

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

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

TESI DI LAUREA
I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE:
IL GRUPPO COME STRUMENTO DI CURA

Docente Relatore:

Prof. Maurizio GASSEAU

Studentessa: TOLOMEO Ilaria

Numero di matricola: 19 D03 116

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

*A mia nonna Rita,
il mio punto di riferimento e la mia più
grande sostenitrice da sempre.*

Indice

<u>Introduzione</u>	5
<u>Capitolo 1: I disturbi del comportamento alimentare (DCA)</u>	10
1.1 Anoressia nervosa	11
1.2 Bulimia nervosa	14
1.3 Disturbo da binge-eating	17
1.4 Altri disturbi dell'alimentazione	20
1.5 Fattori di rischio nei DCA	22
- Fattori individuali	
- Fattori familiari	
- Fattori socioculturali	
<u>Capitolo 2: Le strategie di intervento e la terapia di gruppo</u>	27
1. Linee guida nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare	28
2. La terapia di gruppo: implicazioni psicologiche e strategie di intervento	30
2.1. Le caratteristiche del gruppo in clinica	31
2.2. I gruppi monosintomatici: il caso dell'anoressia	35
2.3. La terapia familiare	42
2.4. Lo psicodramma	47
2.5. La danzamovimentoterapia	50

<u>Capitolo 3: Efficacia e limiti della terapia di gruppo</u>	53
3.1 L'efficacia del trattamento di gruppo	55
3.2 I limiti del lavoro di gruppo	58
3.3 Nuove prospettive terapeutiche: la Mindfulness nel contesto gruppale	60
<u>Conclusione</u>	64
<u>Bibliografia</u>	68

Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano lo specchio di un disagio sociale ampio che nasce dall'intersezione di diversi fattori, tra cui la difficoltà nella percezione del sé e della propria immagine corporea.

Sono patologie psichiche particolarmente destabilizzanti sia per chi ne soffre che per le persone a loro vicine, che spesso assistono all'esordio sentendosi impotenti di fronte al radicalizzarsi di una patologia che coinvolge mente e corpo.

Coloro che presentano condotte disfunzionali nell'alimentazione portano all'attenzione clinica specifici sintomi che possono avere una durata variabile e che coinvolgono le aree del funzionamento globale, sia psicologico che sociale.

Le condotte alimentari tipiche di questi disturbi portano ad evidenti alterazioni dello stato fisico che talvolta possono essere percepite da osservatori esterni, al contrario di quello che accade con la maggior parte delle patologie psichiche che risultano spesso invisibili per occhi inesperti (Nardone, 2013).

Il concetto di alimentazione si è evoluto nel corso degli anni e nelle diverse società assumendo connotazioni differenti, all'interno del contesto occidentale non rappresenta più solo un bisogno fisiologico ma è entrato a far parte di un contesto culturale più ampio che riguarda la cura e l'attenzione verso se stessi e la propria immagine corporea.

A partire dagli anni Ottanta con la diffusione della televisione nelle case private dei cittadini si è verificato quello che gli esperti hanno definito, "boom pubblicitario", quest'ultimo ha avuto una grande influenza sul pensiero comune dei cittadini.

Successivamente con l'avvento di Internet e dei *social media* questo condizionamento sociale è aumentato fino a far scaturire nelle persone l'ambizione di diventare tutti uguali, come il modello propinato dalle pubblicità e dai *media* in generale, dove l'apparire conta più dell'essere.

I messaggi diffusi dalle pubblicità come quelli che inneggiano alla magrezza, i quali possono sembrare innocui, in realtà hanno una grande influenza e "vanno a toccare tacitamente le paure di non piacere, di non essere amati e valorizzati per il nostro aspetto se non conforme al modello in voga" ¹.

¹ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari*. Terapie, formazione, ricerca. Milano: FrancoAngeli. P. 131.

Per questo motivo risulta di fondamentale importanza sviluppare e promuovere interventi di prevenzione volti a rendere consapevoli i più giovani, così come i loro educatori, ad una lettura consapevole dei messaggi trasmessi dai *social media* sul cibo e sul corpo e sensibilizzare verso le tematiche di educazione alimentare.

La scelta di approfondire questa tematica nasce proprio dalla volontà di diffondere maggiore consapevolezza su questi disturbi sempre più diffusi, specialmente tra le persone giovani e di sesso femminile, e da un interesse personale verso l'esordio e la cura degli stessi in quanto coinvolgono elementi di diversa natura: psicologica, sociale e culturale.

Inoltre, la volontà di approfondire l'aspetto gruppale della terapia per questi disturbi è sostenuta dall'idea che l'essere umano sia un animale sociale, così come scrisse il filosofo greco Aristotele nel IV secolo a.C., in quanto tende ad aggregarsi con altri individui.

Per questa ragione la dimensione gruppale risulta essere fondamentale per l'uomo, egli si muove e interagisce con gli altri all'interno di uno gruppo o più gruppi, poiché è solo nella relazione con altri esseri umani che può soddisfare i propri bisogni e sviluppare la propria soggettività.

La terapia di gruppo si è quindi rilevata un forte strumento di cura ed è entrata a far parte sempre più spesso delle risorse utilizzate all'interno dei contesti clinici per il trattamento dei DCA, permettendo ai partecipanti del gruppo di identificarsi con altri e non sentirsi soli nella loro battaglia.

L'elaborato parte da una iniziale panoramica riguardante i DCA e la loro sintomatologia, successivamente prosegue con la descrizione dei principali trattamenti psicoterapeutici di gruppo, per concludersi con la presentazione degli effetti della terapia gruppale sui singoli e delle prospettive di cura future.

I Disturbi del Comportamento Alimentare iniziano a diffondersi in Occidente nella seconda metà del Novecento, in concomitanza alle variazioni storiche e politiche, si è iniziato ad assistere ad un insieme di cambiamenti antropologici del vivere sociale.

In relazione ai mutamenti delle condizioni storiche e sociali inizia a svilupparsi e diffondersi un fenomeno rimasto fino ad allora isolato: il cibo diventa per molte persone una modalità per esternare il proprio disagio psichico (Fairburn e Harrison, 2003).

I DCA vengono definiti come patologie complesse poiché costituite da differenti fattori influenzati da altrettante variabili, che colpiscono nella maggior parte dei casi soggetti giovani di sesso femminile con una maggiore e crescente diffusione nella cultura occidentale (APA, 2006; Dalla Grave, 2011; Riva E., 2009), nonostante siano sempre più

presenti anche in altre culture e nella popolazione maschile (Swanson et al., 2011; Treasure et al., 2010).

I disturbi dell'alimentazione sono particolarmente complessi da trattare, poiché sono spesso correlati ad altri disturbi di natura psicologica e presentano alcuni sintomi che portano l'individuo che ne soffre all'autodistruzione, per questo motivo infatti è stata rilevata "l'esistenza di una relazione tra i disturbi alimentari e la dipendenza da sostanze sia in termini di comorbidità e sia per l'esistenza di affinità psicopatologiche tra i due disturbi"².

Il primo capitolo dell'elaborato presenta un inquadramento diagnostico delle manifestazioni psicopatologiche che rientrano nell'ampia categoria dei disturbi del comportamento alimentare, la cui eziologia comprende fattori psicologici, emotivi, culturali e relazionali, in riferimento ai criteri pubblicati dalla quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5).

Il secondo capitolo ha come obiettivo quello di esplicitare le principali linee guida che attualmente sono considerate nella pianificazione di un trattamento psicoterapeutico per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, in accordo con la letteratura esistente.

Successivamente, entrando maggiormente nello specifico, vengono analizzati i diversi metodi gruppo-terapeutici tra i quali è possibile individuare la terapia familiare, essendo la famiglia di origine il primo gruppo di appartenenza per ciascun individuo, questa gioca un ruolo fondamentale nell'esordio di possibili disturbi mentali. Inoltre, verrà dedicata una parte alla descrizione di gruppi di psicodramma nel trattamento dei DCA.

L'obiettivo della terapia di gruppo è quello di accrescere lo sviluppo personale, sviluppando maggiore consapevolezza del Sé, e focalizzandosi sulle interazioni tra i pazienti, dal momento che i pazienti soggetti a queste patologie presentano spesso relazioni interpersonali disfunzionali.

I gruppi terapeutici, infatti, risultano essere ampiamente diffusi all'interno dei *setting* clinici grazie al loro vantaggioso rapporto tra costi e benefici e alla loro efficacia terapeutica.

Inoltre, una parte del capitolo è dedicata ad una particolare forma di terapia in cui si utilizza il movimento e l'espressione del corpo come mezzo e strumento di integrazione

² Lo Monte, V. (2017). *I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione: criteri diagnostici*, in rivista Quale Psicologia, Roma.

e crescita emotiva, sociale e psicologica, conosciuta con il termine di “danzamovimentoterapia”.

Queste tecniche terapeutiche basate sull’espressività dei pazienti sono diventate, nel corso degli ultimi anni, parte integrante nella cura dei disturbi del comportamento alimentare, stimolando non solo la creatività ma anche una maggiore presa di consapevolezza della propria immagine corporea, esternando i propri disagi psicologici in forma espressiva e non solo verbalizzandoli attraverso la parola.

Infine, nel terzo capitolo viene presa in esame l’efficacia ma anche i limiti che il trattamento di gruppo può presentare.

Viene inoltre presentata una nuova prospettiva terapeutica per la cura di questi disturbi che può essere introdotta anche all’interno di contesti terapeutici di gruppo, la “Mindfulness”.

Questo termine inglese significa “consapevolezza”, ma assume una particolare connotazione in quanto si riferisce prima di tutto ad un’esperienza diretta la quale non è facile da esprimere a parole.

Tra le possibili definizioni vi è quella di Jon Kabat-Zinn, uno dei pionieri di questo approccio, Mindfulness significherebbe prestare attenzione, ma in un modo particolare: con intenzione, al momento presente e in modo non giudicante.

Questa pratica terapeutica risulta essere particolarmente importante nei soggetti che combattono i disturbi alimentari in quanto, vi è la necessità di riacquistare una piena consapevolezza sia del proprio corpo sia delle proprie emozioni.

Prima di procedere con la trattazione, vorrei dedicare qualche riga a coloro che mi sono stati vicini in questo percorso di crescita personale e professionale.

Un sentito ringraziamento va al mio Docente e Relatore Maurizio Gasseau per il lavoro svolto, per la sua disponibilità e per le conoscenze trasmesse durante tutto il percorso di stesura dell’elaborato.

Ringrazio inoltre la Dottoressa Valeria Alliod per avermi fornito il materiale necessario per l’analisi delle tematiche trattate all’interno dell’elaborato.

Un grazie speciale va ai miei genitori e a mio fratello Marco perché da sempre supportano ogni mia scelta e senza di loro tutto questo non si sarebbe mai avverato.

Grazie ad Agnese per essere stata l'amica e la compagna di studi su cui poter sempre contare e senza di lei questo percorso non sarebbe stato lo stesso.

Grazie infinite ai miei amici e in particolare a Miriam, Jessie e Lucrezia per essere sempre al mio fianco e per avermi sostenuta fin dall'inizio.

Infine vorrei dedicare un pensiero speciale a tutte le persone che combattono ogni giorno contro questi disturbi, con la speranza che possano vincere la loro battaglia.

Capitolo 1: I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

I disturbi del comportamento alimentare compaiono per la prima volta all'interno della terza edizione del manuale diagnostico, pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA), denominato DSM all'interno del capitolo sui Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza e solo successivamente, nel DSM IV, vengono separati in una sezione a parte. Mentre l'anoressia nervosa è stata oggetto di maggiori studi ed era già presente all'interno del DSM II, la bulimia nervosa è stata riconosciuta come categoria diagnostica autonoma solo nel DMS III-R (1987). Con la quarta edizione del manuale si è giunti alla specificazione dei criteri diagnostici per le principali categorie dei DCA e infine l'American Psychiatric Association (APA) nel maggio 2013 ha pubblicato la quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) nella quale vengono presentati i sintomi e i comportamenti caratterizzanti i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Il DMS-5 raggruppa in una categoria diagnostica unica, chiamata “disturbi della nutrizione e dell'alimentazione”, i disturbi della nutrizione caratteristici dell'infanzia e i disturbi dell'alimentazione, con l'inclusione di nuove categorie diagnostiche e la modifica di alcuni criteri diagnostici rispetto alle edizioni precedenti del manuale.

I disturbi del comportamento alimentare vengono classificati secondo specifiche categorie diagnostiche e si suddividono in: Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbo da binge-eating, Pica, Disturbo da ruminazione, Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo e infine Disturbo dell'alimentazione con altra specificazione e Disturbo dell'alimentazione senza specificazione.

Tali disturbi possono insorgere in differenti momenti del ciclo di vita ed è importante riconoscerne i sintomi e le manifestazioni psicopatologiche per poter intervenire tempestivamente. Inoltre, per poter giungere ad una corretta diagnosi, risulta fondamentale che il clinico individui le differenti manifestazioni psicopatologiche che caratterizzano le specifiche tipologie in cui questi disturbi possono svilupparsi.

Il seguente capitolo si focalizzerà sulle caratteristiche dei sintomi presentate dai disturbi del comportamento alimentare più comunemente diffusi e studiati in riferimento alla classificazione proposta dal DSM-5, che qui descriveremo nelle pagine successive, andando ad indagare la correlazione esistente tra fattori sociali e psicologici nello sviluppo di questi disturbi.

1.1. Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa venne descritta per la prima volta dal medico inglese Richard Morton nel 1694 e fino a poco tempo fa era considerata una malattia rara (AIDAP - Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso, 2015).

Il disturbo anoressico è caratterizzato da una ricerca volontaria ed egosintonica dello stato di malnutrizione, negazione dei sintomi e diffidenza verso il trattamento terapeutico.

a) **Epidemiologia**

Secondo gli ultimi dati riportati dal Ministero della Salute risalenti al 16 aprile 2021, “la situazione epidemiologica italiana risulta avere un’incidenza (numero di nuovi casi di malattia, in una popolazione, in un determinato periodo di tempo) dell’anoressia nervosa per il sesso femminile in almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno, e fra lo 0.02 e 1.4 nuovi casi nel sesso maschile”³.

In Italia sia per l’anoressia nervosa, sia per la bulimia nervosa la fascia d’età delle prime manifestazioni patologiche risulta essere tra i 15 e i 19 anni, con una tendenza negli ultimi anni ad un esordio sempre più precoce.

L’esordio precoce rappresenta un dato a cui bisogna prestare notevole attenzione poiché una malnutrizione può comportare danni permanenti a organi e tessuti che non hanno ancora completato il processo di sviluppo.

In alcune categorie professionali l’anoressia nervosa sembra essere molto frequente, come nei casi riguardanti il mondo della moda e della danza (Ministero della Salute, 2021).

b) **Criteri diagnostici (DSM-5)⁴**

Secondo i criteri diagnostici pubblicati dal DSM-5 (2013), una persona soffre di anoressia nervosa se soddisfa i seguenti criteri diagnostici:

³ Ministero della Salute (2021), Roma.

⁴ American Psychiatric Association (2013). *DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington. pp. 379-409.

1. Restrizione dell'assunzione di calorie che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo, salute fisica.
2. Paura di aumentare di peso o un comportamento che interferisce con l'aumento di peso.
3. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo.

Il DSM-5 distingue inoltre due diversi sottotipi di anoressia nervosa:

- Tipo con restrizioni: la persona non fa riferimento a ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione durante gli ultimi tre mesi.
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: la persona fa riferimento a ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione durante gli ultimi tre mesi.

Livello di gravità (basato sull'indice di massa corporea [IMC]):

- Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderato: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Estremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

c) **Caratteristiche cliniche del disturbo**

“Gli individui con questo disturbo mostrano tipicamente un'intensa paura di aumentare di peso e [...] malgrado il peso corporeo sia al di sotto della soglia minima. Questa paura non è alleviata dalla perdita di peso; la percezione e il significato attribuiti al corpo sono distorti e influenzano notevolmente i livelli di autostima”⁵.

Nella maggior parte dei casi una persona con questa tipologia di disturbo alimentare viene condotta verso trattamenti terapeutici e clinici dai familiari o da persone facenti parte della propria cerchia personale, specialmente nei casi dove vi è una notevole riduzione del peso corporeo e una mancanza di consapevolezza del comportamento disfunzionale.

⁵ Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina. P. 812.

Nell'anoressia nervosa inoltre è comune l'insorgenza di episodi bulimici e spesso si verifica il passaggio del soggetto verso la bulimia nervosa.

d) Comorbilità psicopatologica

I disturbi psicologici comunemente presentati da coloro che soffrono di anoressia nervosa sono: ansia, depressione, disturbi ossessivo-compulsivi, irritabilità, sbalzi del tono dell'umore e isolamento sociale.

In questi pazienti è frequente la presenza di specifici tratti di personalità, come il perfezionismo e una bassa autostima che sono evidenti prima dell'esordio del disturbo dell'alimentazione e che possono contribuire in parte alla sua insorgenza.

e) Complicazioni fisiche

“Lo stato di semi-digiuno e le condotte di eliminazione possono provocare significativi problemi medici, talvolta potenzialmente pericolosi per la vita”⁶, legati ad una compromissione del normale funzionamento di alcuni organi.

Nell'anoressia nervosa le analisi di laboratorio rilevano anomalie ematiche, biochimiche ed endocrinologiche nell'ECG, nella massa ossea e nell'EEG.

