano interdetti, che non abbiano amministratori di sostegno o siano minori, possono anche firmare e andare: è chiaro che prima di fargli firmare i moduli per andarsene noi facciamo tutto un lavoro per cercare di far capire loro l'importanza del percorso, però se abbandonano e non c'è speranza di farli tornare, se ne vanno; ovviamente per i minori è necessaria l'approvazione dei genitori.

La percezione dell'abbandono da parte degli altri pazienti varia in base al periodo e al gruppo che è presente in quel momento. Quando un gruppo dura molto poco, a seguito di un abbandono per qualche giorno ci sono delle lamentele da parte degli utenti, nel senso che anche loro dicono "anche io voglio andare via", "non c'è la faccio più", "me ne voglio andare", "questo posto non mi piace"; dall'altra parte ci sono quelli che dicono "ha sbagliato", "sicuramente ritornerà presto", "è importante finire il percorso". Quindi ci sono queste due fazioni: la fazione di quelli che vogliono andarsene, che esprimono il loro disagio ma comunque rimangono, e la fazione di chi giudica gli altri, sostenendo che non si deve neanche pensare di andarsene perché poi ci si pentirà della scelta.

16. Come ci si comporta davanti al rifiuto di un'attività?

Ovviamente spesso le persone non vogliono fare l'attività, però sono quasi "costrette" a svolgere, perché come abbiamo detto prima sono obbligatorie. Poi ci sono anche delle eccezioni, devono esserci delle motivazioni estremamente valide per cui anche lo psichiatra dice che è meglio non sovra stimolare il paziente per cui è meglio non farvi prendere parte e lasciarlo tranquillo.

Gli altri pazienti, nel momento in cui un altro si oppone, non prestano grande attenzione a ciò, anzi se ne fregano, sono persone molto egocentrate.

Raramente i pazienti che sono presenti da più tempo intervengono in queste situazioni, è più frequente che questi si rivolgano agli educatori nel momento in cui osservano un comportamento sbagliato da parte di un altro ospite, come mettere lo zucchero nel caffè o non finire il pasto. L'impostazione del "tutor" è presente maggiormente nelle comunità per tossicodipendenze, da noi sono presenti degli ospiti che fanno un po' da guida, ma principalmente sulle questioni pratiche.

17. Come interviene l'equipe durante il pranzo? Se qualcuno si rifiuta?

In sala pasto è sempre presente l'educatore e il dietista, circa 3 educatori e 2 dietisti; ovviamente sono presenti anche tirocinanti e altri operatori.

Gli interventi in linea generale è utile suddividerli:

- L'educatore fa più interventi di tipo educativo cioè "non spezzettare", "non mangiare con le mani" eccetera eccetera
- I nutrizionisti si occupano un po' più di rispondere alle domande tipo "ma è il mio pasto?", "è il peso giusto?", "è il mio menù?" "Posso avere la sostituzione?", quindi sono domande più specifiche per il disturbo

Durante questo momento si osservano i più svariati dei comportamenti, chi si occupa del pranzo degli altri, chi si arrabbia per un menù diverso, chi abbandona la sala pasto.

Sono presenti tavoli singoli per chi è all'inizio del percorso o se fa più fatica rispetto ad altri, e tavoli da 3/4 con posti assegnati dagli operatori.

5.4 Inquadramento della struttura

Il Centro Villa Miralago è suddiviso in quattro comunità, ciascuna con un'equipe clinica specializzata:

1. Comunità Primavera: si occupa della presa in carico e cura degli ospiti minorenni.
2. Comunità Camelia e Gardenia: accolgono e curano gli ospiti maggiorenni provenienti da tutto il territorio nazionale.
3. Comunità Ginestra: fornisce un trattamento specifico agli ospiti che presentano situazioni di estrema difficoltà psichica e fisica e che richiedono maggiore attenzione clinica.

All'interno del complesso, sono presenti anche alcuni spazi comuni: la piscina, la zona benessere, una palestra, alcuni laboratori e spazi per terapia, il salone e la sala da pranzo. Inoltre, il centro dispone di un ampio parco di 10.000 metri quadrati.

Il metodo di trattamento a Villa Miralago è integrato e multidisciplinare, come indicato dalle norme del National Institute For Clinical Excellence (NICE 2017): coinvolge diverse figure professionali, tra cui psichiatri, neuropsichiatri infantili, medici internisti, nutrizionisti, psicoterapeuti, educatori, arte terapeuti, chinesiologi, infermieri e operatori socio-sanitari (OSS). Grazie a questo approccio, è possibile considerare tutti gli aspetti soggettivi, cognitivi, patologici e relazionali che caratterizzano i pazienti; in questo modo è possibile creare dei percorsi condivisi e personalizzati per ogni individuo, così che ognuno si possa sentire partecipe e compreso durante tutta la permanenza. Infatti, come è già stato illustrato, è fondamentale che un paziente con DCA percepisca di avere il controllo e libertà di decisione all'interno della propria giornata. Assume particolare importanza, quindi, la possibilità di stilare alcuni aspetti della cura insieme agli specialisti. La direzione della cura è analiticamente orientata, si modifica ogni volta che subentra un nuovo direttore sanitario, pur cercando di mantenere un filo conduttore con la direzione precedente. Si concentra sugli aspetti profondi della soggettività, lavorando su relazioni affettive e sintomi inconsci, ma soprattutto cercando di far emergere tutte le potenzialità che sono state silenziate dalla malattia. L'obiettivo finale non si limita alla rimozione sintomatologica dei disturbi alimentari (DAN), ma si concentra anche sulla comprensione e l'integrazione del sistema relazionale del paziente. Offrendo uno sguardo ampio ed in grado di comprendere tutti gli aspetti della vita umana, l'approccio

multidisciplinare e integrato sembra essere altamente efficace per ottenere una remissione completa e duratura dai Disturbi del Comportamento Alimentare.

Il programma terapeutico proposto dall'equipe di Villa Miralago è suddiviso in diverse aree, ognuna con un ruolo specifico nel trattamento, ma con una forte base comunitaria data dalla sinergia tra le diverse attività e modalità di cura. Ogni piano terapeutico personalizzato varia nel tempo sulla base dei progressi, o peggioramenti, e coinvolge tutti i settori della cura: area nutrizionale, psicoterapeutica, educativa e di rieducazione motoria.

L'area Nutrizionale si occupa della valutazione del quadro metabolico ed organizza delle regole alimentari personalizzate basate sulle esigenze nutrizionali e psicologiche di ciascun ospite; l'ambito Psicoterapeutico concentra gli sforzi nel supportare l'elaborazione degli aspetti cognitivi, emotivi e inconsci dei soggetti, permettendo loro di liberarsi dalla sofferenza psichica; la sfera Educativa si focalizza sugli aspetti sociali e relazionali degli ospiti, accompagnando gli individui nel ricostruire i legami affettivi attraverso attività di gruppo e incontri individuali; il settore di Rieducazione Motoria coinvolge professionisti che hanno come scopo il ripristino di un corretto allenamento, raggiungibile attraverso la pianificazione di attività di gruppo svolte sia in palestra che in piscina.

Durante la permanenza all'interno della struttura, i pazienti sono chiamati a partecipare a gruppi terapeutici utili per riscoprire emozioni, sentimenti, pensieri e sensazioni che influenzano il proprio benessere bio-psicofisico; questi incontri ricoprono tutte le sfere di una persona, dall'aspetto psicologico alla cura del proprio corpo. Tra le attività più importanti c'è la psicomotricità, una disciplina a mediazione corporea che ha come obiettivo la presa di coscienza della propria psiche e della sfera emozionale attraverso il corpo. Il gioco è centrale e viene utilizzato per stimolare la sfera relazionale con lo scopo di ristabilire un equilibrio con l'Alterità, in particolare con le dinamiche gruppali generalmente trascurate o evitate. La struttura dell'attività non è molto rigida, si preferisce lasciar spazio alla creatività alimentata tramite teli, palle, corde, teli e diversi altri strumenti con un'unica regola: la sospensione della parola e del giudizio durante tutto lo svolgimento, ad eccezione di un momento dedicato specificatamente all'inizio e alla fine.

Per lavorare con il corpo è presente anche la Danza Movimento Terapia, una tecnica riabilitativa terapeutica che pone un focus sul movimento e l'espressività corporea per poter controllare il sé psicofisico dei soggetti. Questa pratica permette l'esplorazione e la presa di contatto con gli

stati interiori ignorati e disprezzati che, essendo di difficile accettazione, richiedono al danzaterapeuta una particolare attenzione nella gestione di ogni tipo di situazione che dovesse emergere durante la danza rievocativa. Questo laboratorio viene effettuato sul fondamento del sincronismo della totalità della persona, dando grande importanza all'intima connessione tra individuo e ambiente.

Vi sono due gruppi con una sottile differenza dal punto di vista della conduzione, ma che trattano le stesse tematiche. Il primo è il gruppo nutrizionale, all'interno del quale l'educatore ha il compito di soddisfare tutti i dubbi, le perplessità e le curiosità che ogni paziente ha nei confronti del cibo; il secondo è il gruppo edu-nutrizionale gestito da un nutrizionista e un dietista, i quali si occupano di gestire quelle emozioni negative che emergono durante il pasto e, in particolare, l'angoscia che accomuna l'intero complesso di pazienti.

Ovviamente sono presenti anche degli incontri psicoterapeutici intrapresi secondo una modalità psicoanalitica finalizzati a stimolare l'aspetto psichico che alimenta le formazioni sintomatiche dei disturbi alimentari. A differenza degli incontri individuali, con questa modalità è possibile considerare un insieme di persone come un'unica entità dotata di stati mentali specifici, permettendo così l'analisi sia del singolo che dell'interazione tra gli appartenenti al gruppo. Si crea un ambiente dove è possibile parlare di ogni aspetto della propria vita grazie al clima di tolleranza, attenzione e libertà, tre aspetti che rendono più semplice e stimolante la discussione intorno a temi delicati come la propria malattia. La presenza di altri può inizialmente essere intimidatoria, ma con il passare del tempo si crea un clima di complicità e la parola comincia a circolare liberamente, facendo emergere esperienze ed atteggiamenti personali che possono essere condivisi con lo scopo di poterli elaborare più facilmente.

Villa Miralago offre agli ospiti anche la possibilità di svolgere attività creative e terapeutiche, come i laboratori di Scrittura Creativa, l'Arte terapia, il Teatroterapia, il laboratorio di Cucina e di Libera Espressione:

- Laboratorio di Scrittura Creativa: attraverso la scrittura viene stimolata la creatività, l'introspezione e l'espressione di idee; si utilizzano diverse tecniche e stili, integrando immagini o stimoli sensoriali per poter essere certi di riuscire ad arrivare a tutti gli angoli della psiche che fanno affiorare emozioni difficili da gestire.