Inoltre, è possibile individuare specifici segni e sintomi fisici, spesso correlati al digiuno, quali: dolori addominali, stipsi, ipotensione e ipotermia (APA, 2013).

Tuttavia, è importante citare uno dei cambiamenti più significativi avvenuti nel passaggio dall'edizione precedente del Manuale Diagnostico (DSM-IV-TR) al DSM-5 ovvero “l'eliminazione dell'amenorrea come criterio utile a fare diagnosi di disturbo”⁷.

f) Decorso

La percentuale di guarigione è bassa nel breve termine mentre aumenta fino ad arrivare al 70-80% nel trattamento a lungo termine.

⁶ Ibidem. P. 5.

⁷ Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina. P. 812.

La previsione sul decorso e sull'esito del quadro clinico è influenzata da diversi fattori, tra cui la giovane età dell'esordio, la quale favorisce una remissione più rapida del disturbo, mentre la presenza di comorbidità di patologie somatica e psichiatriche influenza negativamente il decorso dell'anoressia nervosa.

La percentuale di decessi collegata a tale disturbo, secondo i dati del DSM-5, è del 5% circa per decennio a causa del peggioramento delle condizioni fisiche o in seguito a suicidio.

1.2. Bulimia nervosa

Le ricerche e gli studi scientifici condotti sulla bulimia nervosa sono più recenti rispetto a quelli riguardanti l'anoressia nervosa.

Le prime descrizioni cliniche di questo disturbo risalgono agli studi sulla "bulimaressia" condotti negli anni Settanta tra gli studenti di alcuni college americani.

Il professor Russell nel 1979 pubblicò un articolo dal titolo: "Bulimia nervosa: un'inquietante variante dell'anoressia nervosa" e questo fu la prima descrizione del quadro clinico di tale patologia con la successiva proposta di classificare il disturbo con una diagnosi autonoma.

Come avviene per l'anoressia nervosa, anche nel caso della bulimia nervosa è possibile specificare se in remissione parziale o in remissione completa, a seconda dei sintomi manifestati.

a) Epidemiologia

"L'incidenza della bulimia nervosa è stimata in almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere femminile e di circa 0.8 nuovi casi per 100.000 persone, in un anno per il genere maschile" (Salute.gov.it, 2021).

La fascia di età per l'esordio è tra i 15 e i 19 anni, nel periodo dell'adolescenza o nella prima età adulta.

In una ricerca è stato dimostrato come la bulimia nervosa colpisca prevalentemente i caucasici e come sia uniformemente distribuita tra le classi sociali, mentre risulta più rara nei Paesi in via di sviluppo (Dalle Grave, 2015).

b) Criteri diagnostici (DSM-5)⁸

1. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
2. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per tre mesi.

Livello di gravità:

- Lieve: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.
- Moderato: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.
- Grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.
- Estremo: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

c) Caratteristiche cliniche del disturbo

Un fattore che accumuna questo disturbo con quello descritto in precedenza riguarda la modalità d'esordio della patologia.

La bulimia nervosa, infatti, inizia ad insorgere a seguito dell'adozione di regole dietetiche estremamente rigide, motivate dalla preoccupazione di prendere peso e dalla forma del proprio corpo (Dalle Grave, 2015).

⁸ American Psychiatric Association (2013). *DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington. pp. 379-409.

Tuttavia, nella bulimia nervosa sono presenti periodici episodi di abbuffate e la combinazione di questi con condotte compensatorie e diete restrittive porta il soggetto ad avere raramente un deficit calorico persistente, questo spiega il motivo per il quale gli individui affetti da questo disturbo abbiano una condizione di peso nella norma o di sovrappeso.

Generalmente, proprio per le differenti modalità di presentazione del disturbo, i pazienti con bulimia nervosa tendono a cercare un trattamento terapeutico con più frequenza rispetto a chi soffre di anoressia nervosa, spinti dalla preoccupazione per gli effetti degli episodi bulimici sul peso.

Non è raro, tuttavia, che i soggetti cerchino aiuto dopo diversi anni dall'insorgenza del disturbo, poiché il sentimento di vergogna verso il loro comportamento è assai perturbante o ritengono di poterlo gestire autonomamente.

d) Comorbilità psicopatologica

Negli ultimi anni per quanto riguarda i casi di bulimia nervosa, così come per quelli di anoressia nervosa, “la possibilità di concettualizzare la frequente comorbilità osservata nei disturbi alimentari in base agli stili di personalità ha iniziato a rappresentare una strategia clinicamente rilevante, in grado tra l'altro di spiegare la notevole variabilità clinica e prognostica di questi disturbi”⁹.

Nello specifico per questa patologia si è registrata una correlazione molto forte con i disturbi dell'umore, i quali possono andare ad intaccare alcuni aspetti della sfera sociale. Inoltre, l'ansia e la depressione sono tra i sintomi più comunemente associati al disturbo ma è altresì possibile individuare un sottogruppo di pazienti al quale viene diagnosticato anche una dipendenza da alcool o da sostanze psicoattive.

e) Complicazioni fisiche

Su questo aspetto le due tipologie di disturbi del comportamento alimentare descritti fino ad ora differiscono notevolmente.

⁹ Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina. P. 815.

Sebbene il comportamento alimentare disfunzionale assunto possa gravare notevolmente sulle condizioni fisiche del soggetto che ne soffre, le complicazioni fisiche sono minori nella maggior parte dei casi di bulimia nervosa. (R. Dalle Grave)

Tuttavia, nelle persone che riportano un'elevata frequenza di condotte compensatorie è comune osservare alcune complicanze fisiche come: gonfiore delle ghiandole parotidi e delle ghiandole sottomandibolari, esofagite, segno di Russel, danni dentali e disturbi elettrolitici.

f) Decorso

Il decorso di remissione nella bulimia nervosa è basso a breve termine e migliora con l'aumentare della durata del disturbo.

I tassi di mortalità nella bulimia nervosa variano dallo 0% al 2% per decennio.

Il cross over diagnostico dalla bulimia nervosa all'anoressia nervosa avviene in un numero limitato di casi (10/15%).

Come nell'anoressia nervosa, anche nella bulimia nervosa il rischio di suicidio è un fattore da tenere in considerazione, risulta importante al momento della diagnosi fare un'indagine psicologica sulla tendenza all'ideazione e su eventuali condotte tendenti al suicidio (APA, 2014).

1.3 Binge-eating disorder (BED)

La diagnosi di disturbo da binge-eating, in inglese *binge-eating-disorder* (BED), è stata introdotta dal DSM-5 la quale era “precedentemente collocata tra le condizioni che necessitano di ulteriori studi”¹⁰. Questo disturbo è caratterizzato da ricorrenti episodi di abbuffate con le stesse caratteristiche di quelli presentati da pazienti che soffrono di bulimia nervosa. Secondo i dati raccolti sulla popolazione americana, la prevalenza del disturbo da binge-eating nella popolazione con più di 18 anni è del 1,6% tra le donne e dello 0,8% tra gli uomini, mentre tra gli individui con obesità che ricercano un trattamento per la perdita di peso è del 10% (APA, 2014). Tale disturbo ha un esordio più tardo rispetto all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa. Inoltre, rispetto alla bulimia nervosa è presente una maggiore prevalenza di questo disturbo all'interno della popolazione maschile (circa il 25%) e in alcune minoranze etniche come gli afroamericani.

¹⁰ Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina. P. 810.

a) Criteri diagnostici (DSM-5)¹¹

Il *binge-eating disorder* è stato riconosciuto in modo formale come “disturbo dell'alimentazione” dal DMS-5 a seguito della revisione sistematica della letteratura che ne ha riconosciuto la validità come entità diagnostica distinta (Wonderlicht, Gordon, Mitchell, Crosby ed Engel, 2009).

I criteri diagnostici del DSM-5 per tale disturbo sono i seguenti:

1. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:
 - mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
2. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 - Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 - Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 - Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
 - Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.
3. Presenza di un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
4. L'abbuffata si verifica in media almeno una volta alla settimana per tre mesi.
5. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come accade nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Anche in questo caso è possibile distinguere il disturbo a seconda che si presenti in remissione parziale o in remissione completa; inoltre è possibile definire, così come per l'AN e la BN, il livello di gravità del disturbo.

¹¹ American Psychiatric Association (2013). *DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington. pp. 379-409.

Livello di gravità:

- Lieve: una media di 1-3 episodi di abbuffata a settimana.
- Moderato: una media di 4-7 episodi di abbuffata a settimana.
- Grave: una media di 8-13 episodi di abbuffata a settimana.
- Estremo: una media di 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

b) **Caratteristiche cliniche del disturbo**

“Così come l’AN e la BN, il BED può essere considerato una sindrome ad eziologia multifattoriale alla cui insorgenza e mantenimento possono concorrere, in varia misura e secondo modalità ancora poco conosciute, fattori di ordine biologico da un lato, psicologico e ambientale dall’altro” (Monteleone, *Il binge eating disorder*, 2009).

Gli individui che soffrono del disturbo da binge-eating condividono, con chi soffre di bulimia nervosa, gli episodi bulimici.

Tuttavia, sono presenti delle differenze rilevanti tra i due disturbi, infatti nel *binge-eating disorder* gli episodi bulimici non sono seguiti dall’utilizzo di condotte compensatorie.

La tendenza del soggetto, infatti, è quella di ingerire alimenti in eccesso piuttosto che adottare un regime dietetico restrittivo e questo spiega la forte relazione del disturbo con l’obesità. Per queste ragioni molti pazienti cercano un aiuto medico per il loro peso in eccesso e non per il disturbo alimentare, circa il 7-12% dei soggetti che richiedono un trattamento per l’obesità soffre di un disturbo da binge-eating.

Nei casi più gravi questo disturbo altera la qualità della vita, influenzando negativamente le prestazioni lavorative e/o scolastiche e i rapporti interpersonali (Dalle Grave R., 2015).

c) **Comorbidità psicopatologica**

Questa patologia clinica compromette spesso l’adattamento al ruolo sociale, la qualità della vita e l’andamento globale del benessere dell’individuo.

Il binge-eating risulta avere una elevata comorbidità con le stesse patologie psichiatriche associate alla bulimia nervosa e all’anoressia nervosa. Questa comorbidità psichiatrica è collegata alla gravità degli episodi di abbuffata.

d) Complicazioni fisiche

Lo stile di vita dei soggetti affetti da un disturbo da binge-eating risulta essere non salutare, caratterizzato da sedentarietà, alimentazione non sana con l'assunzione in prevalenza di alimenti ricchi di grassi e zuccheri e con basso contenuto vitaminico e di sali minerali. Spesso a questo disturbo è associata anche una dipendenza da fumo e da alcol.

Le conseguenze fisiche che ne derivano risultano essere associate all'obesità, per esempio al paziente può essere diagnosticato il diabete di tipo 2, alcune malattie cardiovascolari, malattie del fegato e la sindrome metabolica.

e) Decorso

Questo disturbo ha un tasso elevato di remissione spontanea a breve termine, come evidenziato da alcuni studi, dovuto sia al decorso naturale sia agli esiti delle terapie.

Il tasso di remissione dopo quattro anni è dell'80%, rispetto al 47% della bulimia nervosa e al 57% dell'anoressia nervosa, ed è raro che si manifesti una migrazione verso l'anoressia nervosa o la bulimia nervosa.

1.4 Altri disturbi dell'alimentazione

Il DSM-IV-TR ha introdotto, all'interno della classificazione sui Disturbi del Comportamento Alimentare, una nuova categoria di disturbi chiamata "Disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato (NAS)", ed era indicativo di tutti quei pazienti ai quali veniva diagnosticato un disturbo del comportamento alimentare che tuttavia non soddisfaceva i criteri dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa.

A seguito della pubblicazione del DSM-5, il quale propone criteri meno restrittivi per fare diagnosi rispetto all'edizione precedente del Manuale, inoltre "scinde il disturbo alimentare non altrimenti specificato (NAS) nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione con altra specificazione (da applicare nel caso in cui il clinico è in grado di specificare la ragione per cui il quadro clinico non soddisfa il numero e la tipologia di criteri utili per fare diagnosi) e senza specificazione (che

corrisponde alla categoria NAS del DSM-IV-TR)¹². Secondo le statistiche rese note dal Ministero della Salute, i disturbi facenti parte di queste nuove categorie diagnostiche costituiscono la metà circa dei pazienti ambulatoriali o ricoverati in ospedale affetti da disturbo dell'alimentazione e come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa colpiscono in gran parte adolescenti e giovani donne.

La categoria diagnostica Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione “si applica nei casi in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree predominano, ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione”¹³. In questo caso il clinico sceglie di esplicitare in modo chiaro il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per qualsiasi disturbo della nutrizione e dell'alimentazione

Sono stati individuati cinque sottogruppi facenti parte di questa categoria diagnostica¹⁴:

1. Anoressia nervosa atipica: sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che nonostante una significativa perdita di peso, il peso è all'interno o al di sopra di un range di normalità
2. Bulimia nervosa a bassa frequenza e/o di durata limitata: sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di tre mesi.
3. Disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata: sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di tre mesi.
4. Disturbi da condotte di eliminazione: ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.

¹² Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina. P. 814.

¹³ Dalle Grave, R. (2022). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. La guida per i pazienti*. Verona: Positive Press.

¹⁴ American Psychiatric Association (2013). *DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington. pp. 379-409.

5. **Sindrome da alimentazione notturna:** ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo o da norme sociali locali.

L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

Esistono altri disturbi del comportamento alimentare i cui criteri diagnostici sono stati pubblicati all'interno del DSM-5 come il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo e il disturbo pica. Queste categorie diagnostiche di disturbi sono meno diffuse all'interno della popolazione sia femminile che maschile e non verranno approfondite in questa sede in quanto non ancora trattate a livello di terapia di gruppo.

1.5 Fattori di rischio

La letteratura scientifica sottostante i disturbi del comportamento alimentare sottolinea quanto queste patologie siano da considerare su un piano multifattoriale e come vadano tenuti in considerazione per l'esordio di queste patologie i periodi caratterizzati da rapidi cambiamenti nello sviluppo biologico, affettivo e cognitivo come tipici del periodo della preadolescenza e adolescenza.

Le “radici sociali del crescendo epidemico dell'anoressia-bulimia possono essere collegate al [...] nucleo di sofferenza di base nella vita di queste ragazze: un profondo senso di inadeguatezza”¹⁵.

Attualmente non vi è una teoria sintetica ed esaustiva che spieghi l'eziopatogenesi dei disturbi dell'alimentazione.

¹⁵ Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina. P. 196.

Tuttavia, alcuni ricercatori hanno identificato possibili fattori eziologici che contribuiscono all'esordio e al mantenimento della propria immagine corporea distorta e del disfunzionale piano alimentare.

Lo studio dei fattori di rischio nei DCA risulta importante per diversi motivi (Stice et al., 2011). Innanzitutto, un chiarimento dei meccanismi causali dei DCA può portare a diminuire lo stigma a loro associato, inoltre la nosologia è basata sull'eziologia: l'attuale sistema di classificazione è basato sulla presentazione sindromica dei sintomi (APA, 2014).

L'identificazione dei fattori di rischio rappresenta una condizione necessaria per la riuscita di un buon trattamento terapeutico e risulta inoltre cruciale per lo sviluppo di programmi di prevenzione.

Garner et al. (Garner et al., 1983) hanno fornito indicazioni importanti per la comprensione dell'eziologia dei disturbi del comportamento alimentare, sviluppando uno strumento diagnostico chiamato "The Eating Disorder Inventory", il quale rappresenta uno degli strumenti di *assessment* diagnostico più utilizzati nello studio e nella valutazione di questa tipologia di disturbi. Si tratta di uno strumento per la valutazione multidimensionale delle caratteristiche psicologiche rilevanti per l'anoressia e per la bulimia (Garner, 1983).

L'EDI è composto da 64 item che si raggruppano in 8 subscale, le quali esplorano: la Spinta verso la magrezza, la Bulimia, la Scontentezza per il corpo, l'Inadeguatezza, il Perfezionismo, la Sfiducia interpersonale, la Consapevolezza enterocettiva e la Paura della maturità.

La scala ha mostrato larga concordanza tra il giudizio clinico e i criteri oggettivi esterni ed è inoltre in grado di distinguere non solamente i diversi sottogruppi di pazienti con DCA, ma anche i soggetti con preoccupazioni relative all'immagine corporea.

Nel 1993 Garner ha proposto una nuova versione dello strumento, l'EDI-2, aggiungendo alla versione originale 27 item raggruppati in 3 subscale: Ascetismo, Regolazione dell'impulso e Insicurezza sociale.

Garner e Garfinkel (1982) definiscono i DCA come eziologicamente multideterminati ed eterogenei, derivanti dall'interazione di almeno tre grandi tipologie di fattori di rischio o predisponenti: individuali, familiari e culturali.

L'aumento esponenziale di questi disturbi psicopatologici evidenzia come sia in atto una vera e propria "crisi socio-culturale, familiare, affettiva e soprattutto etica"¹⁶.

I fattori individuali:

All'interno di questa categoria è possibile classificare differenti predisposizioni personali che possono concorrere allo sviluppo di un disturbo alimentare.

Negli ultimi tempi "la possibilità di concettualizzare la frequente comorbilità osservata nei disturbi alimentari base agli stili di personalità ha iniziato a rappresentare una strategia clinicamente rilevante"¹⁷, permettendo inoltre di fornire una spiegazione della variabilità clinica e prognostica che caratterizza questi disturbi.