- Arteterapia: all'interno di uno spazio sicuro privo di giudizio, si utilizza ogni tipo di arte con lo scopo di creare qualcosa che rappresenti le potenzialità e le risorse personali di ognuno, facilitando la fuoriuscita di qualsiasi tipo di pensiero.
- Laboratorio di Teatroterapia: la gestualità, il ricoprire altri ruoli e l'espressione di emozioni attraverso il corpo permettono di esplorare il mondo interno delle sensazioni umane.
- Laboratori di Libera Espressione: con l'idea di dover costruire oggetti artigianali o con la partecipazione ad alcuni progetti, gli ospiti vengono stimolati a mettere in campo diverse capacità individuali che contribuiscono a costruire un forte senso di Sé e rendendoli consapevoli di essere in grado di portare a termine diversi compiti.
- Laboratorio di Cucina: è un approccio interessante nei confronti del cibo, il nemico per eccellenza dei DAN. Si cerca di stimolare la riscoperta della convivialità legata ai pasti, l'importanza del nutrimento e l'esplorazione di emozioni che per lungo tempo sono state represses e negate.

La possibilità di poter partecipare a tutti questi incontri consente all'ospite di esplorare ogni lato di Sé, fare esperienza di sentimenti da lungo tempo assopiti e, mettendosi in gioco, cambiare il metodo di approccio verso il proprio corpo e il cibo. Avendo a disposizione quasi tutte le figure professionali presenti in struttura, è possibile fronteggiare qualsiasi bisogno emerga durante gli incontri e, soprattutto, si è in grado di attuare una strategia di cura a 360 gradi: dal semplice supporto emotivo fino al potenziamento dello stato fisico e mentale.

5.4. Analisi dei dati dell'intervista

Grazie alle parole di questa educatrice è possibile osservare come all'interno di una struttura sia fondamentale conoscere quelle che sono le regole e i ruoli degli operatori, ma soprattutto lo scopo ultimo della degenza, ovvero riuscire a sradicare convinzioni, abitudini cattivi pensieri ed azioni nocive dettate dal disturbo alimentare. È stato fondamentale indagare come fosse impostata la giornata e la struttura in generale per comprendere quanto sia importante seguire le linee guida e mantenere un certo rigore all'interno delle mura in modo tale da non indurre i pazienti, ed anche gli operatori, a scelte che possono non essere la via migliore in quel momento. Ovviamente la flessibilità è alla base di questo tipo di cura, viene considerata la chiave per conquistare la fiducia del malato: è molto difficile riuscire ad ottenerla perché chi soffre di DCA non ha la tendenza ad affidarsi ad un Altro diverso dalla voce nella propria testa.

Assecondare le esigenze dei singoli non sempre è facile o consigliabile, per cui le attività sono obbligatorie, salvo casi di grave emergenza giustificati da motivazioni molto valide discusse con l'intera equipe; nei casi in cui tutto il personale ritiene più consono esentare il soggetto, quest'ultimo è autorizzato a trascorrere il proprio tempo nella camerata o negli spazi aperti messi a disposizione da Villa Miralago.

Dalle prime risposte emerge quanto la richiesta di aiuto sia aumentata nel tempo portando ad un progressivo ampliamento del centro. Inoltre, la fascia d'età interessata è talmente ampia da dover istituire ben 3 comunità interne: Camelia (40 adulti), Gardenia (14 minori) e Ginestra (11 ospiti con sondino). Per quanto concerne la numerosità degli operatori, la divisione dei pazienti, la durata del trattamento etc. la competenza è in capo all'ATS della regione di riferimento, in questo caso la regione Lombardia, in quanto molti dei costi di permanenza sono coperti dall'ente pubblico e per questo è necessario sottostare alle linee guida dettate dalla sanità regionale; relativamente ai tempi di ricovero, è stato stabilito un periodo medio di cura di 24 mesi e la struttura richiede un minimo di 3 mesi per poter riuscire ad inquadrare il paziente e cercare di fare il possibile per migliorare la quotidianità della persona.

Un ottimo modo per comprendere l'organizzazione della permanenza durante i mesi di cura è analizzare il planning quotidiano. Gli orari sono ben scanditi dai pasti, sui quali viene posta un'attenzione particolare data la loro importanza e difficoltà nell'attuazione; proprio durante tutti questi momenti sono presenti numerosi operatori pronti a sostenere il paziente nei momenti di sconforto o di forte opposizione, seguiti da eventuali incontri di discussione e analisi con uno psicologo o psichiatra. Al termine del momento conviviale, i pazienti sono seguiti anche per scongiurare le possibilità di pratiche di compensazione, soprattutto per i pazienti bulimici. È curioso notare come l'educatrice abbia voluto sottolineare la presenza di momenti vuoti durante le giornate: sono definiti spazi vuoti proprio perché non viene prevista alcun tipo di attività in modo tale da permettere al singolo di imparare a gestire quel senso di inattività che raramente viene accolto da un malato di DCA; durante queste ore, la spinta all'iperattività è alta e i pensieri viaggiano molto velocemente, ma non viene più data la possibilità di fuggire: sono momenti dolorosi e confusi, ma necessari per il processo di cura.

Un altro aspetto da sottolineare è la terminologia con cui ha descritto quelli che sono gli "obiettivi". Vengono denominati *passi* all'interno di un percorso, il quale viene stabilito congiuntamente con il paziente sulla base della gravità e della situazione in corso. Sono presenti delle linee guida del ministero della sanità e delle aziende sanitarie, ma vengono utilizzate come

base modellabile e punto di riferimento per i casi più gravi. Il *passo* per eccellenza è quello che conduce alla presa di fiducia dell'equipe da parte del paziente. Non appena vengono ricoverati, i soggetti individuano negli specialisti il vero nemico contro cui combattere, li identificano come coloro che vogliono sottrarli *'all'unica cosa che conoscono, cioè la malattia'* e di conseguenza non vengono visti positivamente. Per cui, la prima sfida è quella di conquistare l'alleanza terapeutica, per poi procedere con un'ipotesi di percorso volto a stabilire una buona condizione psicofisica tale da scongiurare il pericolo di morte a cui vanno incontro i pazienti.