Gli studi più significati in questo campo sono quelli condotti da Westen in cui, attraverso la SWAP-200, sono stati identificati tre cluster di personalità tipi di tre differenti gruppi di soggetti: "gruppi ad alto funzionamento/perfezionista, gruppo coartato/ipercollato e il gruppo disregolato emotivamente/con mancanza di controllo"¹⁷.

Questi studi hanno messo in evidenza come circa il 60% dei pazienti affetti da disturbi alimentari presentino in concomitanza una grave patologia della personalità e di come questa se studiata in relazione ad una diagnosi di anoressia e bulimia "hanno una maggiore validità predittiva sia per quanto riguarda la frequenza e la gravità della sintomatologia sia per quanto riguarda numerose altre variabili cliniche significative per la prognosi e il trattamento"¹⁷.

Sebbene sia tutt'ora difficile giungere ad un quadro completo e univoco delle differenti caratteristiche di personalità dei pazienti con disturbi alimentari, risulta importante per l'avvio di un trattamento efficace tenere in considerazione i diversi profili di funzionamento globale.

I fattori familiari:

All'interno della letteratura psicologica è possibile trovare diversi studi che si sono focalizzati sul funzionamento familiare e i differenti stili di attaccamento in relazione ai disturbi alimentari.

¹⁶ Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina. P. 215.

¹⁷ Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina. Pp. 816-817.

Questi mettono in evidenza come le difficoltà di comunicazione e di gestione dell'emotività all'interno delle famiglie abbiano un'estrema rilevanza nel mantenimento del disturbo. L'interesse sempre maggiore verso questi aspetti reazionali ha portato alla nascita e allo sviluppo di terapie familiari incentrate fortemente sull'aspetto del nucleo affettivo d'origine e sui meccanismi che questo può attivare per lo sviluppo di un disturbo alimentare.

Come sostenuto da Mara Selvini Palazzoli (1998) non esiste la famiglia dell'anoressica così come quella della bulimica, ma bensì diverse tipologie di famiglie caratterizzate da fenomeni ricorrenti e ripetitivi. Questo tipo di intervento terapeutico verrà approfondito più avanti all'interno del secondo capitolo.

I fattori socioculturali:

Infine, i fattori predisponenti presentano alcune caratteristiche legate al proprio *background* culturale. “La cultura fa da innesco, crea cioè le condizioni di vulnerabilità anoressica; tuttavia, quanto determinerà il passaggio al sintomo non è socialmente determinato, ma richiede le multiple coincidenze con altre variabili personali e familiari”¹⁸.

Il carattere culturale di questi disturbi è ulteriormente enfatizzato dal manifestarsi di questi “nelle ragazze con una frequenza dieci volte maggiore che nei maschi”¹⁸, questa caratteristica è riscontrabile anche in altri disturbi psicopatologici. Questo divario tra i due sessi può essere causato da diversi fattori, tra cui quello biologico; infatti, le ragazze nel periodo in cui è elevato il rischio di sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare, vedono un grande cambiamento nell'aspetto corporeo. Anche nei maschi avviene lo stesso fenomeno, tuttavia questo ha un significato sessuale meno forte ed è “culturalmente determinato il fatto che i maschi ricorrano più frequentemente delle femmine all'uso di sostanze stupefacenti come forme di autoterapia”¹⁸.

Inoltre è culturalmente accettato che la figura femminile esibisca la sua sofferenza, questa può passare attraverso il sintomo anoressico il quale funge da “maschera” e presenta aspetti di teatralità, mentre la tradizione culturale maschile valorizza aspetti di forza e virilità accettando il passaggio a forme di violenza piuttosto che l'espressione delle proprie emozioni e fragilità interne che al contrario vengono viste come deprecabili per la figura maschile. A sostegno di queste evidenze vi è inoltre l'esperienza diretta dei

¹⁸ Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina. Pp. 197-204.

terapeuti che si occupano di disturbi dell'alimentazione in adolescenti di sesso maschile con una sintomatologia anoressica o bulimica, nei quali è possibile riscontare “un sottostante disturbo dell'identità di genere, che pare facilitare la scelta di un'espressione tipicamente femminile del loro disagio”¹⁸.

Un ulteriore aspetto rilevante, che va tenuto in considerazione come potenziale fattore di rischio per l'esordio di questi disturbi è l'influenza che i *mass media* hanno sull'immagine corporea e l'ideale di magrezza che promuovono, al quale i giovani e giovanissimi fanno riferimento e si ispirano. Quest'ultimo sembra diffondersi e rafforzarsi attraverso varie e complesse reti sociali, le quali includono il gruppo dei pari e i familiari, entrambi questi nuclei sociali rappresentano dei pilastri importanti nella vita di un adolescente.

Capitolo 2: Le strategie di intervento e la terapia di gruppo

Il percorso all'interno della letteratura scientifica condotto nel primo capitolo, ha evidenziato come un rapporto problematico con il cibo segnala una condizione di disagio ma non sempre è sinonimo di un disturbo alimentare.

Inizialmente le persone è probabile che non riconoscano determinati segnali e comportamenti come disfunzionali e ignorino questi campanelli d'allarme, spesso anche per i familiari e le persone vicine a loro risulta difficile riconoscere la gravità della situazione.

Esiste una fase chiamata "luna di miele" con il sintomo, nel quale il soggetto coinvolto non cerca aiuto e impara a convivere con la malattia, questo periodo può durare anni e viene superato nel momento in cui si prende consapevolezza della reale situazione psicofisica e si cerca aiuto.

Il bisogno iniziale di nascondere il proprio malessere a familiari, partner o amici nasce dalla volontà dell'individuo di salvaguardare la propria indipendenza e la propria sfera intima, nascondendo una condotta alimentare atipica spesso accompagnata da sentimenti di vergogna.

I disturbi del comportamento alimentare "potrebbero essere considerati una patologia del Sé nel senso che la persona deve sempre passare attraverso un altro per poter avere un rapporto con il proprio Sé"¹⁹.

La fase di accettazione include tra le altre cose l'inserimento in un programma psicoterapeutico che valuta inizialmente le capacità del paziente di lavorare sul sintomo e la consapevolezza delle proprie emozioni.

Questa valutazione iniziale risulta importante in quanto i DCA assumono spesso "il significato di una maschera difensiva contro angoscia-ansia-depressione-paura della relazione, dentro la quale si sviluppa l'identità dell'individuo"²⁰.

L'inserimento all'interno di un gruppo di psicoterapia non è possibile per tutti i pazienti per via di possibili impedimenti individuali o relazionali, in particolare non è adatta per persone con strutture di personalità con forti tratti paranoidei, narcisistici o con una diagnosi di psicosi.

¹⁹ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. P. 45.

²⁰ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. pp. 46-47.

Tuttavia la terapia di gruppo risulta auspicabile in quanto è specifica per le “patologie pre-edipiche del carattere”²⁰ di cui i disturbi del comportamento alimentare fanno parte. Il gruppo diventa il luogo dove ci si può confrontare, condividere le proprie paure e i propri bisogni, riducendo così il senso di colpa e il peso della vergogna.

Secondo Foulkes (1957), attraverso funzioni terapeutiche specifiche, per esempio, il rispecchiamento inteso come un senso di identificazione con l'altro è possibile riconoscere vissuti analoghi agli altri partecipanti al gruppo, questo perché nonostante essi condividano i sintomi alimentari presentano differenti profili di personalità.

In questo capitolo verranno presentate le linee guida generali proposte dalla comunità scientifica per la cura di questi disturbi e in particolare verrà presentata un'analisi della terapia di gruppo nei suoi differenti campi di applicazione, per arrivare infine a comprenderne l'efficacia terapeutica.

2.1 Linee guida nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare

L'idea che le categorie diagnostiche dei disturbi del comportamento alimentare siano accomunate da analoghe matrici eziologiche e cliniche è diffusa all'interno della comunità scientifica, sebbene emergano delle differenze significative rispetto ai percorsi di cura da intraprendere.

Le linee guida per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare sono consultabili all'interno del “Quaderno del Ministero della Salute” (2017), rappresentano “un insieme di raccomandazioni operative, sviluppate in modo sistematico sulla base dei dati degli studi clinici, per assistere sia gli operatori sanitari sia i pazienti, nelle decisioni sulle cure mediche più appropriate di specifiche condizioni cliniche”²¹.

Partendo dai criteri diagnostici presentati nel DSM-5, ed esplicitati nel capitolo precedente, è possibile costruire una panoramica per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare che comprenda sia strumenti di valutazione psichiatrica e psicologica ma anche i metodi per la valutazione nutrizionale.

²¹ Quaderni del Ministero della Salute (2017). *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*, n.29, Roma.

Risulta importante, al fine di attuare delle tecniche di trattamento efficaci, considerare l'alleanza terapeutica per la gestione dell'ambivalenza dei pazienti.

I Quaderni del Ministero della Salute (2013) riportano le diverse indicazioni internazionali sui disturbi dell'alimentazione, dove vengono presentati diversi interventi nutrizionali che si articolano su un livello sia medico che psicosociale.

All'interno del documento come prime linee guida vengono riportate quelle del National Institute for Clinical Excellence (NICE) pubblicate il 23 maggio 2017, le quali forniscono delle indicazioni sul trattamento di bambini, adolescenti e adulti con disturbi dell'alimentazione sottolineando la necessità di fornire informazioni e supporto ai pazienti e ai loro familiari.

Vengono suddivisi i trattamenti secondo la classificazione dei disturbi dell'alimentazione proposta dal DSM-5, per i pazienti affetti da anoressia nervosa viene proposto un supporto multidisciplinare che includa il monitoraggio del peso, della salute fisica e di eventuali fattori di rischio ma anche un'adeguata psicoeducazione sul loro disturbo includendo anche i familiari se ritenuto necessario.

Inoltre il NICE fornisce indicazioni dettagliate sul trattamento di pazienti con disturbi del comportamento alimentare in gravidanza e durante il parto secondo le norme legislative inglesi.

Procedendo nella lettura del documento è possibile consultare le linee guida proposte dall'American Psychiatric Association (APA, 2006) il quale propone un modello di cura che includa un team multidisciplinare di professionisti.

Per svolgere un percorso corretto è necessario effettuare una serie di passaggi che includono un'anamnesi personale, una valutazione dello stato nutrizionale e delle condizioni organiche, un esame psichiatrico al fine di un trattamento che tenga in considerazione eventuali comorbidità psichiatriche come il rischio di suicidio o di comportamenti autolesivi e infine è consigliabile una valutazione della famiglia e del suo possibile coinvolgimento nel percorso di cura.

Sulla base di una valutazione delle condizioni fisiche e psicologiche viene poi effettuata la scelta del livello di cura necessario, il quale può comprendere: il ricovero ospedaliero, ambulatoriale, residenziale o semi-residenziale e infine il day-hospital a seconda della gravità del quadro clinico del singolo paziente della fascia d'età in cui si trova nel momento della diagnosi.

Infine è possibile consultare il documento MARSIPAN (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, 2010) che si occupa di pazienti affetti da anoressia nervosa con complicanze organiche molto gravi, tanto da non poter ricevere un trattamento psicologico perché a rischio morte. Nel 2022 quest'ultimo è stato modificato con il nome di MEED (Medical Emergencies in Eating Disorder) e presenta sempre le indicazioni per il riconoscimento e il trattamento di questi disturbi.

In ultimo vi sono le linee guida pubblicate dal Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014), le quali fanno riferimento ai criteri diagnostici del DSM-5 e forniscono una guida ai professionisti coinvolti nella cura di persone affette da disturbi del comportamento alimentare nel contesto australiano e neo zelandese.

2.2 La terapia di gruppo: implicazioni psicologiche e strategie di intervento

Un ulteriore percorso perseguibile per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, oltre alle strategie di intervento esplicitate dalle linee guide dei differenti Paesi e i criteri diagnostici pubblicati dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5; APA, 2013), riguarda il lavoro terapeutico di gruppo. Il gruppo viene inteso in questa sede nella sua totalità e non è rappresentato solamente dalla somma dei singoli partecipanti ma possiede caratteristiche proprie.

Nel processo grupppale vengono comunicati gli aspetti intrapsichici attraverso le interazioni con gli altri membri facenti parte del gruppo e vengono quindi trasformate in esperienze socialmente condivise.

Dalla letteratura scientifica e dall'attuale ricerca sui gruppi emerge una chiara evoluzione tra l'atteggiamento dei primi analisti statunitensi che lavoravano con i gruppi come: Wolf, Slavson o Locke per citarne alcuni, e i loro successori.

Per comprendere meglio lo sviluppo del lavoro terapeutico di gruppo è importante fare una breve panoramica della storia partendo dai fondatori.

Tra i primi analisti ad occuparsi dei gruppi è importante citare Burrow, il quale estese il metodo psicoanalitico di cui faceva parte ai gruppi. Egli sostenne "l'importanza della condivisione e della comunicazione per risolvere i conflitti intrapsichici e l'origine preminentemente sociale dei disturbi patologici"²².

²² Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. pp. 13-28.

In Europa, poco più tardi, si iniziarono ad istituire dei gruppi terapeutici, un esempio rilevante per la storia della psicologia è rappresentato dall'ospedale militare di Northfield, dove Bion nel 1943, creò la prima comunità terapeutica.

Un altro contributo importante per la comprensione della dinamica di gruppo deriva da Lewin, il quale in Germania aveva elaborato il concetto di teoria del campo.

Nella sua teoria egli definisce il campo come un sistema di forze la cui peculiarità non è data dai singoli elementi ma dal loro insieme globale, che formano con il loro sistema di relazioni (Lewin, K., 1936).

Un'ulteriore figura rilevante nel lavoro terapeutico gruppale fu Foulkes, il quale definì nel 1975 la psicoanalisi come “una forma di psicoterapia praticata dal gruppo nei confronti del gruppo, ivi incluso il suo conduttore”²³. Da qui il nome di psicoterapia gruppoanalitica o gruppoanalisi.

Successivamente a questi autori, la ricerca sui gruppi è continuata talvolta distaccandosi dalle idee dei fondatori della gruppoanalisi, dando il via a diversi approcci terapeutici nella conduzione dei gruppi in clinica.

2.2.1 Le caratteristiche del gruppo in clinica

In ciascun gruppo terapeutico è possibile riconoscere degli elementi comuni che permettono di comprendere a livello generale i processi che si attivano nel contesto gruppale.

Innanzitutto il gruppo “si costituisce come oggetto immaginario sia nella mente del conduttore che in quella dei pazienti”²², infatti nelle fasi iniziali della costituzione del gruppo il conduttore proverà ad immaginare le possibili interazioni tra i membri e queste fantasie sono condizionate dalla sua storia e dal posto da lui occupato nel gruppo originario di appartenenza.

Come sostenuto dall'autrice Silvia Corbella nel libro “storie e luoghi del gruppo” il gruppo può essere assimilato a un “microcosmo sociale” nel quale è possibile costruire delle interazioni costruttive tra i partecipanti che appartengono a gruppi sociali originari differenti e questo nel tempo porta a valorizzare il diverso e a condividere le esperienze avendo un riscontro da molteplici punti di vista.

²³ Foulkes, S. H. (2018). *Group-analytic psychotherapy: Method and principles*. London: Gordon&Beach.

Questo “apprezzamento del diverso” è un percorso che si costruisce nel tempo attraverso la verbalizzazione, e non solo, delle emozioni, il quale risulta essere un aspetto fondamentale del lavoro di gruppo.

A questo proposito, Di Maria e Lavanco descrivono il setting analitico come un luogo dove “la soggettività può confrontarsi con il sociale, come pensiero della coesistenza e del dialogo fra persone con uguali diritti ma con identità diverse”²⁴.

Una prima fase fondamentale per tutte le tipologie di gruppo è quella della formazione, che comprende la scelta da parte del conduttore degli individui che ne faranno parte e l’esclusione di quelli che invece vengono definiti “devianti” per quello specifico gruppo ovvero non capaci o non disponibili ad assolvere il compito primario prefissato dal gruppo.

Nella formazione di un gruppo la letteratura evidenzia a questo proposito l’importanza di bilanciare aspetti di omogeneità in modo da favorire la condivisione con altri di eterogeneità.

Yalom sosteneva che il terapeuta dovesse cercare di ottenere “eterogeneità per le aree conflittuali e omogeneità per le forze dell’Io”.

L’eterogeneità aumenta al massimo le possibilità di apprendimento, questo è da intendersi ad un livello profondo in quanto all’interno di un gruppo è possibile confrontarsi, attraverso la risonanza emotiva, con persone che presentano una vasta gamma di esperienze umane e che possiedono un bagaglio culturale differente che ha permesso loro di sviluppare capacità differenti per rispondere a problemi e conflitti. Viceversa, l’omogeneità è funzionale al costituirsi della coesione nel gruppo (Corbella, 2003).

Il setting o “il dispositivo in senso operativo” (Rouchy, 1998) è formato da elementi che assumono nel vissuto di ciascun paziente dei significati simbolici elaborabili all’interno dei processi gruppali, quali il tempo, lo spazio, le regole enunciate, il numero e il ritmo delle sedute e l’eventuale cornice istituzionale nel quale si realizza il dispositivo terapeutico.

Per una corretta costituzione del gruppo risulta importante delimitare un vero e proprio spazio fisico nel quale vengono concordati, dai singoli partecipanti insieme al conduttore, gli elementi che appartengono a quello specifico setting gruppale.

Lo spazio può essere definito secondo Rouchy come il luogo “in cui diviene possibile metabolizzare la realtà psichica in rapporto alla realtà sociale”, mentre Bion parla dello

²⁴ Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. p. 29.

spazio grupale come un contenitore dei contenuti psichici dei suoi membri trasformati in rappresentazioni, fantasmi non ancora pensati, per questo motivo il luogo deve garantire la riservatezza e limitare le cause di distrazione.

Il setting grupale non è solamente uno spazio fisico reale ma anche “una rappresentazione consensualmente validata” dai partecipanti, che come sostenuto dalla psicoanalista Silvia Corbella “rispecchia il mondo interno dei singoli componenti e i suoi confini”, all’interno dei quali vengono condivise emozioni intense i cui contenuti sono oggetti interni.

Successivamente alla formazione del gruppo risulta importante stipulare quello che Rutan e Stone definiscono “accordo terapeutico” che sarà influenzato dal gruppo di appartenenza primario e dallo stile relazionale del terapeuta.

Per questo motivo l’enunciazione delle “regole”, in funzione al lavoro di gruppo, risulta necessaria per una partecipazione positiva alla terapia.

Nel libro “Storie e luoghi del gruppo” l’autrice risponde al quesito posto di frequente dal paziente rispetto al “da farsi” grupale elencando le 5 regole fondamentali per il corretto funzionamento del dispositivo grupale.

La prima regola è la costanza nel recarsi puntali ad ogni seduta, nel rispetto degli altri e del lavoro comune, questa prima indicazione sottolinea quanto i membri siano interdipendenti fra loro e quanto il comportamento del singolo abbia una ricaduta sul gruppo nel suo insieme.

Per questo motivo molti autori sottolineano l’importanza dei colloqui preparatori all’ingresso del gruppo in quanto l’assenza alla seduta o l’interruzione prematura del lavoro terapeutico ha ripercussioni non solo sul singolo ma tutto il gruppo si trova a dover affrontare un vissuto di fallimento, dal quale possono derivare conseguenze più o meno rilevanti a seconda della fase in cui i pazienti si trovano.

Una seconda regola fondamentale che caratterizza tutti i gruppi in clinica è “la richiesta di esprimere liberamente, a livello verbale, tutto quello che viene in mente, senza nessuna preclusione logica o sistematica”²⁵.

A differenza dei gruppi sociali dove le emozioni e i vissuti vengono spesso sottintesi o accennati, durante la seduta terapeutica i sentimenti vengono espressi così come vengono in mente andando così a creare una “libera discussione fluttuante” (Foulkes, 1975).

²⁵ Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. p. 83.

Questo risultato non è immediatamente raggiungibile ma costruito nel tempo grazie ad un lavoro costante dei partecipanti al gruppo.

Una regola che viene richiesta implicitamente dal paziente è quella della riservatezza delle sedute, ad ogni partecipante è richiesto di mantenere il segreto professionale per garantire l'autenticità della partecipazione.

Per gli analisti inoltre è importante che i loro pazienti pratichino “la regola dell'astinenza” che consiste nel non instaurare rapporti affettivi con gli altri membri e limitare così le interazioni nel quotidiano.

Quest'ultimo divieto viene però frequentemente trasgredito, tuttavia risulta necessario per il buon funzionamento gruppale, comunicare ai pazienti durante i colloqui preparatori, l'importanza di riportare ciò che è avvenuto fuori anche all'interno del gruppo in modo che possa diventare “oggetto di analisi e di elaborazione da parte del terapeuta e di tutto il gruppo”²⁶, in quanto i non detti sono sempre potenzialmente distruttivi per il corretto funzionamento della relazione terapeutica.

Infine, nel rispetto di tutti i partecipanti, è proibito attuare agiti erotici o aggressivi perché in contrasto con la fiduciosa espressione delle proprie emozioni e pensieri.

L'enunciazione di queste regole non garantisce che queste possano essere trasgredite da uno o più pazienti, nel caso in cui avvenga una trasgressione all'interno di un gruppo è importante che il terapeuta comprenda la comunicazione sottostante a queste azioni.

L'inizio del lavoro terapeutico vero e proprio si realizza dopo numerosi incontri, a volte anche a distanza di un anno dal primo, questo aspetto è particolarmente influenzato dalla composizione del gruppo e dalle difficoltà che possono emergere nelle fasi iniziali del lavoro terapeutico.

In conclusione, è possibile affermare che i gruppi terapeutici presentano delle caratteristiche che li accomunano e li rendono studiabili per scopi clinici e di ricerca.

Tuttavia, la formazione dei gruppi può seguire differenti criteri così come possono differire gli obiettivi di lavoro che vengono prefissati dal conduttore insieme ai propri pazienti.

In questo capitolo verranno presentate alcune tra le principali tipologie di lavoro di gruppo, in un'ottica rivolta alla cura dei disturbi del comportamento alimentare.

²⁶ Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. P. 85.

2.2.2 I gruppi monosintomatici: il caso dell'anoressia

Nel campo dei disturbi del comportamento alimentare una tipologia di gruppo frequentemente utilizzata è quello del gruppo omogeneo chiamato anche monosintomatico.

Per Ustica (2002) e Weiner (1986) “un gruppo omogeneo è un gruppo in cui i membri sono uniti dalla loro lotta contro un problema riconosciuto come comune a tutti i membri [...] i gruppi possono essere omogenei in diversi modi l'appartenenza a un gruppo omogeneo è abitualmente definita da caratteristiche pre-gruppo dei membri piuttosto che da attribuzioni comuni individuate nel corso del trattamento”²⁷, questi elementi di omogeneità, infatti, sono spesso determinati da caratteristiche come l'identità di genere o il ruolo familiare.

Una caratteristica importante che va tenuta in considerazione nel lavoro con i gruppi per i disturbi del comportamento alimentare è l'omogeneità per sesso in quanto “il vissuto inerente all'identità femminile è pregnante dal punto di vista psicodinamico”²⁶ sia nella relazione con la madre sia nella costruzione di legami affettivi con altre donne.

Nel 1999 Wills sostenne che il piccolo gruppo (formato dai 6 agli 8 partecipanti) monosintomatico “stimoli attraverso il rispecchiamento, processi di identificazione reciproca, nell'ambito di un gruppo famiglia nel quale si giocano valenze pregenitali e pre-edipiche, ove la figura del terapeuta è evocativa del ruolo materno, così come il gruppo come contenitore esprime simbolicamente funzioni materne”²⁶.

Questo risulta importante in quanto alla base di un DCA vi è una fragilità narcisistica in rapporto alla figura materna o al caregiver che svolge questo ruolo.

In riferimento ai gruppi composti da persone di sesso femminile è possibile rifarsi agli studi condotti da Cantarella (2001) la quale evidenzia come i gruppi femminili permettano “alle donne di riscoprire le radici di un Sé relazionale femminile sepolto e soffocato dal Sé relazionale eterosessuale”²⁶ e riscoprendo così le fondamenta del senso del Sé che sta alla base del possibile esordio di patologie sociali non riconducibili solamente al genere femminile.

Il fattore “identità di genere” è potenziato da un setting che comprende un conduttore o più di sesso femminile, secondo le autrici del libro “i gruppi nei disturbi alimentari” un

²⁷ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. P. 51.

conduttore donna “favorisce maggiormente dinamiche regressive che permettono meglio di elaborare il rapporto madre-figlia nelle fasi di attaccamento e della costruzione dell’identità”²⁸.

Un gruppo monosintomatico può quindi essere definito come un gruppo composto da persone che soffrono di uno stesso disturbo o di disturbi che appartengono allo stesso piano eziopatologico.

In questo specifico caso nonostante siano presenti differenti categorie diagnostiche nell’ambito dei disturbi del comportamento alimentare vi sono temi ricorrenti come quello legato all’immagine corporea, al peso e all’autostima.

L’obiettivo di questo tipo di gruppo è quella di creare uno spazio che faciliti la comunicazione e la condivisione dei propri vissuti personali in modo da stimolare la coesione di gruppo.

Inoltre, il fatto di condividere lo stesso disagio sintomatologico favorisce il senso di appartenenza, la comprensione dei vissuti e l’ascolto reciproco contribuendo alla costruzione di quella che viene definita “mente di gruppo” (Bion, 1963).

Secondo Friedman (2004) “è possibile pensare che l’omogeneità del gruppo equivalga ad un contenitore, in riferimento all’idea della funzione contenitore-contenuto”²⁷ di Bion.

Questa funzione del gruppo è particolarmente importante perché rende pensabili alcuni sentimenti che altrimenti sarebbero intollerabili per l’individuo e che molto spesso non emergono all’interno di gruppi eterogenei.

La condivisione di questi sentimenti spesso dolorosi è possibile solo se nel gruppo vige un clima accogliente e rispettoso delle diversità, questo è costruibile nel tempo grazie al lavoro congiunto del conduttore e dei suoi pazienti.

Anche nei gruppi monosintomatici ABA è possibile riconoscere cinque fattori specifici caratterizzanti il lavoro di gruppo, i quali sono stati identificati per primi da Foulkes e Anthony (1957):

- Il mirroring/rispecchiamento: il gruppo pone la persona nella condizione di doversi confrontare con vari aspetti del suo Sé vedendo negli altri le proprie difficoltà e le proprie modalità relazionali. In tal modo il soggetto può acquisire una nuova consapevolezza del Sé e delle nuove strategie per affrontare i suoi vissuti. Il rispecchiamento ha la “funzione di ristabilimento della coesione e

²⁸ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. pp. 52-53.

ricerca individuante di Sé”²⁹ e questo meccanismo risulta fondamentale per riparare ad una “fase dello specchio” avvenuta in maniera difettosa in modo tale da proteggere l’Io e rinformarne le proprie funzioni.

- Il fattore della socializzazione: l’essere umano vive tutta la sua vita in funzione della società in cui è inserito cercando di rispettare in modo adeguato le regole sociali per non sentirsi inadeguato; infatti, vivere in uno stato di isolamento porta a pensieri di autosvalutazione e/o persecutori. Nel caso di pazienti con un comportamento atipico dell’alimentazione la socializzazione nel gruppo allevia i sensi di colpa e di vergogna. “Attraverso il gruppo il pensiero egocentrico io-me si trasforma in pensiero altruistico noi-ci”²⁸ facilitando l’autostima, l’empatia e la condivisione.
- La risonanza: il gruppo riveste il ruolo di cassa di risonanza e così facendo il racconto di una persona diviene il racconto di tutti, questo effetto ha maggior probabilità di avvenire quanto più il gruppo è coeso e i partecipanti sono in sintonia tra loro.
- L’effetto catena: nella psicoterapia individuale questo fattore è chiamato “libera associazione” e secondo Foulkes ogni membro fornisce un contributo unico ed essenziale alla catena gruppale e le associazioni dei pazienti contribuiscono alla comprensione dei vissuti soggettivi e delle paure personali che diventano condivisibili all’interno del setting gruppale.
- Il fenomeno del condensatore: questo si verifica nel momento in cui vengono condivisi contenuti emotivi intollerabili collegati a vissuti di aggressività o rivalità.

Per quanto riguarda i gruppi omogenei per i DCA un altro fattore terapeutico significativo è quello “dell’esperienza emozionale correttiva” detta anche “training dell’Io in azione, consiste nel rivivere emozioni pregnanti dal punto di vista psicodinamico e apportarvi modifiche”²⁸, per questo motivo è importante che il conduttore dia maggiore importanza alla facilitazione dell’interazione del gruppo come un tutt’uno rispetto all’interpretazione dei vissuti condivisi. Attraverso questo lavoro in gruppo è possibile sperimentare nuove strategie “di uscita” che rispettino maggiormente la coesione del Sé.

²⁹ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. pp. 61-63.

Il problema dell'eccessiva omogeneità che alcuni autori hanno evidenziato può essere superato attraverso il limite temporale.

La psicoterapia a tempo limitato (PGTL) è caratterizzata da una durata prestabilita di sedute che possono variare dalle 12 alle 70 in un arco temporale dai sei mesi ai due anni. Stabilire da subito un tempo di inizio e di fine apre la possibilità di “pensare il tempo” ovvero poter pensare alla propria storia ed elaborare il tema della separazione e della morte.

La PGTL non rappresenta un processo unico e definito di cura ma necessita di essere inserito all'interno di un percorso più lungo di trattamento nell'arco di vita.

Per via delle sue caratteristiche in questo tipo di psicoterapia di gruppo risulta fondamentale la selezione e la preparazione dei pazienti per diminuire il rischio di *drop-out*.

Infine, sono state individuate facendo riferimento alla letteratura presente tre fasi attraversate dal gruppo a tempo limitato dalle autrici Anna Maria Gibin, Mariastella Miglioli e Sabrina Ferrari all'interno del libro “i gruppi nei disturbi alimentari”.

La fase iniziale è caratterizzata principalmente dalla condivisione delle proprie esperienze e dei propri sintomi concentrando l'attenzione sulle pratiche alimentari scorrette.

Procedendo nel lavoro terapeutico si “inizia ad esplorare la sofferenza ad un livello più profondo” e si inizia a creare un'identità di gruppo nella quale emergono alcuni dei fattori terapeutici indicati da Yalom quali la coesione, l'altruismo, l'universalità, l'apprendimento interpersonale e la speranza.

Successivamente vi è una fase centrale in cui i partecipanti al gruppo condividono vissuti sempre più intimi, in cui viene esplicitata la “funzione che il cibo esercita nei confronti del senso di vuoto interiore, dell'ansia della prestazione o della paura di crescere o vivere”³⁰.

I fattori che maggiormente emergono in questa fase sono il rispecchiamento e la risonanza (Lo Verso e Ustica, 1995) ed appare particolarmente importante ai fini terapeutici in quanto è in questa fase che si apportano le modifiche rispetto al vissuto emozionale e si lotta affinché “le emozioni non siano eliminate attraverso il sintomo o gli agiti, ma vi sia la possibilità di comprenderli e gestirli diversamente”²⁹.

³⁰ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. pp. 69.70.

In ultimo, nella fase finale, la comunicazione è circolare e il ruolo del conduttore è marginale in quanto il gruppo è diventato autonomo e in grado di autocorreggersi. In questo momento il lavoro si concentra sulla paura e sul dolore della separazione.

Secondo quanto riportato dall'esperienza delle autrici un percorso di dodici mesi porta alla scomparsa dei sintomi o all'attenuazione degli stessi nei casi più gravi.

Per comprendere meglio il funzionamento e l'efficacia dei gruppi monosintomatici orientati alla cura dei disturbi del comportamento alimentare è possibile analizzare il gruppo formato solamente da pazienti anoressiche.

Un contributo importante alla ricerca su questi gruppi deriva dalla psicoanalista Stefania Marinelli che ha analizzato i diversi vertici da cui può essere osservato il fenomeno anoressia e ha raccolto la sua esperienza nel libro "il gruppo e l'anoressia".

Questa categoria diagnostica infatti è risultata particolarmente efficace nel lavoro in gruppo in quanto l'anoressia è considerata dai pazienti stessi come una malattia del gruppo sociale più ampio (Neri, 1995), del gruppo familiare e transgenerazionale o come "originata da un'appartenenza sincretica insieme ad altri individui o gruppi di individui"³¹.

Tuttavia entrare in gruppo talvolta può presentare delle problematiche, l'individuo malato di anoressia è spesso restio ad intraprendere un percorso terapeutico in quanto il sintomo anoressico è quello che lo ha aiutato a "lottare contro l'imponenza delle richieste del gruppo familiare" (Marinelli, 2014).

Dall'altra parte però il setting gruppale ha una funzione contenitiva dell'ansia di frammentazione e dell'angoscia dell'estraneo (Vasta, Caputo, 2004) e fornisce quindi all'individuo nuovi sostegni e strategie per affrontare il conflitto originario.

Per comprendere al meglio le funzionalità del gruppo in pazienti anoressici è possibile considerare alcuni modelli della psicoanalisi che considerano la relazione mente-corpo centrale nella sofferenza nevrotica e psicotica, così come nell'anoressia.

Per riordinare questa relazione è necessario che al corpo venga restituita "la sua funzione di contenitore dell'esperienza del reale, e una relazione reciproca con le trasformazioni della psiche e con l'organizzazione delle operazioni mentali successive"³⁰.

È all'interno di questo contesto psichico che il gruppo, concepito come corpo ed evoluzione pensante (Bion,1961), "immette il paziente anoressico nel fulcro della sua

³¹ Marinelli, S. (2004). *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina. pp. XXV- 2.

metà negata (il corpo) e si collega con quelle vicissitudini che avevano causato la negazione e il rifiuto”³⁰.

Il setting gruppale sembra essere particolarmente adattivo ad accogliere le esperienze intollerabili di sé e inoltre l’assetto gruppale consente di non concentrare il peso emotivo della responsabilità e dell’impegno sul legame, come invece avviene nella relazione duale.

Marinelli sostiene come nei gruppi di terapia con pazienti anoressiche e bulimiche ci sia una notevole spinta all’aggregazione verso ciò che viene sentito simile, questo elemento diviene particolarmente rilevante nella formazione di gruppi omogenei, che non deriverebbe da funzioni di rispecchiamento o identificazione ma secondo Comelli (2004) piuttosto, “corrisponderebbe a un naturale radunarsi di persone che si sono già identificate inconsciamente, sulla base di un’emozione collettiva di opposizione a un gruppo”³².

Questa resistenza è relativa al gruppo familiare e transgenerazionale che i pazienti affetti da anoressia cercano di combattere.