Nello specifico, le attività previste sono pianificate sulla base delle disponibilità degli operatori, alcune sono interscambiabili, per altre invece è necessaria la presenza di una figura specializzata in quel campo come, per esempio, l'attività di psicomotricità: non può essere condotta da chiunque, ma è vincolata dalla presenza di uno psicomotricista. Il ruolo degli educatori, generalmente poco considerato, è in realtà fondamentale per la buona riuscita del percorso. Essi sono sempre presenti, a sostenere i pazienti e nella conduzione dei gruppi educativi o in particolari attività come il laboratorio di Teatroterapia. Viene citato anche il gruppo edu-nutrizionale, il quale essendo più specifico nella descrizione delle abitudini, viene co-condotto da un dietista per cui spesso viene pianificato sulla base delle disponibilità di quest'ultimo.

Dopo aver avuto un piccolo inquadramento su come funziona la gestione della struttura in generale, si è voluto andare ad indagare più nel dettaglio come vengono svolte le attività di gruppo e come queste vengono pianificate. Durante i primi anni si era soliti organizzare dei gruppi monosintomatici, sulla base delle indicazioni del direttore sanitario in carica, mentre attualmente si preferisce comporre dei gruppi multi-sintomatici. Viene comunque mantenuta una distinzione sul programma stabilito, in quanto un paziente sottopeso avrà sicuramente esigenze diverse rispetto ad un altro sovrappeso. L'educatrice spiega come, a differenza di qualche anno fa, ormai non vi è una distinzione netta tra i diversi disturbi in quanto si presentano in comorbilità con altre malattie psichiche, sono la manifestazione di un disagio complessivo della persona che si manifesta con un accanimento verso l'aspetto fisico. L'aumento dei ricoverati e le manifestazioni sintomatologiche sempre più differenti, hanno reso impossibile una distinzione netta tra i diversi sottotipi di DCA. Inoltre, ciò che emerge da questi gruppi multi-sintomatici è una frequente richiesta di attenzione da parte dei BED (Bing Eating Disorder) che lamentano una poca considerazione della propria condizione rispetto ai pazienti anoressici; il binge eating è un disturbo spesso sottovalutato e poco notato a causa della sua manifestazione fisica quasi assente: raramente comporta un fisico sottopeso o sovrappeso e di

conseguenza attira meno attenzioni. Perciò, chi ne soffre, spesso lamenta una scarsa considerazione e poca conoscenza delle sfumature di questo disturbo.

Tralasciando questa piccola precisazione, i gruppi portano con sé numerosi vantaggi, tra cui la possibilità di avere un interscambio diretto tra le persone. Tendenzialmente il paziente DCA non trova conforto nel parlare apertamente, cerca di evitare il dialogo con altri e possiede una personalità ego-sintonica, per cui l'attività grupppale all'apparenza può sembrare controproducente. In realtà, si è dimostrata un ottimo modo per favorire il circolo della parola, mediato dagli specialisti, ma, progressivamente condotto dai pazienti stessi. Si osserva che l'ascolto delle esperienze altrui conduce il singolo verso un processo di identificazione che lo porta a trovare la forza per esternare ciò che prova. L'accumulo di vissuti aiuta l'introversione di ciascuno dei componenti e agevola l'espressione delle emozioni, troppo spesso sopresse per paura del giudizio altrui. Ciò che emerge durante le attività grupppali viene discusso anche all'interno dei colloqui individuali, i quali possono essere di due tipi: terapeutico, ovvero con uno psicologo con una frequenza di uno o due per settimana, e più informale, ovvero con gli operatori; questi ultimi non sono calendarizzati perché vengono effettuati in situazioni di forte esigenza o di crisi del paziente e spesso si rendono necessari in seguito ad un'attività comunitaria. In occasione di situazioni di difficile gestione, sono previsti dei colloqui d'équipe dove due o più figure sono coinvolte nell'ascolto delle esigenze del singolo. Dal punto di vista del setting, è molto difficile definire un unico metodo infallibile. Come ci racconta l'educatrice, il tipo di impostazione clinica varia sulla base della scuola teorica dello psicologo e per quanto riguarda gli incontri con gli educatori non si tratta di vere e proprie sedute, per cui non sono necessarie regole rigide o luoghi ben definiti. Anche in questo caso, emerge l'importanza del contesto, dell'unicità del paziente e la scuola di riferimento del professionista.

Un tema frequente e difficile da gestire è sicuramente l'abbandono del gruppo o addirittura della struttura. Come già indicato in precedenza questi disturbi si caratterizzano per un rifiuto delle cure e un'assenza di percezione di Sé, con un continuo peggioramento delle condizioni di salute alimentato dalla diffidenza nei confronti dell'Alterità. Il ricovero presso queste strutture ovviamente non è obbligatorio: gli ospiti sono liberi di scegliere se rimanere o meno e, tranne i casi in cui i soggetti siano interdetti o minori, possono firmare il foglio di dimissioni e concludere il percorso. Prima che ciò avvenga, l'équipe conduce un faticoso lavoro per scongiurare un abbandono precoce, cercando di stimolare una presa di coscienza delle condizioni fisiche e mentali tale da superare l'impulso a voler uscire dalla comunità. La perdita

di un componente si ripercuote sull'intero gruppo in modalità diverse. Dalle esperienze dell'intervistata sono emerse due tipi di reazioni: chi lamenta l'impossibilità di poter fare lo stesso e chi valuta negativamente questa scelta. I primi sono più comuni quando il gruppo esiste da poco tempo e la diffidenza nei confronti degli educatori è maggiore, anche se, nonostante questo, viene confermata la scelta di rimanere. Tra i pazienti che sono ricoverati tra più tempo si osserva maggiormente un sentimento di forte giudizio negativo testimoniato da frasi riferite al futuro pentimento per questa scelta e al possibile ritorno del paziente.

L'abbandono della struttura comunque rappresenta il caso più estremo: è molto più comune, infatti, che un ospite si rifiuti di prendere parte ad un'attività quotidiana obbligatoria piuttosto che si verifichi un rifiuto totale dell'esperienza di ricovero. Viene rimarcato il fatto che la partecipazione alle attività di gruppo è considerata una parte fondamentale del percorso terapeutico e quindi, la sua esenzione, viene accordata solo in casi veramente eccezionali e dopo attenta disamina da parte dell'équipe. Come già raccontato in presenza, ci possono essere dei casi eccezionali in cui il paziente viene esentato, ma nella maggior parte dei casi viene portato insieme ai compagni. A differenza del rifiuto del ricovero, la mancata partecipazione alle attività non sembra turbare particolarmente gli altri, essendo persone altamente ego-centrate la massima concentrazione è direzionata verso se stessi e questo consente quasi di ignorare le azioni compiute dagli altri componenti del gruppo. Si osserva anche che gli unici casi in cui un paziente interviene è per notificare all'educatore un mancato rispetto delle regole comportamentali, come mettere lo zucchero nel caffè o nascondere il cibo durante i pasti. A differenza delle comunità per tossicodipendenze, dove viene riconosciuto il ruolo di un "tutor", nelle comunità per disturbi alimentari sono osservati solamente alcuni atteggiamenti di "guida" ed unicamente nelle questioni pratiche.

In occasione dei pasti, spesso gli ospiti cercano di sottrarsi o di perpetrare comportamenti disfunzionali con il cibo. A mediare questo momento di tensione sono chiamati ben 3 educatori e 2 dietisti, aiutati da tirocinanti ed altri operatori. Il loro compito si esprime nel fornire risposte adeguate alle numerose domande e lamentele circa i menù proposti, nell'evitare che vengano messi in atto pratiche scorrette come mangiare con le mani o spezzettare eccessivamente il cibo, ma anche nel supervisionare le dinamiche che si presentano nella sala. Per poter gestire al meglio le esigenze di ognuno, lo spazio comune dedicati al consumo dei pasti è organizzato con tavoli da 3/4 posti assegnati dagli operatori con la possibilità di avere un posto singolo per chi è all'inizio del percorso o si trova in uno stato d'animo molto delicato

Conclusioni

Al termine di questo elaborato, è possibile affermare che la terapia di gruppo o una cura residenziale siano i metodi migliori per affrontare un Disturbo Alimentare? Osservando i pochi dati a nostra disposizione, non è possibile sostenere a pieno questa affermazione, ma questo è solo un punto di partenza per poter andare ad approfondire tutti quelli che sono gli aspetti positivi di questi strumenti. I Disturbi dell'Alimentazione, come osservato nel primo capitolo, presentano numerose sfumature e complessità che si intrecciano con tutti gli aspetti di vita, rendendo difficoltoso il tentativo di creare un protocollo universale per la cura di tali patologie. Anche nella teoria transdiagnostica proposta dal Dr. Della Grave, contemporaneamente ai *fattori di mantenimento specifici* caratterizzanti tutti i disturbi alimentari, vengono illustrati anche dei *fattori di mantenimento aggiuntivi* poiché ogni persona possiede delle caratteristiche uniche che mantengono il disturbo. Risulta essere necessario un percorso di cura cucito su misura per ogni paziente, ideato a seguito di alcuni colloqui conoscitivi e valutazioni circa la condizione medica; nel caso in cui si parli di ricovero, ovviamente viene data priorità all'aspetto di salute fisica, in quanto spesso i pazienti si presentano in pericolo di morte. In parallelo, si comincia un percorso di rinascita del Sé, tramite attività collettive e colloqui con psicologi o psichiatri. Ciò che può colpire, è l'importanza di spazi comuni e possibilità aggregative per soggetti che, apparentemente, ripudiano la presenza di Altri al di fuori di se stessi. Infatti, sembra che alla base del disturbo vi sia il rifiuto degli affetti o di chiunque minacci la condizione attuale del malato, nel quale egli si rifugia per sfuggire alle sofferenze. Leggendo la testimonianza dell'Educatrice di Villa Miralago, colpisce l'importanza che viene data alle sedute di gruppo, alle attività ricreative svolte con i compagni e ai momenti del convivio: vengono tutti svolti in compagnia e senza la possibilità di esentarsi. Ciò non avviene per danneggiare gli ospiti, bensì per spingerli al di fuori della bolla che si sono creati, una bolla piena di pensieri negativi e convinzioni errate sul proprio stile di vita e sulla propria condizione fisica; perciò, la conoscenza di Sé attraversa tutte le attività previste, come il teatro, la danza, la pittura e l'attività fisica riabilitativa. All'interno dell'elaborato viene mostrato anche il potere del racconto onirico tramite l'esperienza di Francesca N. Vasta e Marta Scoppetta all'interno di un gruppo omogeneo di pazienti anoressiche. Tramite l'esposizione di tutte le esperienze, è possibile osservare la costruzione di un legame e di una coscienza collettiva tra le partecipanti, la quale svolge un ruolo centrale nella ripresa di tutte: attraverso la voce del singolo, il collettivo si rende conto di essere in una situazione simile e acquisisce forza per superare l'oscurità della