Dal lato opposto rispetto alla ricerca di aggregazione e pluralità vi è la necessità di trovare un riconoscimento e un attaccamento esclusivi e secondo quanto sostenuto da Rycroft questa ricerca si basa sul sentimento della vergogna, la quale secondo alcuni autori rappresenta una difesa pre-psicotica e in questo caso il gruppo aiuta a contenere questa paura di disintegrazione per dividerla e riordinarla.

Un tema centrale che emerge nel gruppo anoressico e bulimico è quello dell’illusione, sia relativa al corpo materno sia al campo dell’appartenenza denotato dal sintomo, la quale acquisisce “un valore coesivo e produttivo, e genera il rispecchiamento stesso su cui si fonda”³¹.

L’esordio del sintomo anoressico avviene spesso, come descritto nel primo capitolo, nel corso dell’adolescenza. L’alimentazione ricopre infatti “uno spazio importante nella definizione di Sé e della propria soggettività”³³ e nella fase adolescenziale la “crisi anoressica” tende a diventare una vera e propria organizzazione generale del carattere o come la definisce Marinelli (2004) uno stile di vita, nel quale si tende a rinnegare la realtà e la vita stessa ignorando i bisogni somatici e il corpo.

³² Marinelli, S. (2004). *Il gruppo e l’anoressia*. Milano: Raffaello Cortina. pp. 9-10.

³³ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapia, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. P. 27.

Ciascuna privazione messa in atto dall'individuo che soffre di un disturbo del comportamento alimentare rappresenta una lotta contro il bisogno di legarsi, di amore, di dipendere, di alimentarsi e un tentativo di controllare o negare il vuoto.

Vivere scegliendo di annullare il desiderio e il bisogno del contatto e del nutrimento avviene in presenza di situazioni gravi, dove ad un certo punto dello sviluppo, questa strada sembra la sola percorribile per evitare la disgregazione di sé.

L'appartenenza ad un gruppo rende, il desiderio nascosto di costruire legami, un'illusione "di appartenenza eterna a un popolo specializzato: e questa concezione aiuta a predisporre un apparato conoscitivo e terapeutico"³⁴.

Dal lavoro di Marinelli con gruppi formati da pazienti anoressiche è emerso quanto il bisogno di attaccamento sia forte tanto da portare le pazienti a sognare a catena gli stessi sogni, inoltre ricercano elementi del gruppo come nomi, racconti e oggetti anche nella vita quotidiana, per evitare che vi siano fratture nel legame.

L'emozione di aver trovato un'appartenenza ad un popolo specializzato, unita al legame che si costruisce con il terapeuta incentiva amore e solidarietà, spostando l'attenzione dei membri del gruppo verso una ricerca comune finalizzata all'elaborazione di sentimenti di vergogna, rifiuto e solitudine. Per giungere infine alla consapevolezza che il tempo esiste e non è infinito, così come esiste la perdita ma è possibile darle una forma e un senso.

Questo percorso psicoterapeutico volto ad una maggiore consapevolezza di Sé è reso possibile anche dalla funzione di contenitore emotivo ma anche fisico svolto dal gruppo. In particolare, nel caso di gruppi con pazienti anoressici, la dimensione corporea diviene un elemento di grande importanza, in quanto "l'ammalarsi fisico è considerato l'estremo confine dell'esistenza soggettiva, della sua possibilità di rappresentarsi ed esprimersi nonché di mantenere una propria autonomia e separatezza rispetto a un mondo primario invasivo, fusionale e traumatico"³⁵.

Il corpo, così come il gruppo, può essere considerato come un contenitore stabile e strutturato in maniera continua anche se composto da parti diverse, ognuna delle quali con un proprio funzionamento, queste appartengono a un tutto omogeneo capace di esprimere informazioni e comunicare eventuali conflitti con l'ambiente esterno.

³⁴ Marinelli, S. (2004). *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina. pp. 5-15.

³⁵ McDougall, J. (1990). *Teatri del corpo*. Milano: Raffaello Cortina, Milano. In Marinelli, S. (2004). *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina. P. 45.

Questa capacità di scambio messa in atto attraverso il corpo si amplifica nei contesti gruppi, in quanto è possibile scambiare materiale con l'ambiente e con gli altri corpi al fine di attuare strategie e soluzioni per attenuare i conflitti personali.

L'analista dovrebbe essere in condizione di “significare, ricostruire o co-costruire l'unità psicosomatica oscillando tra il sapere sul corpo e il sapere del corpo”³⁶

Nelle prime fasi il gruppo fornisce aiuto alle sofferenze situate tra il versante psichico e somatico, connesse ai disordini del Sé, successivamente in fase più avanzate del lavoro terapeutico è possibile immaginare che in fasi avanzate del lavoro di gruppo l'omogeneità lasci spazio all'eterogeneità, in quanto tenderebbe a esaurire il suo compito dopo le prime trasformazioni del sintomo anoressico.

2.2.3 La terapia familiare

I disturbi del comportamento alimentare sono una delle patologie d'elezione per la terapia familiare per via del loro essere egosintonici coloro che soffrono di questi disturbi difficilmente si rivolgono spontaneamente agli psicoterapeuti in quanto tendono a nascondere il sintomo. Frequentemente accade che siano i familiari, preoccupati per le condizioni di salute dei loro cari, a fare pressione affinché il soggetto in questione intraprenda un percorso di cura e sostegno.

Nonostante la presa in carico psicologica dei pazienti, non è raro che questi siano restii a lavorare su sé stessi perché la motivazione che li ha spinti in terapia non è intrinseca e di conseguenza i trattamenti familiari sono risultati particolarmente efficaci, specialmente nel periodo della preadolescenza e adolescenza tanto da essere consigliati come terapia dalle linee guide del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2004). Tuttavia questa tipologia di terapia presenta alcuni limiti: il primo tra tutti è che non è sempre facile per il terapeuta stabilire un contatto con la famiglia di origine del paziente in quanto molte di queste non sono favorevoli ad essere coinvolte in un trattamento terapeutico, i drop out sono frequenti e l'alleanza terapeutica deve essere instaurata non solo con il paziente ma con tutti i familiari.

Nonostante le possibili difficoltà che possono presentarsi durante il percorso di cura, la terapia familiare viene particolarmente utilizzata nei casi di anoressia nervosa e bulimia nervosa.

³⁶ Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. P. 27.

Secondo Marinelli (2004) la manifestazione del sintomo anoressico di un unico individuo rappresenta un sintomo del suo gruppo di appartenenza e del legame con questo.

Per questo motivo è necessario che l'analista presti attenzione all'esperienza traumatica all'origine della posizione anoressica e che dia importanza al gruppo primario dei pazienti.

Un tema ricorrente che emerge durante l'analisi con individui anoressici è quello dell'identità, in particolare è possibile evidenziare un "mancato sviluppo dei processi identificativi e di individuazione di sé"³⁷.

Un importante filone di studi, che ha fornito una prospettiva multidimensionale nell'approccio ai pazienti anoressici, è la psicoanalisi familiare.

Essa considera il paziente come "portatore di oggetti familiari incapsulati e incapsulanti", che rispecchiano sia il rapporto della coppia genitoriale sia il conflitto transgenerazionale tramandato nel tempo, i quali hanno impedito lo sviluppo del vero Sé per l'individuo.

Il gruppo familiare può adottare delle difese per proteggersi da una tradizione caratterizzata da elementi psichici che generano terrore e solitudine tramite l'inclusione in questa stessa tradizione e la sua conservazione.

Spesso i membri di un gruppo, sia quello familiare così come quello sociale, che appaiono più deboli sono in realtà quelli più "sintonici e corresponsivi"³⁵ portando all'esterno il sintomo proprio dell'intero sistema gruppale.

Da alcuni studi sulle famiglie con sintomi anoressici e bulimici è emerso come queste condividano un certo numero di esperienze come "una relazione primaria materna deprivante o invasiva, con una fissazione funzionale pre-ambivalente che nega l'accesso alla separabilità e al padre, e una condivisione soggiacente di mancato sviluppo, a causa della freddezza e della depressione della madre, oppure della sua debolezza"³⁵, immaturità (Dillon-Weston, 2004) e della sua iperprotettività (Ripa Di Meana, 1995).

Inoltre, è spesso presente un legame abusante o tendente all'abuso con un padre confuso o assente.

I sintomi che emergono sono pressoché sempre gli stessi ovvero la fobia del grasso o la sua iperproduzione concreta (Marinelli, 2004) all'interno di contesti familiari dove la coppia genitoriale ha una tendenza particolarmente conflittuale e ostile (Norsa, Seganti, 1993) e di conseguenza non vi è spazio per la comunicazione e per la coalizione di una terza persona all'interno della relazione.

³⁷ Marinelli, S. (2004). *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina. P.57; P.73.

La sessualità può essere da una parte o negata o enfatizzata fino all'estasi, con tendenze narcisistiche e un'idealizzazione della trasgressione.

Questa organizzazione di personalità è sostenuta da meccanismi di difesa altamente disadattivi come la scissione e la negazione (Marinelli, 2004), le quali crollano nel periodo adolescenziale nel quale avviene la costruzione identitaria della vita adulta e sociale.

Ad oggi le ricerche in questo campo mostrano una correlazione significativa tra l'assetto di personalità di un paziente con specifici sintomi e una certa tipologia di famiglia.

Il lavoro deve essere svolto su tre poli, tenendo in considerazione i meccanismi personali di difesa che il singolo individuo mette in atto per proteggersi dalla sofferenza, proprio per questo nei disturbi del comportamento alimentare è possibile trovare famiglie con funzionamenti molto diversi così come pazienti con personalità che spaziano dal dipendente al narcisistico.

Lo stabilizzarsi dei meccanismi difensivi ha origine da diversi fattori, ed è difficile individuare una causa univoca, sicuramente giocano un ruolo determinante la cultura e la storia in cui queste persone sono inserite.

I collegamenti alla base della "triplice polarità sintomi-persona-famiglia"³⁸ sono l'oggetto del lavoro clinico in particolare è importante la relazione famiglia e personalità individuale per indagare come l'individuo elabora l'esperienza primaria e nei casi in cui questa si sia rivelata disfunzionale quali meccanismi difensivi utilizza per proteggersi.

L'altra relazione che necessita di essere portata all'attenzione clinica è quella tra la persona e il sintomo, il quale si rivela spesso essere coerente con la struttura difensiva dell'individuo (Miller, 1981). È possibile che la persona attribuisca all'anoressia il compito di esprimere il proprio sentimento di disvalore e sentendo di aver fallito nelle relazioni interpersonali cerca di compensare questa mancanza di potere, nei confronti dell'ambiente circostante, attraverso il controllo del proprio corpo.

Lavorare insieme alle famiglie porta frequentemente alla scoperta di una storia personale dei genitori molto dolorosa che può cogliere impreparati i terapeuti, quanto i figli, questo produce un effetto che viene definito da Palazzoli come "sinergico", in quanto da una parte vengono confermate le percezioni riguardo ai danni nello sviluppo del paziente ma

³⁸ Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina. P. 91.

dall'altro lato la rabbia verso le mancanze subite viene mitigata dalla compassione per il passato difficile dei genitori.

Il compito del terapeuta è quello di comprendere ovvero “prendere dentro di sé” i vissuti personali e il funzionamento psichico di ciascun membro della famiglia.

L'obiettivo del trattamento familiare di pazienti anoressiche o bulimiche è quello di aiutarle a divenire consapevoli della propria storia personale e di identificare i propri bisogni, inoltre condurle verso un'apertura all'espressione della propria sofferenza non più attraverso il sintomo ma sviluppando un'interazione con le figure di riferimento della sua vita.

Questo obiettivo va orientato a seconda del quadro psicopatologico del singolo individuo, come visto nel primo capitolo sulle caratteristiche generali dei disturbi del comportamento alimentare, questi spesso sono correlati ad altri disturbi di natura psichica e necessitano quindi di un trattamento differente. Nel caso di un paziente narcisistico il focus della terapia sarà quello di ridurre la sfiducia verso gli altri, in particolare facendo riferimento ai *caregivers*.

In particolare l'obiettivo di lavoro per adolescenti con DCA è quello “di combattere il senso profondo di disvalore della paziente”³⁹ partendo dalla costruzione di un'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta per arrivare poi ad aiutare i familiari a compire un “movimento empatico”³⁷ verso la persona cara.

Gli obiettivi del trattamento per i familiari invece vertono sul legame con la madre, che risulta essere centrale in tutte le pazienti, in quanto questo rapporto è il “luogo primigenio della formazione del Sé”³⁷ e in questi casi appare disturbato.

Il cambiamento che si auspica da parte della figura materna è quello di una maggiore presa di consapevolezza del Sé e della figlia, mentre agli altri familiari è richiesto un supporto per agevolare questo cambiamento. Nel caso in cui ci siano fratelli o sorelle l'obiettivo di lavoro è quello di far evolvere la relazione dalla ricerca continua di competizione ad un atteggiamento solidale.

Riassumendo, secondo Selvini Palazzoli, il percorso di cura deve partire da una prima analisi delle caratteristiche della paziente e l'analisi dei rapporti diadici che ha mantenuto fino a quel momento, per passare successivamente all'analisi dei singoli genitori e della storia familiare. Risulta importante sottolineare che questo schema non è fisso ma si

³⁹ Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina. pp. 96-98.

articola in modi differenti a seconda delle esigenze dei singoli casi e per ogni famiglia verrà scelto il percorso terapeutico più adeguato.

Il trattamento inizia da una prima fase di contatto solitamente telefonico riguardo nella quale si scambiano le prime informazioni generali riguardo alle richieste portate dai pazienti e la spiegazione dell'approccio in cui si esplicita la necessità di collaborazione da parte dei familiari.

Così come accade nella formazione di un gruppo clinico anche in questo contesto terapeutico è necessario svolgere dei colloqui preliminari di preparazione per facilitare la comunicazione e favorire la collaborazione della famiglia.

A differenza del lavoro terapeutico in cui avvengono le sedute familiari, i colloqui preliminari non sono svolti da un'équipe, ma da un solo terapeuta. Dove in un primo momento l'obiettivo è quello di comprendere le caratteristiche generali del problema in modo da ottenere una prima descrizione e solo successivamente il clinico giungerà ad una definizione del disagio psichico che va condivisa con le famiglie.

Questo primo momento di restituzione da parte del clinico verso il paziente e i suoi familiari assume un ruolo molto importante, in quanto spesso questi ultimi giungono in terapia negando l'esistenza del problema psicologico associando il dimagrimento ad una causa esclusivamente biologica. Si giunge infine alle sedute di consultazione familiare che vengono svolte in équipe, le quali avranno una durata che varia dalle tre alle sei sedute.

Questa fase del trattamento pone due obiettivi principali: "da un lato quello di formulare, lavorando con la famiglia al completo, un'ipotesi relativamente precisa e articolata [...] circa le principali ragioni di sofferenza della paziente"⁴⁰ e dall'altro indagare quali siano le risorse disponibili della paziente stessa e della sua cerchia familiare in modo da poter lavorare in direzione di un cambiamento permanente.

In conclusione, l'approccio familiare è spesso utilizzato in quanto supera dei limiti che possono presentarsi nella psicoterapia individuale. Il primo vantaggio che il terapeuta familiare possiede è quello di potersi confrontare sui diversi casi trattati con altri colleghi lavorando in équipe, in secondo luogo lavorare insieme ad altre persone fa percepire di meno alla paziente il peso del cambiamento, il quale viene condiviso con altre persone a lei vicine.

⁴⁰ Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina. P. 112.

Infine con questa tipologia di trattamento viene data ai genitori la possibilità di prendere consapevolezza dei propri errori durante lo sviluppo del figlio e poter rimediare a questi.

2.2.4 Lo psicodramma

La teoria e tecnica psicodrammatica fu ideata da Jacob Levi Moreno a Vienna negli anni Venti del XX secolo fondando il Teatro della Spontaneità.

Il termine psicodramma deriva dal greco *psichè* che significa anima, soffio vitale e da *drama* che significa azione. Indica quindi un metodo svolto in gruppo che consente di esplorare la realtà psichica e le relazioni interpersonali attraverso l'azione e la messa in scena teatrale.

Per lo psichiatra romeno la sofferenza psichica deriva dalla coartazione della creatività e della spontaneità e le dimensioni esaltate dallo psicodramma costituiscono il principale fattore terapeutico.

Il culmine dell'azione terapeutica è definito da Moreno con il termine "catarsi", il quale indica la liberazione attraverso la messa in scena, dalle costrizioni e dai condizionamenti che impediscono di vivere relazioni autentiche.

Lo spazio di azione permette a ciascun partecipante di sviluppare le proprie risorse e rielaborare i propri vissuti personali tramite le diverse tecniche terapeutiche che costituiscono questa metodologia d'azione come: l'inversione del ruolo, lo specchio, il doppio e il soliloquio.

In Italia vi sono ancora oggi poche testimonianze sull'utilizzo dello psicodramma con pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare.

Per questo motivo le psicoterapeute Valeria Alliod e Cristina Testa hanno cercato di comprendere meglio l'utilizzo dello psicodramma all'interno del Centro per i DCA della città di Aosta avviando un progetto di ricerca creando un gruppo di psicodramma analitico individuativo.

L'approccio di questo Centro verso i pazienti che ne fanno parte è di tipo interdisciplinare, ovvero costituito da diverse aree mediche che collaborano tra loro come l'area nutrizionale, quella psicologica e quella medica.

In questo caso le pazienti effettuano una terapia sia individuale accompagnata successivamente da quella in gruppo.