malattia. Attualmente non è una pratica molto utilizzata, nonostante possa essere un ottimo esercizio da svolgere all'interno di una comunità dati i suoi benefici. Una coesione di gruppo maggiore potrebbe accrescere la voglia di guarigione e diminuire l'ego-sintonia tipica dei malati di DCA, la possibilità di interfacciarsi con delle realtà simili alla propria affievolisce la sensazione di esclusione e la convinzione di essere sbagliati. In concomitanza alle numerose iniziative ideate per ritrovare la fiducia nel proprio corpo e nella propria psiche, sarebbe opportuno ideare delle attività utili a ritrovare la fiducia negli Altri, operatori compresi. Infatti, uno dei punti critici riscontrati nei programmi residenziali, è la continua diffidenza nei confronti dell'équipe, etichettata come la vera malattia, ovvero coloro che vogliono a tutti i costi far tornare le persone com'erano prima, sofferenti e di brutto aspetto. Ciò ovviamente è solo nella testa degli individui, ma è un ostacolo che gli specialisti devono affrontare. Una strategia utilizzata è quella del "transfert labirintico" in associazione con il leader "come grande assente". Grazie a questa accortezza, il soggetto malato non è più in grado di accanirsi solamente verso una figura perché tutto il percorso viene svolto e diretto da più individui, ognuno specializzato nel proprio campo. Il transfert è necessario, se non obbligatorio, ma potendolo trasporre su più individui si evita la creazione di un Altro eroico, ovvero una persona che si occupa del malato e lo salva dalle sofferenze, rischiando però di alimentare la convinzione di essere un fallimento per non essere riusciti a guarire in autonomia. Dal punto di vista burocratico, ovviamente vi è una figura preposta alla direzione di tutta la comunità, ma i pazienti vi entrano in contatto solo al momento del ricovero e durante le dimissioni, salvo casi di gravità eccezionale, facendo risultare tutta l'équipe sullo stesso livello e impedendo il raggiungimento del vertice di comando sul quale si concentrerebbero tutte le attenzioni. Il focus deve essere sul paziente, il suo cammino deve essere deciso e condiviso da egli stesso poiché non si deve imporre nulla, l'unica forza su cui può contare è egli stesso.

L'importanza della centralità dell'individuo è osservabile anche all'interno del contesto di cura di Villa Garda. La terapia cognitivo comportamentale su cui è costruito l'intero apparato terapeutico, pone al centro l'importanza del pensiero positivo, della partecipazione attiva al cambiamento da parte del malato. Attraverso vari compiti assegnati, come la compilazione del *Grafico del Peso* e la *Formulazione Personalizzata*, il soggetto diventa terapeuta di se stesso perché gli viene insegnato come riconoscere i segnali disfunzionali dettati dal disturbo e come affrontarli. Un altro fattore estremamente interessante di questa cura è la continua esposizione a fattori esterni. Non isolando i pazienti dal proprio contesto quotidiano, gli si permette di

affrontare le situazioni critiche supportate dall'intera équipe, scongiurando l'eventualità di uno scontro traumatico durante ritorno a casa. A seguito della fine del ricovero, molti pazienti potrebbero ricadere nelle vecchie abitudini alimentari, vanificando tutti i mesi passati all'interno della comunità. Per evitare ciò, è importante educare il malato a riconoscere i segnali del disturbo alimentare, fornendo delle strategie utili per superare il momento di crisi. Spesso il ruolo del contesto familiare viene sottovalutato. Considerando il fatto che l'essere umano vive all'interno di un contesto composto di varie reti relazionali, è fondamentale andare a supportare quelle con cui egli vive quotidianamente. La terapia familiare svolge un ruolo centrale per la cura dei disturbi dell'alimentazione poiché, fornendo supporto agli Altri significativi, indirettamente favorisce la buona ripresa del paziente. Se quest'ultimo, al suo ritorno a casa, trova un clima positivo e poco stressante, sarà sicuramente più propenso a continuare il suo percorso intrapreso all'interno della comunità. È per questo motivo che in entrambe le residenze prese in analisi vengono menzionati gli incontri con amici o familiari, sempre preceduti da incontri con psicoterapeuti. Infatti, è importante garantire supporto anche a chi non soffre direttamente del disturbo, come i genitori, in quanto spesso non sono in grado di accettare ciò che sta avvenendo. Come è possibile leggere nel primo capitolo, può andare a crearsi un "circolo vizioso" in cui il genitore, sentendosi responsabile, va a danneggiare il figlio con atteggiamenti critici e giudicanti. Grazie all'aiuto di psicologi e psicoterapeuti, è possibile intraprendere un percorso di conoscenza del disturbo, in modo tale da fornire gli strumenti necessari al superamento della fase più critica di un DCA.

Una domanda che ci si può porre in merito al tipo di gruppo è: meglio monosintomatici o multi-sintomatici? Non è possibile rispondere sottoscrivendo uno dei metodi come il migliore perché dipende dalle circostanze. Nel secondo capitolo si parla molto della possibilità per i singoli di indentificarsi negli altri e, come spiegato precedentemente, questo meccanismo aiuta la presa di coscienza di Sé. Ma ciò non è sufficiente per completare il percorso di guarigione. Quando si ha a che fare con un gruppo, è possibile che si generino dei meccanismi che possono portare alla creazione di gerarchie tra i membri a causa della presenza di personalità particolarmente forti; oppure, ci sono situazioni in cui la spinta verso il desiderio di approvazione da parte dell'Altro è talmente forte che si cerca di confermare lo stereotipo del malato di DCA. Inoltre, è possibile osservare due situazioni in cui la monosintomaticità non accorre in aiuto, bensì complica il lavoro all'analista. Nel caso di pazienti anoressici si potrebbe incorrere ad un gruppo muto, in cui non circola la parola e il silenzio regna; mentre osservando un gruppo di pazienti

bulimici non si è in grado di individuare chi sta testimoniando la propria esperienza a causa del fatto che tutti parlano a ridosso di altri, le urla e il fervore sono gli unici mezzi di comunicazione. Sempre grazie all'esperienza pratica di Villa Miralago, è possibile notare come all'interno di una comunità la multi-sintomaticità non è solamente inevitabile, ma quasi necessaria. All'interno di contesti medici è praticamente impossibile avere ospiti con medesima sindrome, per cui le attività collettive, che abbiamo detto essere la maggior parte, vengono svolte senza aver suddiviso gli ospiti. Ciò è dovuto anche al fatto che oramai i Disturbi dell'Alimentazione non sono la causa principale del malessere del singolo, spesso sono in comorbilità con altre patologie per cui non avrebbe senso fare una distinzione netta: si cerca di arrivare al nucleo generatore del disturbo, non ci si focalizza sulla manifestazione. Per cui, la scelta di un gruppo omogeneo o eterogeneo varia in base al tipo attività che si intende intraprendere e il contesto in cui viene effettuata. Se si tratta di periodi limitati e patologie non estremamente gravi, può essere utile un'esperienza con individui simili, dove l'individuazione potrebbe facilitare una presa di coscienza; mentre se si tratta di un ricovero prolungato a causa di condizioni precarie, allora potrebbe essere preferibile il confronto con sintomatologie differenti in quanto spesso sono in comorbilità con altre patologie.

Nel tentativo di delineare i contesti residenziali di cura, si può notare la presenza di numerose figure nel campo della dietetica e dell'attività sportiva. L'aspetto mentale ricopre gran parte del percorso di cura, però è necessario porre altrettante attenzioni nei confronti del fisico. In base al tipo di disturbo manifestato, si incorre in diverse forme di "maltrattamento" del corpo in quanto catalizzatore di tutte le sofferenze, assume il ruolo di oggetto maligno contro cui combattere per distrarsi dalle vere problematiche. Nonostante possa sembrare un controsenso, l'attività fisica svolge un ruolo chiave nel percorso di guarigione, essendo svolta consapevolmente e con la presenza di un chinesiologo, aiuta la persona ad avere più rispetto del proprio corpo. In contemporanea, è necessario condurre degli incontri educativi nel campo della buona alimentazione con lo scopo di ridurre le cattive condotte e le paure nei confronti di pasti e di alcuni cibi considerati dannosi. Con la collaborazione di questi due ambiti, è possibile ridurre pensieri ed azioni nocive, rafforzare il fisico e aumentare le conoscenze in merito ad un buon piano alimentare. La necessità di strutture organizzate nasce proprio dall'importanza di un lavoro di équipe. Ogni momento, pasto, attività, decisione, è importante che sia condivisa da tutti gli esperti poiché solo grazie alla collaborazione si è in grado di impostare un percorso efficace e duraturo. La comunicazione tra specialisti in questi contesti è fondamentale,

utilizzando un metodo multidisciplinare è possibile che un paziente tenda a parlare di certi argomenti solamente con la figura specializzata di riferimento ostacolando la possibilità di avere un quadro generale. Per cui è necessario che l'organico della struttura sia molto affiatato, collaborativo e concorde sul percorso dell'individuo perché non possono esserci opinioni contrastanti o conflitti, andrebbero a confondere ed aggravare la condizione dei pazienti.

Inoltre, come è possibile osservare dagli argomenti trattati nell'elaborato, sono presenti metodologie differenti per trattare il medesimo disturbo. La prima differenza evidente presente tra Villa Miralago e Villa Garda è la base teorica a cui fanno riferimento: la prima adotta un modello bio-psico-sociale, la seconda utilizza una terapia cognitivo-comportamentale. Questo si riflette sulle modalità di trattamento, in quanto Villa Miralago predilige un ambiente più comunitario, con terapie di gruppo, laboratori artistici ed espressivi, attività sportive e ricreative. Invece, Villa Garda, è improntata su un approccio terapeutico innovativo, che punta alla ricerca e allo sviluppo di metodologie transdiagnostiche; ciò non vuol dire che non adotta alcuna modalità gruppale di cura, ma preferisce concentrarsi sulle strategie alimentari. Questo tipo di approccio risulta essere più clinico, con protocolli di trattamento ben delineati, obiettivi specifici e con una durata di trattamento prestabilita. Al contrario, la residenza di Varese fonda la sua filosofia sulla creazione di un clima piacevole e accogliente, con ampi spazi comuni per favorire la propagazione della parola, permettendo la creazione di legami sinceri tra gli ospiti. Un altro aspetto in cui differenziano, è la possibilità di incontrare i congiunti. Nella teoria cognitivo-comportamentale è fondamentale potersi interfacciare con chi è presente nella vita del paziente in quanto può essere una delle cause che alimentano i comportamenti disfunzionali legati al cibo. Invece, a Villa Miralago gli incontri con i parenti sono più rari, approvati solo in determinate condizioni a seguito dell'approvazione di tutta l'équipe in quanto potrebbero gravare sulle condizioni precarie del paziente. Non sono presenti dati specifici sui tassi di successo, ma in entrambe le modalità di cura vi sono commenti positivi relativi alla riabilitazione. Seppur con un'impostazione differente, entrambe le soluzioni sembrano fornire un supporto completo e specializzato per affrontare il disturbo alimentare.

Purtroppo, non sempre è possibile fare affidamento a delle strutture così organizzate a causa di costi elevati di manutenzione, la maggior parte vengono coperti dalle aziende sanitarie locali, ma non tutte investono in queste realtà. Ipotizzando la possibilità di ingaggio di più figure private, al di là del costo elevato che la famiglia dovrebbe sostenere, si rischierebbe di peggiorare il Disturbo o di non fornire il sostegno adeguato alla situazione.