Il gruppo di psicodramma nasce “come un’esperienza differente che può integrarsi agli strumenti di cura [...] e volto a stimolare l’utilizzo di canali differenti”⁴¹ come l’espressività simbolica in pazienti caratterizzati da una forte dimensione di controllo e razionalizzazione nell’approccio alla realtà.

Alliod e Testa partirono dalla loro ipotesi secondo cui lo psicodramma sarebbe uno strumento utile nella cura dei DCA per ragioni che riguardano sia il setting che la metodologia.

La dimensione corporea, infatti, risulta essere una tematica centrale nei disturbi del comportamento alimentare e lo psicodramma favorendo l’espressione del linguaggio non verbale e corporeo favorisce il racconto della propria storia personale diminuendo progressivamente l’importanza attribuita al sintomo da parte dei pazienti.

Secondo Motrassino (2005) lo psicodramma ha il compito di stimolare diverse funzioni della personalità risultando in questo modo un metodo efficace nel superamento delle resistenze allontanando i soggetti dalle razionalizzazioni e dall’intellettualizzazione.

Un’altra dimensione attivata dallo psicodramma è quella Immaginale (Gasca, 1993), la sua attivazione ha il compito di controbilanciare le razionalizzazioni tipiche dei pazienti con DCA.

Alcuni aspetti caratterizzanti dei disturbi del comportamento alimentare sono risultati affrontabili tramite lo psicodramma messo in atto nel Centro di Aosta, tra questi troviamo: l’esperienza con il corpo, la possibilità di lavorare sul sintomo e sui suoi significati e l’analisi della dimensione familiare e transgenerazionale che, come si è potuto vedere nel paragrafo sulla “terapia familiare”, ricopre un ruolo centrale nell’esordio e nello sviluppo di questa patologia.

All’interno del gruppo si attivano diverse relazioni come la competizione, il senso di insicurezza, il bisogno di ricevere attenzioni e di controllo, la paura del giudizio, tutti questi aspetti sono tipici di pazienti con DCA e sottostanti il sintomo.

Il gruppo, facendo riferimento all’esperienza delle due psicoterapeute sopra citate, attiva dimensioni che difficilmente emergono nella terapia individuale tra cui l’aggressività.

Questa dimensione risulta essere negata, non legittimata e proiettata sull’altro, emergono anche vissuti di paura quando tramite l’azione scenica dello psicodramma viene impersonata da un altro membro del gruppo.

⁴¹ Gasca G., Stradella L., (2009). *Giochi del corpo e delle emozioni nello psicodramma analitico*, Bergamo, Moretti&Vitali. P. 157.

Questa rabbia viene spesso diretta verso i nuovi arrivati ed è una proiezione delle proprie difficoltà non accolte e delle aspettative su di sé.

Inoltre compare spesso la rabbia legata all'abbandono da parte di chi lascia il gruppo, questo deve essere il più possibile evitato da parte del conduttore verificando l'idoneità al gruppo tramite colloqui preparatori, in quanto un membro che si allontana suscita sempre sentimenti negativi per i partecipanti che rimangono.

Per far fronte alla resistenza verso il nuovo, nello psicodramma è possibile mettere in scena dei momenti in cui sono presenti i nuovi partecipanti e tramite gli scambi di ruolo è possibile favorire un contatto ravvicinato con le proprie difficoltà e potersi in questo modo vedere da un'ottica differente.

Moreno (1987) afferma che “lo psicodramma è un metodo di educazione all'autocontrollo quanto un metodo di espressione libera” e per questo Carrirolo (1999) sostiene che tramite l'azione scenica è possibile lavorare su aspetti di impulsività in riferimento ad aspetti di controllo e distruttività, tramite la libera associazione.

Nei disturbi del comportamento alimentare il sintomo ha una “forte valenza identitaria e satura la personalità, impoverendola e irrigidendola in meccanismi ripetitivi e bloccanti. Il lavoro con lo psicodramma ha come obiettivo la riscoperta degli aspetti di sé e la conoscenza della relazione fra le varie parti”⁴².

L'obiettivo dello psicodramma con pazienti che soffrono di DCA è quello di aprire la possibilità a spazi di creatività e progettualità riuscendo a trovare nuove risposte meno disfunzionali per affrontare le situazioni anche al di fuori del gruppo.

Nello psicodramma “si creano connessioni fra il sintomo e storia personale e familiare, nella ricerca di contatto con la propria famiglia interna”³⁹ e attraverso la messa in scena è possibile assegnare al sintomo nuovi significati recuperando le matrici familiari in cui si è innestato.

Le scene riguardano aspetti quotidiani della vita familiare di ciascun individuo finalizzate alla messa in evidenza delle dinamiche disfunzionali sottostanti la patologia cercando di sviluppare maggiore consapevolezza nei pazienti.

Secondo Zizzo (2002) “la ricostruzione storica consente di comprendere il modo in cui certi ruoli e certe dinamiche si sono cristallizzate in quanto vengono inserite in continuità con quella dei genitori e prima ancora dei nonni.”³⁹.

⁴² Gasca, G., Stradella, L. (2009). *Giochi del corpo e delle emozioni nello psicodramma analitico*. Bergamo: Moretti & Vitali. pp. 165-172.

Il soggetto attraverso il percorso terapeutico impara a distinguere il suo ruolo da quello dalla famiglia per riuscire a differenziarsi.

Infatti nei DCA è comune trovare aspetti di dipendenza, in particolare una difficoltà degli individui nel costruire “un Io autonomo e maturo”³⁹, il lavoro di gruppo ha quindi il compito di portare i pazienti da una iniziale ricerca di uguaglianza riconoscimento della diversità favorendo un Io autonomo.

Infine nei momenti conclusivi del percorso di gruppo i saluti e le separazioni riattivano in ognuno le esperienze di abbandono vissute al tempo stesso però ciascun membro del gruppo si porterà dietro una parte del patrimonio acquisita nel percorso insieme agli altri e le tracce del passato si andranno ad unire con quelle del presente per divenire parte del domani.

2.2.5 La danzamentoterapia

Riprendendo il modello di un gruppo di psicodramma junghiano, questo può essere affiancato ad un'altra tipologia di gruppo: quello di danzaterapia, l'integrazione tra questi due modelli si è rivelata particolarmente efficace. Facendo riferimento all'esperienza di conduzione di gruppi di psicodramma junghiano di Maurizio Gasseau integrata con sessioni di danzaterapia, i partecipanti si sentivano “pronti a drammatizzare in qualità di protagonisti vissuti, ricordi antichi e immaginazioni attive emerse nell'esperienza di danzaterapia”⁴³ e nelle sedute successive potevano elaborare le tensioni con il movimento, l'azione e i passi di danza suscitavano l'immaginazione attiva.

Il lavoro della danzaterapia e del movimento libero del corpo sopperisce inoltre alla mancanza dello psicodramma junghiano di non essere una terapia corporea, in quanto “tratta delle sofferenze e psicosomatizzazioni vissute nel corpo”⁴⁰ ma non lavora direttamente su quest'ultimo, come invece accade nella danzaterapia liberando così emozioni e riattivando ricordi molto antichi.

Le origini della danza sono molto antiche ed è possibile riconoscere in ogni civiltà dei movimenti corporei che accompagnano alcuni riti, che permettevano di esprimere le emozioni e l'immaginazione.

Carl Gustav Jung nutriva un forte interesse per le arti espressive e sosteneva la possibilità di passare fluidamente da rappresentazioni psicodrammatiche a sedute di danzaterapia, in

⁴³ Gasca, G., Stradella, L. (2009). *Giochi del corpo e delle emozioni nello psicodramma analitico*. Bergamo: Moretti & Vitali. pp. 58-61.

quanto “lo psicodramma junghiano e la danzaterapia sono ricchi dei frutti di uno strumento terapeutico, l’immaginazione attiva, che sviluppa un ponte tra l’inconscio e il conscio e partecipa alla percezione integrata corpo-psiche nella sua unità”⁴⁰.

Queste forme di terapia sono particolarmente efficaci quando si considera la sofferenza mentale, dove la mente e il corpo tendono a scindersi, questi due approcci cercano di ristabilire una connessione dinamica relazionale tra questi due elementi contribuendo alla costruzione della “percezione di identità in un sistema bio-psichico-sociale integrato”⁴⁰.

Tutta l’esperienza umana è caratterizzata da gruppaltà, corporeità e ritualità, l’uomo infatti si relaziona e abita il mondo con il corpo. La danzamovimentoterapia può quindi essere considerata come “una via per attualizzare sempre nuovi rituali di passaggio, giocati nella dialettica tra codici motori transpersonali e la progressivamente autonoma creazione di un inedito espressivo”⁴⁴.

L’esperienza della danzamovimentoterapia è intrinsecamente grupppale e l’intera esistenza umana può essere concepita solo in relazione con l’Altro, per questo motivo le arti espressive sono ormai interventi integrati all’interno di strutture psichiatriche e di salute mentale.

Focalizzando ora l’attenzione sui disturbi del comportamento alimentare, nei quali la dimensione corporea è centrale per i pazienti e dev’essere tenuta in considerazione dai terapeuti che se ne occupano, il ricorso alla danzamovimentoterapia per il loro trattamento è ormai da tempo al centro di un ampio dibattito.

Nel caso delle pazienti che soffrono di anoressia nervosa appaiono apparentemente adeguate sul piano cognitivo ma altamente disfunzionali su quello corporeo e il ricorso alla danzamovimentoterapia attiva in queste pazienti dei processi psicodinamici che generano “una nuova esperienza di sé a livello del simbolismo corporeo”⁴⁵.

I partecipanti a questi gruppi di terapie espressive partono da un’iniziale esigenza di rispecchiamento e identificazione reciproca tra i pazienti, così “se il corpo è *topos* del sintomo anoressico-bulimico e luogo del tentativo sintomatico di autoguarigione, un intervento a mediazione corporea si pone come isomorfo, e quindi facilitante l’ingaggio relazionale”⁴², tuttavia andando a toccare i nuclei del disturbo può evocare angosce e resistenze.

⁴⁴ Ancona, G., Bellia, V. (2000). *Danzare le origini. Elementi di danzamovimentoterapia espressiva*. Roma: Edizioni scientifiche Magi. pp. 71-140.

⁴⁵ Bellia, V. (2008). *Dove danzavano gli sciamani. Il setting nei gruppi di danzamovimentoterapia*. Milano: FrancoAngeli. pp. 254-256.

Ad ogni modo è importante sottolineare che in ogni corpo, anche in quello più danneggiato, c'è un nucleo sano di percezione di sé e per questo motivo è possibile ricorrere alla danzamentoterapia, la quale “costituisce per gli utenti una via alla riappropriazione di abilità personali e sociali, all'organica riconnessione con le proprie dimensioni e contesti di vita”⁴¹.

Capitolo 3: Efficacia e limiti della terapia di gruppo

L'approccio terapeutico in gruppo per il trattamento della salute mentale e in particolare, come presentato all'interno del secondo capitolo, per la cura dei disturbi del comportamento alimentare è sempre più integrato all'interno della pratica clinica, per via dell'ottimo rapporto costi/benefici che lo rende una risorsa importante per il sistema sanitario.

La ricerca empirica ha dimostrato l'efficacia dei trattamenti di gruppo in modo attendibile, tuttavia, non sono stati studiati in modo sistematico i processi e i fattori terapeutici che producono un miglioramento clinico come invece è stato fatto per la terapia individuale.

Sebbene i due metodi siano caratterizzati da aspetti processuali differenti, la ricerca in psicoterapia ha dimostrato che è possibile predire un esito positivo del trattamento se si analizza il legame terapeutico, che nel caso del trattamento in gruppo va studiato nella sua complessità. Infatti, il singolo paziente costruisce una relazione con tutti i membri all'interno del gruppo e non solo con il terapeuta e il legame relazionale che emerge è dato dall'insieme di interazioni tra paziente e terapeuta, tra paziente e un altro partecipante e tra pazienti e il gruppo nel suo insieme.

Per comprendere quali risultati siano ottenibili dai pazienti nei trattamenti in gruppo è importante partire dall'analisi di pazienti "reali" e di terapie "reali", che si strutturano nella pratica comune e non andare a riprodurre questa struttura terapeutica all'interno di contesti troppo rigidi e controllati.

La ricerca sui gruppi si divide in due filoni di studio: quelli che analizzano l'efficacia del trattamento e quelli che si concentrano sui meccanismi predittivi del cambiamento all'interno del gruppo.

Un modello che tenta di descrivere quali sono gli elementi costitutivi della terapia in gruppo e che possono portare ad un miglioramento della condizione di salute del paziente è quello elaborato da Burlingame, MacKenzie e Strauss denominato l'*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (2004). Questi autori hanno individuato cinque aree che possono avere un ruolo nell'auspicabile miglioramento di un trattamento in gruppo. La prima area riguarda l'efficacia generale di alcuni trattamenti in gruppo, la seconda prende in considerazione i processi che caratterizzano il piccolo gruppo, la terza componente descrive le caratteristiche specifiche del conduttore in relazione agli esiti terapeutici del trattamento, la quarta variabile invece si concentra sul paziente e i suoi

tratti caratteristici ed infine l'ultima area per la comprensione dell'efficacia della dimensione grupale è rappresentata dalla struttura del gruppo.

Questo modello, parte dal presupposto che la terapia di gruppo sia efficace, e sostiene che il cambiamento nei pazienti che aderiscono alla dimensione grupale sia il frutto dell'interazione tra le cinque aree sopra descritte che si intersecano fra loro e si modificano nel corso del tempo.

Tuttavia, risulta importante fare una distinzione tra "l'efficacia" e "l'efficienza" delle psicoterapie come evidenziato all'interno del lavoro di Seligman (1995). Misurare l'efficacia di una terapia significa farlo sotto rigide condizioni, in un setting controllato come un laboratorio, con gruppi di controllo per verificare i risultati e una metodologia standardizzata che permette di stabilire un rapporto causa-effetto tra il miglioramento dei soggetti coinvolti nell'analisi e il trattamento terapeutico. Gli studi sull'efficienza clinica al contrario misurano l'esito di una terapia in un contesto reale e non sotto rigide condizioni standardizzate, posseggono quindi una validità esterna che esplicita la buona riuscita di un trattamento in contesti clinici reali.

Gli studi sulla psicoterapia di gruppo iniziano ad acquisire rilevanza scientifica, grazie anche all'utilizzo di pratiche metodologiche, a partire dagli anni Settanta e nel corso del tempo sono state pubblicate diverse rassegne sul tema che ne dimostravano l'efficacia clinica anche nel campo della ricerca sui disturbi del comportamento alimentare. Un esempio sono gli studi di Lorentzen pubblicati nel 2006 sull'esito delle terapie psicodinamiche e gruppo-analitiche, svolti attraverso una ricerca nei database *MEDLINE* e *PsychINFO*, relativi a trattamenti in gruppo con pazienti che soffrono di bulimia nervosa. Da questi studi è emersa la presenza di elementi caratteristici che differenziano la terapia a breve termine, maggiormente studiata, da quella a lungo termine.

Affrontando il tema sui possibili esiti della terapia in gruppo la ricerca concorda su alcuni costrutti alla base della relazione terapeutica, che risultano essere strettamente correlati con il processo di miglioramento dei pazienti tra questi è possibile citare: il clima emotivo di gruppo, l'alleanza terapeutica nella sua complessità e la coesione di gruppo. Tali costrutti sono stati studiati dai ricercatori tramite diversi strumenti come la *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath, Greenberg, 1989), il *Therapeutic Factors Inventory* (Lese, MacNair-Semands, 2000) o la *Cohesion Subscale of Therapeutic Factors Scale* (Yalom, 1995).

Proprio Yalom (1995) individua tra gli elementi centrali del gruppo terapeutico la coesione di gruppo, sviluppando anche una scala Likert per la misurazione di questo

costruito, basandosi sulle relazioni tra membri dello stesso gruppo e tra un singolo paziente e il conduttore o tra due conduttori se presenti. La coesione di gruppo è ritenuta un elemento fondamentale, in quanto risulta essere uno dei costrutti maggiormente predittivi per un esito positivo del trattamento e più in generale la presenza di un buon clima emotivo ed empatico tra i membri del gruppo e il loro conduttore sono indicatori favorevoli alla buona riuscita dell'intervento terapeutico.

Nonostante ciò, rimane ancora aperta la questione sul come misurare da un punto di vista metodologico questo costrutto in quanto lo strumento più utilizzato dagli studi sul tema è il *self-report*, il quale essendo compilato dal paziente può produrre una distorsione nei risultati dovuta alle variabili personologiche del singolo individuo. Una valida alternativa è costituita dall'analizzare le narrazioni di tutti i pazienti trascritte durante le sedute, come è stato fatto da Mergenthaler (2005) in una ricerca svolta analizzando la trascrizione di una seduta di un gruppo psicodinamico con pazienti con disturbo del comportamento alimentare (Lepper, Mergenthaler, 2005).

Il seguente capitolo andrà a descrivere quali evidenze sono emerse dai diversi studi sul campo della psicoterapia in gruppo, in relazione ai miglioramenti che si presentano nei pazienti che intraprendono questo tipo di trattamento. Dall'altra parte verranno prese in considerazione le difficoltà che si possono presentare in questi contesti terapeutici nello specifico in relazione ai limiti della ricerca riscontrabili ancora oggi e alle sfide per il futuro.

In ultimo, verrà descritta una nuova prospettiva terapeutica, che si sta sempre più diffondendo all'interno dei contesti clinici di cura, la Mindfulness. Facendo particolare riferimento ai disturbi del comportamento alimentare che sono stati il filo conduttore del presente elaborato.

3.1 L'efficacia del trattamento di gruppo

Definire l'efficacia del lavoro di gruppo ha rappresentato una sfida per i ricercatori, e in parte lo è ancora tutt'ora, in quanto la maggioranza degli studi si sono concentrati sull'analisi della psicoterapia individuale.

Nonostante siano state definite ampie categorie di fattori che possono andare ad interagire positivamente tra loro al fine di raggiungere un buon esito del trattamento terapeutico, riuscire a valutarne l'efficacia è complicato per l'apparente numero infinito di combinazioni che ci possono essere tra questi elementi caratteristici del setting di gruppo. Una delle modalità che si è rilevata più semplice ed efficace nel perseguire questo

obiettivo è stata quella di verificare l'efficacia del lavoro di gruppo facendo riferimento al particolare tipo di patologia presentata dai pazienti appartenenti ad una determinata popolazione.

Facendo riferimento ai disturbi del comportamento alimentare, è stata condotta in particolare una ricerca sulla terapia di gruppo per la bulimia nervosa mostra un *effect-size* significativo che varia da .75 a .93 (Fettes, Peters, 1992), tuttavia i maggiori risultati positivi per i pazienti sono arrivati quando la terapia di gruppo è stata integrata con altre forme di trattamento come quella individuale o la farmacoterapia. In alcuni studi degli anni Novanta (Peterson et al., 1998; Davis et al., 1997; Mitchell et al. 1993) sono stati trovati ottimi risultati andando a confermare l'efficacia della terapia in gruppo per il trattamento della bulimia nervosa.

La ricerca sul processo della psicoterapia di gruppo si è concentrata in prevalenza sull'analisi dei piccoli gruppi, in quanto presentano caratteristiche uniche e specifiche che interagiscono all'interno di questo setting, con un impatto talvolta positivo e talvolta negativo sul cambiamento individuale di un paziente.

Per una migliore comprensione dei fattori che possono contribuire ad un cambiamento delle condizioni di salute di un membro del gruppo, è necessario fare riferimento a degli strumenti standardizzati dal punto di vista psicometrico come il Questionario sui fattori terapeutici (*Therapeutic Factors Inventory, TFI*) sviluppato da Lese e MacNair-Semands (2000). "Questo strumento è stato elaborato per valutare tutti i fattori terapeutici di Yalom e ne rappresenta la base empirica"⁴⁶.

L'efficacia terapeutica in gruppo per differenti tipi di disturbi è stata dimostrata empiricamente da vari studi, analizzando i fattori terapeutici e come questi interagiscono tra loro. Tra questi è importante citare il clima di gruppo e la coesione, che come già citato precedentemente sembra avere un effetto positivo sull'esito della terapia. Un terzo fattore determinante per il cambiamento è la qualità dell'alleanza, valutata tra i membri e il conduttore, contribuisce ad un aumento dell'autostima fungendo da supporto per i pazienti più fragili e motivandoli a continuare il trattamento. Diversi studi hanno infine mostrato una correlazione positiva tra alleanza ed empatia, quest'ultima, definita come la capacità di porsi in maniera immediata nella situazione di un'altra persona, è un costrutto considerato dai teorici psicodinamici alla base della costruzione della relazione

⁴⁶ Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. P. 74.

terapeutica. Sebbene non ci siano studi che dimostrino una correlazione diretta tra empatia ed efficacia, esistono ricerche presentate che presentano delle conseguenze altamente negative quando vi è un fallimento dell'empatia.

Si può quindi concludere, sulla base dei risultati forniti da diversi studi, che i differenti costrutti che caratterizzano il gruppo hanno effetti sull'esito del trattamento; tuttavia, l'analisi di questi fattori presenta un problema nell'identificare in modo preciso i rapporti causa-effetto tra i diversi elementi essendo tutti presenti all'interno del gruppo.

I processi e gli esiti dei trattamenti in gruppo non sono solo stati analizzati dal punto di vista dei fattori terapeutici ma la ricerca varia molto in base al Paese in cui è stata condotta. Prenderemo ora in esame il caso dell'Italia dove il gruppo è uno strumento di cura sempre più utilizzato all'interno dei contesti clinici, in particolar modo per via del suo conveniente rapporto tra costi e benefici, rappresentando una risorsa importante nei servizi pubblici dove i fondi economici sono spesso limitati ma la richiesta di cura è piuttosto elevata.

“In Italia la ricerca sui gruppi terapeutici ha riservato maggiore attenzione all'analisi del processo piuttosto che alla verifica dell'esito terapeutico”⁴⁷, così come troviamo molte più ricerche sui trattamenti lunga o media durata, questo perché nonostante siano costosi si sono rivelati particolarmente efficaci nel produrre risultati stabili e a lungo termine.

Come in molti altri contesti a livello internazionale anche in Italia lo stile di conduzione del terapeuta in gruppo è stato posto al centro di numerose ricerche ed è stato inoltre sviluppato uno strumento di misura per l'analisi empirica dei trattamenti gruppali denominato Codice di analisi dello stile del campo terapeutico (SCaT, Pontalti, 1996,1998). Questo strumento di misura è stato utilizzato anche in uno studio che aveva come obiettivo quello di confrontare lo stile di conduzione di uno stesso terapeuta all'interno di due contesti differenti: un gruppo a breve termine con pazienti affetti da retinite pigmentosa e l'altro a lungo termine con pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Lo Coco, Prestano, Lo Verso, 2004). I risultati hanno evidenziato uno stile di conduzione differente nei due setting. Infatti, nel gruppo di pazienti con DCA lo stile di conduzione non rimane stabile lungo il tempo, come nel caso del primo gruppo, ma tende a prediligere man mano degli interventi più interpretativi volti alla presa di una maggiore consapevolezza di sé. Inoltre, secondo queste analisi all'interno di gruppi composti da

⁴⁷ Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. P. 119.

pazienti con disturbi del comportamento alimentare la terapia stimola l'espressione delle emozioni confermandosi un dispositivo di cura efficace per questo tipo di disturbi.

La ricerca sull'efficacia dei trattamenti per pazienti con disturbi del comportamento alimentare si è concentrata in prevalenza sulla terapia individuale nonostante il gruppo come strumento di cura sia ampiamente utilizzato specialmente nei servizi pubblici (Fettes, Peters, 1992), sebbene ci siano risultati talvolta contraddittori la terapia in gruppo è ritenuta in grado di diminuire i sintomi di pazienti con questi disturbi (Oesterheld et al., 1987) e, in particolare, "il trattamento gruppoanalitico sembra ridurre i comportamenti sintomatologici delle pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata (BED) e bulimico"⁴⁸.

Tuttavia, è importante evidenziare come gran parte degli studi sulla "terapia individuale e di gruppo per pazienti bulimiche mostrano che ci sono livelli considerevoli di drop-out che vanno dal 5% al 40% con una mediana approssimativamente del 20%"⁴⁵, benché vada tenuto in considerazione che i pazienti che non rispondono al trattamento sono generalmente quelli con sintomi gravi e correlati ad altri disturbi psicopatologici (Johnson, 1991, Bateman, Fonagy, 2000).

Analizzando nello specifico i trattamenti per pazienti con bulimia nevosa è emerso un considerevole miglioramento nei gruppi più lunghi, con l'integrazione di diverse attività nel trattamento. La ricerca sembra dunque concordare su alcuni aspetti: il trattamento in gruppo per pazienti bulimiche si è rivelato efficace, inoltre aumentando l'intensità e la durata della terapia migliora l'esito finale.

3.2 I limiti del lavoro di gruppo

Dalla rassegna di studi sulla psicoterapia di gruppo emerge come ci sia ancora un marcato divario tra la ricerca empirica e clinica in questo campo. Si pongono inoltre delle questioni metodologiche per l'interpretazione di studi empirici. Infatti, l'analisi dei costrutti relativi alla relazione terapeutica diverge a seconda che l'unità di analisi sia il gruppo o il singolo individuo. Un'altra questione metodologica riguarda il tipo di gruppo che può essere aperto o chiuso, nel primo tipo infatti risulta maggiormente difficoltoso raggiungere un'unità grupppale in quanto i membri differiscono da una seduta all'altra.

⁴⁸ Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. pp. 142-144.

In aggiunta alle possibili difficoltà relative agli studi in questo ambito e nonostante l'efficacia del lavoro in gruppo sia stata dimostrata empiricamente, rimangono ancora aperte delle questioni.

Facendo particolare riferimento alle ricerche che si sono occupate di studiare i cambiamenti apportati dai pazienti con disturbi del comportamento alimentare dopo aver intrapreso un percorso di terapia in gruppo, si è vista una notevole riduzione sintomatologica nel numero di comportamenti disfunzionali. Tuttavia, sono ancora presenti all'interno di questi contesti elevati livelli di drop-out e non è chiaro quali siano i pazienti a rischio di interruzione del trattamento, nonostante i colloqui preliminari svolti prima dell'inizio del percorso di cura. Inoltre, non vi è un accordo comune su quali siano i fattori terapeutici “che possono influenzare il drop-out e il fallimento della terapia di gruppo”⁴⁹ e di conseguenza risulta complesso individuare quali tipologie di pazienti siano maggiormente indicati ad un lavoro di gruppo.

Alcuni studi (Cooper, 1997; Vitousek, 1996) evidenziano come questa tipologia di terapia dia maggiori risultati positivi in pazienti con bulimia nervosa rispetto a quelli con anoressia nervosa, questo è causato anche dalla forte resistenza al trattamento che caratterizza questi ultimi.

I limiti delle ricerche riguardano la possibilità di conoscere a priori quali siano i fattori predittivi o associati per ottenere un esito positivo nella terapia di gruppo, nonostante sia stata ampiamente dimostrata la sua efficacia nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Le difficoltà maggiori nella ricerca su questi disturbi presentate all'interno del manuale di Lo Coco, Prestano e Lo Verso (2008) comprendono: la trascuratezza data all'aspetto multidimensionale dei cambiamenti mentre per determinare l'efficacia terapeutica è stata presa in considerazione soltanto la significatività statistica pre e post trattamento. Inoltre, vi è ancora una conoscenza insufficiente riguardo al miglioramento a lungo termine di questi pazienti, infatti la probabilità di ricadute è un fattore fondamentale che va tenuto in considerazione specialmente quando si tratta di disturbi del comportamento alimentare.

Gli obiettivi della ricerca futura intendono focalizzare l'attenzione sui fattori di rischio per lo sviluppo di questa tipologia di disturbi, valutare l'efficacia nella pratica clinica

⁴⁹ Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. P. 145.

routinaria e non costruita ad hoc in laboratorio e infine identificare quali sono i criteri predittivi per il successo della terapia.

Inoltre, non va tralasciato l'aspetto della selezione dei pazienti idonei alla terapia di gruppo in quanto, questo tipo di trattamento non è indicato a tutta la popolazione. L'inclusione o l'esclusione di un individuo da parte del terapeuta si basa su diversi fattori, per esempio, sono esclusi da questo tipo di trattamento i pazienti con gravi malattie fisiche o alterazioni psichiche come gli psicotici acuti, i sociopatici, i paranoici gravi o pazienti con tendenze suicidarie in atto (Corbella, 2003).

In conclusione, è possibile affermare dai risultati degli studi presenti fino ad ora che nonostante la terapia in gruppo sia efficace nel trattamento dei disturbi alimentari, vi sono ancora delle questioni a livello metodologico che vanno migliorate nel futuro e risulta inoltre necessario, ai fini della ricerca nel campo, approfondire alcuni aspetti del trattamento in gruppo che aiuterebbero a identificare quali sono i fattori che conducono al successo terapeutico.

3.3 Nuove prospettive terapeutiche: la Mindfulness nel contesto gruppale

Il gruppo, come visto precedentemente nel secondo capitolo, rappresenta un ambiente dove è possibile sperimentare, nel "qui ed ora" della seduta, le proprie reazioni emotive nell'interazione non solo con la figura del terapeuta ma con tutti gli altri membri del gruppo. In questo contesto infatti è possibile trovare una grande varietà di riflessioni e stati emotivi utili per comprendere i propri vissuti in un'ottica di sostegno reciproco. L'opinione condivisa sulle terapie di gruppo è che "possano essere molto utili per lavorare sulle manifestazioni relazionali dei problemi psichici"⁵⁰.

Nell'ultimo decennio si sono sviluppati, all'interno dei protocolli clinici, nuovi approcci di cura nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, che si concentrano in particolare gli aspetti di disregolazione emotiva e impulsività tipici di questa tipologia di pazienti. Tra questi troviamo la Mindfulness, la quale comprende un insieme di tecniche psicofisiche di origine orientale messe a punto negli Stati Uniti da Jon Kabat Zinn alla fine degli anni Settanta. Gli interventi basati su questo approccio hanno mostrato notevole efficacia in differenti ambiti, sia a livello individuale sia di gruppo.

⁵⁰ Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina. P. XIII.

Inizialmente queste tecniche venivano utilizzate per il trattamento dello stress e successivamente sono state inserite anche nei trattamenti per la depressione e per il disturbo borderline. Vedremo ora come alcuni aspetti della Mindfulness possono essere utili nel controllare gli stati emotivi che precedono le manifestazioni disregolate tipiche della bulimia nervosa e del disturbo da binge eating.

Il termine Mindfulness deriva dalla lingua pali e significa “consapevolezza” (Bishop et al., 2004; Kabat Zinn, 1998) ed è divenuta una pratica utile all’interno del contesto medico nel 1979 quando Jon Kabat Zinn l’ha introdotta presso il *Medical Center* nell’Università del Massachusetts per la riduzione dello stress, sviluppando una tecnica denominata Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Il termine Mindfulness indica il processo di prestare attenzione in modo intenzionale, in maniera non giudicante allo scorrere dell’esperienza nel presente (Kabat Zinn, 1994). L’accento è posto in particolare sull’espressione “non giudicante” che indica la possibilità, attraverso la pratica di consapevolezza, di acquisire una conoscenza profonda di sé tramite la percezione non mediata dai pensieri (Andreola, 2014) di quello che sta accadendo nel qui e ora.

Negli studi sulla mindfulness è possibile distinguere due approcci: il primo riflette il lavoro di Langer (1989) secondo cui la mindfulness crea un apprezzamento più sfumato dei contesti e dei modi di risposta (Caruso, Di Nuovo, 2016).

Il secondo deriva dalla letteratura buddista, nella quale la consapevolezza è una qualità della coscienza che si rivolge agli stati mentali e in questo è possibile vedere una corrispondenza con il costrutto di metallizzazione elaborato da Fonagy e Allen (2010), tuttavia quest’ultimo è un processo riflessivo e si rivolge anche al passato e al futuro, mentre la Mindfulness è orientata soltanto al “qui ed ora”. Sia la metallizzazione che la Mindfulness cercano di concentrare l’attenzione sugli stati mentali e per far questo è necessario sviluppare l’attenzione focalizzata concentrandosi su un oggetto fisso, solitamente il primo oggetto scelto come riferimento è il respiro e le sensazioni corporee che esso evoca.

La coscienza di sé ha origine dalle prime esperienze sensoriali che avvengono nel periodo neonatale e secondo gli studi di Damasio (2012) “le prime mappature mentali si formano a partire da sensazioni interne al corpo”⁵¹, per questo motivo concentrando l’attenzione sul respiro la si distoglie dalle emozioni e pensieri, in modo da concentrarla su una delle

⁵¹ Andreola, M. (n. 2013-2014). *I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. La bulimia nervosa e il binge eating disease. Il trattamento basato sulla mindfulness*. In *Mente e cura rivista digitale di medicina*. Milano: Riza.

percezioni più arcaiche che forma quello che Damasio denomina come “proto sé”, ovvero il primo nucleo della coscienza. Inoltre, il processo di attenzione focalizzata sul respiro consente di ridurre l’emotività, aumentando il controllo percepito dei propri eventi interni (Edenfield & Saeed, 2012). È stata dimostrata da Siegel (2007) un’azione determinante della mindfulness a livello neurofisiologico, infatti dopo diversi mesi di pratica meditativa si è visto un miglioramento delle capacità di focalizzare e ridistribuire le capacità attentive (Slagter et al., 2007)

Nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare l’insegnamento di tecniche quali l’attenzione focalizzata o la scansione dei propri stati corporei, aiutano nella regolazione degli stati emotivi e nella tolleranza della sofferenza. Le competenze di Mindfulness richiedono l’esperienza diretta per poter essere pienamente comprese, queste incoraggiano i pazienti a sperimentare anche sentimenti di delusione o rabbia senza l’utilizzo di comportamenti compensatori per cercare di evitarli.

All’interno dei protocolli clinici la pratica della mindfulness viene attuata seguendo precise linee-guida che variano in base alle caratteristiche del terapeuta e alle condizioni del paziente (Pollak et al., 2014).

Esistono categorie di abilità differenti che vengono insegnate ai pazienti. La prima è detta “di contenuto” e comprende tra le altre tecniche il *mindful eating* (Kabat Zinn), che tradotto letteralmente significa “mangiare consapevole” ed è all’opposto del *binge eating*, il quale avviene senza in modo incontrollato. Questa tecnica di Mindfulness permette di acquisire una profonda consapevolezza dell’azione che si sta compiendo, in questo caso si fa riferimento all’alimentazione.