In conclusione, sarebbero necessari ulteriori studi per confermare l'utilità del gruppo, andando ad analizzare tutti i casi possibili dati le numerose sfumature dei Disturbi dell'Alimentazione. È importante sottolineare la realtà residenziale, un luogo comunitario in cui, a differenza delle malattie fisiche, non è possibile stabilire percorsi standard: dovendo delineare il percorso con il paziente, sarebbe interessante cercare degli elementi comuni utili alla guarigione per poter creare delle linee guida molto solide e applicabili su larga scala. Inoltre, essendo un disturbo che si presenta in comorbilità con altri, la modalità multidisciplinare prevista dal Ministero della Salute sembra essere una strategia molto efficace, ma non vi sono ancora delle indicazioni precise su quali attività devono essere presenti in una cura; i supporti psicologici e medici sono obbligatori e fissi, ciò che varia sono le attività di contorno come la teatroterapia o l'utilizzo dei sogni: sarebbe utile poter stilare dei percorsi terapeutici, sicuri e largamente condivisi, da applicare in tutti i contesti riabilitativi. Inoltre, risulta necessario potenziare la terapia familiare con lo scopo di fornire assistenza continua al malato e agli Altri significativi.

Bibliografia

Advani, S., Kochhar, G., Chachra, S., & Dhawan, P. (2014). Eating everything except food (PICA): A rare case report and review. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 4(1), 1–4

Anna Maria Speranza, “*I disturbi del comportamento alimentare*” in “*La personalità e i suoi disturbi*”, a cura di Vittorio Lingiardi e Francesco Gazzillo, s.l., Raffaello Cortina Editore, 2014, pp 818-823

Anzieu S. (1976), *Il gruppo e l'inconscio*. Tr. it. Borla, Roma 1993.

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014 pp. 391-393, 399-401

Bion W.R., *Esperienze nei gruppi*, Armando Editore, Roma, 1961

Carta dei servizi comunità Camelia-Gardenia. Direttore sanitario Dr. Luca Modolo, aggiornata il 02/05/2022. Revisione N°02/11 del 01 marzo 2011

Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper, Marianne O'Connor. *Eating Disorder Examination*. Edizione 17.0D; Aprile, 2014. Traduzione italiana di Riccardo Dalle Grave e Simona Calugi

Correale A. *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla, Roma, 2007 (“Appunti sulla noia e sul tempo - Psicologia Fenomenologica”)

Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2013;82(6):390-8.

Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Fairburn CG. Inpatient cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Frontiers in Psychiatry*. 2014;5:14.

Francesca N. Vasta, M. S. (2012). *Gruppo omogeneo, tempo limitato e disturbi alimentari*. Funzione Gamma, rivista telematica dell'Università "Sapienza" di Roma, Roma, 2004.

Francesco Comelli (2005). *Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico-bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista*. ("Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico-bulimiche e assunti di ...") Funzione Gamma, rivista telematica dell'Università "Sapienza" di Roma, Roma, 2004.

Firyal, S., (2007). Pica (depraved appetite; allotrophagia) in domestic animals and man, *Pakistan Vet. J.*, 27(4): 208-210.

Giuseppe Ruocco et al. *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*. Quaderni del Ministero della Salute n.29, settembre 2017. Ministero della Salute (2017).

Gigantesco A. Masocco M., Picardi A., Lega I., Conti S. & Vichi M. (2010). ("Hospitalization for anorexia nervosa in Italy | Rivista di Psichiatria") *Hospitalization for anorexia nervosa in Italy*. Rivista di Psichiatria.

Green, A. (1983), *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Trad. it. Borla, Roma 1985

Lacan J., *Il seminario VII, Il transfert*, Einaudi, Torino, 2010

Lacan J., *Il seminario XI, I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 2003

Laura Dalla Ragione, Maria Vicini, Chiara De Santi, Silvia Ferri "I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: un'epidemia nascosta, Ministero della Salute, 2018-202.

Lombardo A., *La comunità psicoterapeutica*, FrancoAngeli, Torino, 2007

Massimo Recalcati (1997), *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Castelvecchi, Roma, 2024

Mastrobattista L, Pacifici R (Ed.). *Guida ai servizi territoriali per la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (aggiornamento dicembre 2021)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Strumenti di riferimento 22/S1).

Michela Marzano, *Volevo essere una farfalla*. Mondadori, Milano, 2012

Michele Angelo Rugo, Erika Minazzi (2015). *Uno per tutti, tutti per uno. La cura residenziale dei disturbi del comportamento alimentare*. FrancoAngeli, Milano, 2022

Monica Mascolo, Valeria Mancini *La pica: un disturbo dalle voglie alimentari insolite*. State of Mind, 2019

National Institute for Health and Clinical Excellence. *Eating disorder: recognition and treatment NICE guideline [NG69]*, 2017

Neri C. (2021). *Il gruppo come cura*. Raffaello Cortina, Milano, 2021

Riccardo Dalle Grave *Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione a Villa Garda*. Positive Press, Verona 2009

Riccardo Dalle Grave. *Trattamento residenziale dei disturbi dell'alimentazione, Informazioni per i pazienti e i familiari*. Positive Press, Verona, 2015.

Robi Friedman, Cludio Neri, Malcom Pines (2008). *Dreams in Group Psychotherapy: Theory and Technique*. Jessica Kingsley Publisher Ltd, United Kingdom 2002

Stefania Marinelli (2004). *Il gruppo e l'anoressia*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2004

Villa Miralago, Centro per la cura dei disturbi alimentari <https://villamiralago.it/#>

Vittorio Lingiardi, N. M. (2020). *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*. Tr.it Raffaello Cortina Editore, Milano, 2020. pp 126-128, 383