Esiste poi una seconda categoria di abilità che fa riferimento a quelle formali, la quale comprende: l’attenzione non giudicante, il fare una cosa alla volta e l’agire con efficacia, focalizzandosi su quello che funziona e non cercando la perfezione come spesso accade in chi soffre di questa tipologia di disturbi.

Una delle pratiche essenziali dei training sulla mindfulness che si è rivelata essere un potente strumento terapeutico nei pazienti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare è il *body scan*, che consiste nell’esplorazione delle sensazioni fisiche. L’obiettivo di questa pratica è il raggiungimento di una consapevolezza piena di ciascuna parte del proprio corpo (Caruso, Di Nuovo, 2016) che necessita di essere allenata in questa tipologia di pazienti, imparando a mantenere l’attenzione focalizzata per un periodo di tempo considerevole. Assumere consapevolezza del proprio corpo aiuta a sperimentare un nuovo modo di esser, modificando di conseguenza l’esperienza

emozionale, dando ampia scelta sul come reagire nel “qui ed ora”. Il corpo diviene una finestra aperta sulla mente (Segal et al., 2006).

La sintomatologia tipica i disturbi come la bulimia nervosa o il disturbo da binge eating è caratterizzata da emozioni e pensieri non consapevoli che portano spesso a comportamenti disregolati nel controllo della fame. Attraverso alcuni studi, come quelli condotta da Treadway e Lazar sugli effetti della meditazione sulla neuroplasticità (2010), è stato dimostrato come la pratica di Mindfulness, andando a lavorare sugli stati mentali interni, modifica l'attivazione di diverse aree cerebrali implicate nell'esperienza emozionale soggettiva. Inoltre, alcuni studiosi tra cui Baer (Baer et al., 2006) hanno elaborato dei test sulla mindfulness, come quello denominato *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2008) che identifica cinque fattori della pratica mindfulness che sembrano essere fondamentali per il cambiamento, tra questi troviamo: il rimanere in contatto con le proprie percezioni ed emozioni anche quando sono dolorose, l'agire in modo consapevole, assumere un atteggiamento non giudicante verso quello che si prova ed infine percepire i sentimenti e le emozioni senza dover necessariamente reagire.

Infine, è possibile concludere affermando che la Mindfulness abbia un effetto positivo per i pazienti e per questo motivo diversi modelli teorici sostengono un approccio propositivo all'integrazione della mindfulness nei contesti di cura della salute mentale. In particolare, si è visto come questo approccio basato sull'integrazione tra questa tecnica terapeutica e l'accettazione di sé abbia avuto un riscontro positivo nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare.

Conclusione

Il crescendo epidemico dei disturbi del comportamento alimentare può essere ricondotto a radici sociali e psicologiche che caratterizzano la società odierna.

Dalla rassegna degli studi presentati nei capitoli precedenti, emerge come questi disturbi siano sempre più diffusi e pervasivi, specialmente tra la popolazione più giovane. Per questo motivo l'interesse per lo studio e la ricerca verso queste categorie di pazienti è cresciuto in modo esponenziale, nonostante non si sia ancora raggiunto un accordo comune su quali siano i fattori scatenati per l'esordio di questi disturbi, sembra che alcuni elementi abbiano un peso maggiore nel mantenimento della patologia. Tra questi sono stati presi in considerazione i fattori socioculturali, individuali e familiari. A tal proposito è stata data molta importanza a questi ultimi, in quanto gli studi hanno evidenziato una grande influenza del gruppo primario nell'esordio e nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare, per questo molti terapeuti si sono specializzati in una terapia di tipo sistemico propriamente detta "terapia familiare". La quale concentra il suo nucleo di analisi sul gruppo familiare primario e transgenerazionale del singolo individuo, dando grande importanza alle relazioni della rete sociale che possono fungere da fattori protettivi o al contrario da innesco per possibili disturbi. È spesso evidente un tentativo di lotta in chi soffre di DCA contro il proprio gruppo familiare e questo viene solitamente esplicitato durante il trattamento terapeutico, il quale aiuta il paziente a compiere la separazione del Sé e il riconoscimento all'interno di un nuovo gruppo sociale.

Oltre all'aspetto familiare, in questa tipologia di disturbi è emerso come sempre più spesso si possa parlare di una vera e propria "malattia sociale", in quanto i fattori culturali fanno da innesco, creando delle condizioni favorevoli all'esordio di questi disturbi. Tuttavia, questo non determina necessariamente il passaggio al sintomo in quanto entrano in gioco innumerevoli altre variabili come quelle familiari precedentemente citate o quelle personali.

Inoltre, il carattere culturale di queste patologie risulta evidente nell'alta percentuale di persone di sesso femminile che ne sono affette e questo squilibrio tra i due sessi è tipico di numerose altre patologie. Nonostante negli ultimi decenni sia aumentata la diffusione di tali disturbi anche nella popolazione maschile, la maggioranza dei pazienti sono ancora di sesso femminile e questo è dovuto a diverse variabili interconnesse tra loro. Tra queste vi è un bisogno di reagire al senso di inadeguatezza (Palazzoli, 1998) e di rispondere ad un ideale di bellezza estetica promulgato dalla società, che diventa un possibile *trigger*

per l'esordio della malattia, specialmente nell'età della pubertà caratterizzata da un notevole cambiamento a livello fisico.

A causa della diffusione sempre maggiore di queste patologie, si sono intensificati gli studi su come intervenire e trattare i pazienti che ne soffrono, ottenendo i migliori risultati possibili anche nel lungo periodo. Si è quindi sempre più diffusa all'interno dei contesti clinici la terapia in gruppo per la cura di pazienti con disturbi del comportamento alimentare, in quanto sono emersi dei risultati efficaci condivisi da molti pazienti dopo il trattamento e per l'ottimo rapporto costi-benefici che questa terapia comporta.

Il lavoro in gruppo è da considerare metaforicamente come “un viaggio che conduce alla scoperta e all'accettazione di Sé come individui complessi”⁵² lavorando su diversi piani, tra cui quello dell'identità, delle aspettative e sul confronto con la realtà che risultano essere aspetti su cui è importante prestare particolare attenzione in pazienti con DCA.

Sono state presentate diverse modalità di lavoro in gruppo, infatti per questa tipologia di disturbi si è rivelata particolarmente efficace l'integrazione di più aspetti terapeutici al fine di ottenere un sostanziale miglioramento della condizione clinica del paziente.

Come prima cosa è possibile differenziare i gruppi a seconda della struttura con cui si presentano, esistono infatti gruppi monosintomatici composti da partecipanti che presentano la stessa patologia o al contrario i pazienti possono avere quadri clinici differenti e formare così un gruppo terapeutico eterogeneo. Un'altra differenza è data dalla durata del lavoro che viene prefissata all'inizio, il gruppo può infatti essere a tempo determinato, ovvero con un numero di sedute decise all'inizio dal terapeuta. Infine, può presentarsi come un gruppo chiuso ovvero formato sempre dagli stessi partecipanti dall'inizio fino al termine del percorso o può essere aperto e quindi nuovi membri possono aggiungersi nel tempo. In questo elaborato in particolare è stato preso in analisi il lavoro del gruppo monosintomatico per pazienti con anoressia nervosa, andando ad evidenziare quali sono i fattori terapeutici che permettono di ottenere dei buoni risultati lavorando su questo specifico disturbo.

Successivamente, è stata descritta un'altra modalità di lavoro applicata a contesti di gruppo che si è rivelata utile per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, ovvero lo psicodramma. Questa pratica professionale che fonda i suoi metodi sulla teoria elaborata da Jacob Levi Moreno permette di focalizzare l'attenzione sull'aspetto

⁵² Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: FrancoAngeli. P. 63.

dell'espressione del Sé e dei propri stati interiori, sviluppando nuove percezioni e riorganizzando i modelli di comportamento. Lo psicodramma pone l'accento su degli aspetti che si presentano spesso come disorganizzati e disfunzionali nel paziente e permette di comprendere il significato dei sintomi, stimolando la consapevolezza dei propri sentimenti ed emozioni. Inoltre, tramite la messa in scena teatrale di un certo tema, scelto dal gruppo, il paziente entrerà in contatto non solo con delle parti di sé rimosse o negate, ma acquisirà anche maggiore consapevolezza della sua dimensione corporea che risulta essere una parte fondamentale nel lavoro con pazienti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare.

In ultimo è stata presa in analisi un'altra pratica svolta in gruppo che concentra il trattamento sull'aspetto della corporeità, la danzamentoterapia. Una pratica sempre più integrata all'interno dei protocolli clinici nel trattamento di queste patologie poiché si è rivelata particolarmente utile nell'aiutare i pazienti a prendere consapevolezza di sé e del proprio corpo, attraverso il movimento e la danza.

L'efficacia del trattamento in gruppo è stata dimostrata empiricamente da numerosi studi e la conclusione positiva di un percorso terapeutico è un momento di grande importanza per il singolo individuo che va celebrato, rappresenta il riconoscimento da parte del terapeuta e di tutti i membri del gruppo che quella persona da adesso in poi può "funzionare bene" anche da sola. Il paziente esprime tutta la sua gratitudine non solo verso il terapeuta ma nei confronti di tutto il gruppo e questo sentimento viene provato anche verso se stessi per la fatica e i forti sentimenti provati insieme agli altri.

Il gruppo rappresenta per il singolo individuo, in un primo momento, un contenitore dove si può sentire accolto e riconosciuto, successivamente il setting gruppale diviene un luogo di distacco dal proprio vissuto precedente e avviene un riconoscimento del Sé come individuo singolo capace di pensare nuove soluzioni per affrontare il percorso di vita.

Quando un membro del gruppo termina il suo percorso terapeutico, questo momento necessita di essere condiviso, in quanto ha un grande impatto su tutti gli altri partecipanti. La conclusione di un lavoro terapeutico è un'occasione per affrontare simultaneamente i vissuti di perdita e abbandono, anche il terapeuta si trova in una condizione di ambivalenza: se da una parte vi è la felicità per la buona riuscita del trattamento, dall'altra il dispiacere per l'imminente perdita di un paziente a cui ci si è legati è innegabile.

Ogni fine terapia rappresenta un pezzo di storia del gruppo che verrà tramandata di generazione in generazione per infondere speranza o per vedere il percorso di crescita che

è stato compiuto dai partecipanti del gruppo. Attraverso la storia i nuovi partecipanti possono apprendere il cambiamento evolutivo di chi li ha preceduti.

Sebbene sia stata dimostrata più volte l'efficacia dei gruppi terapeutici, sono tutt'ora aperte alcune questioni metodologiche sull'analisi di questa tipologia di trattamento e sui risultati ottenuti. Inoltre, va citata l'impossibilità per alcune categorie di persone di prendere parte ad un lavoro di gruppo per alcune caratteristiche cliniche che renderebbero impossibile un normale svolgimento della terapia.

In ultimo, è stata presa in considerazione un nuovo metodo di trattamento chiamato Mindfulness applicabile anche a contesti gruppali che sembrerebbe avere possibilità di sviluppo sempre maggiori nel futuro. Di fatto, gli interventi *mindfulness-based* stanno acquistando un'importanza sempre più evidente all'interno dei protocolli clinici per i benefici che se ne possono trarre nella cura di differenti disturbi, tra cui anche i disturbi del comportamento alimentare, in particolare per la bulimia nervosa e per il disturbo da binge eating.

Bibliografia

Abbate Daga, G., Quaranta, M., Notaro, G., Urani, C., Amianto, F., Fassino, S. (2011). *Terapia familiare e disturbi del comportamento alimentare nelle giovani pazienti: stato dell'arte*. In *Giornale Italiano di Psicopatologia*. Torino. 17: pp 40-47.

Alliod, V., Testa, C. (2009). Racconti su un gruppo di psicodramma con pazienti con DCA. In Gasca, G., Stradella, L. (2009). *Giochi del corpo e delle emozioni nello psicodramma analitico*. Bergamo: Moretti & Vitali.

American Psychiatric Association (2013). *DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington.

Ancona, G., Bellia, V. (2000). *Danzare le origini. Elementi di danzamovimentoterapia espressiva*. Roma: Edizioni scientifiche Magi.

Andreola, M. (n. 2013-2014). *I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. La bulimia nervosa e il binge eating disease. Il trattamento basato sulla mindfulness*. In *Mente e cura rivista digitale di medicina*. Milano: Riza.

Anzieu, D. (1976). *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla.

Baer, R.A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: clinician's guide to evidence base and applications*. Burlington: Academic Press.

Baer, R. (2010). *Come funziona la mindfulness*. Milano: Raffaello Cortina.

Balint, M. (1961). *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli, Milano.

Bellia, V. (2008). *Dove danzavano gli sciamani. Il setting nei gruppi di danzamovimentoterapia*. Milano: Franco Angeli.

Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*, Tr. It. Roma: Armando, 1971.

- Bion, W. R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*, Tr. It. Roma: Armando, 1973.
- Bishop, S.R., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Devins, G. (2004). *Mindfulness: a proposed operational definition*. In *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Burlingame, G.M., Mackenzie, K.R, Strauss, B. (2004). Small group treatment: evidence for effectiveness and mechanism of change. In Lambert, M. (a cura di), Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley. pp 648-696.
- Burrow, T. (1927). *The group method of analysis*. In the *Psychoanalytic Review*, XIV.
- Cantarella, G. (2001). *Abusi sessuali in famiglia. La risonanza del gruppo come cura*. In *Gruppi*, III, 1. Milano: Franco Angeli.
- Caruso, A., Di Nuovo, S. (2016). *Mindfulness: valutazione e trattamento*. Padova: The Journal, n. 3.
- Comelli, F. (2004). *Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico – bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista*. In *Funzione Gamma*, 14: gruppi con pazienti anoressiche: fattori terapeutici (<http://funzionegamma.edu>).
- Cooper, M. (1997). *Cognitive therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review*. In *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 25, pp. 401-414.
- Corbella, S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dalle Grave, R. (2012). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale*. Verona: Positive press.
- Dalle Grave, R. (2022). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. La guida per i pazienti*. Verona: Positive Press.

Damasio, A. (2012). *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi.

De Toffoli, C. (2001). *Psicosoma. Il sapere del corpo nel lavoro psicoanalitico*. In *Rivista di Psicoanalisi*, 47, 3, pp. 465-486.

Dillon-Weston, M. (2004). *L'anoressia come simbolo di una matrice vuota dominata dalla madre-drago*. In *Funzione Gamma*, 13: lo psicodramma analitico. (<http://funzionegamma.edu>)

Di Maria, F., Lavanco, G. (1994). *La terapia di gruppo. gruppoanalisi e società*. Milano: Franco Angeli.

Di Maria, F., Lo Verso, G. (1995). *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*. Milano: Raffaello Cortina.

Edenfield, T.M., Saeed, S. A. (2012). *An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression*. In *Psychology research and behavior management*, 5, 131-141.

Fairburn, C.G., Harrison P.J. (2003). *Eating disorders*. National Library of Medicine. *Lancet*. Pp. 407-416.

Fettes, P.A., Peters, J.M. (1992). *A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa*. In *International Journal of Eating Disorders*, 11, pp. 97-110.

Fonagy, P., Allen, J. (2006). *La mentalizzazione. Psicopatologia e trattamento*. Bologna: Il Mulino.

Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1957). *Group psychotherapy: the psychoanalytical approach*. London: Penguin Books.

Foulkes, S. H. (2018). *Group-analytic psychotherapy: Method and principles*. London: Gordon&Beach

Friedman, N.P, Miyake A. (2004). *The relations among inhibition and interference control functions: a latent-variable analysis*. Journal of Experimental Psychology: General 133.

Garfinkel, P.E., Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York: Brunnel/Mazzel.

Gasca, G. (1993). *Elementi per una teoria dei Ruoli a partire dallo Psicodramma*. Torino: Centro Scientifico Editore. P. 9.

Gasca, G., Stradella, L. (2009). *Giochi del corpo e delle emozioni nello psicodramma analitico*. Bergamo: Moretti & Vitali.

Gasseau, M. (2009). Il lavoro integrato di psicodramma junghiano e danzaterapia: un ponte fra corpo e psiche. In Gasca, G., Stradella, L. (2009). *Giochi del corpo e delle emozioni nello psicodramma analitico*. Bergamo: Moretti & Vitali.

Gibin, A. M. (2009). *I gruppi nei disturbi alimentari. Terapie, formazione, ricerca*. Milano: Franco Angeli.

Jaffrè, R. (2004). *Ripetizioni nel tempo e microtrasformazioni. Dieci anni di lavoro con un gruppo di pazienti anoressiche e bulimiche*. In Funzione Gamma, 13: Lo psicodramma analitico (<http://funzionegamma.edu>).

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of the body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta.

Kaës, R. (1993). *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Roma: Borla.

Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. Boston: Addison-Wesley.

- Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lepper, G., Mergenthaler, E. (2005). *Exploring group process*. In *Psychotherapy Research*, 15, pp. 433- 444.
- Lese, K.P., Macnair-Semands, R.R. (2000). *The therapeutic factors inventory. Development of a scale*. In *group*, 24, pp. 303-317.
- Lewin, K. (1936). *Principi di psicologia topologica*. Tr. It. Firenze: OS (1961).
- Lo Coco, G., Prestano, C., Lo Verso, G. (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lo Monte, V. (2017). *I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione: criteri diagnostici*. In rivista *Quale Psicologia*, Roma.
- Lorentzen, S. (2006). *Contemporary challenges for research in group analysis*. In *group analysis*, 39, pp. 321-340.
- Lo Verso, G., Ustica, R.G. (1995). *La terapia analitica di gruppo*. ABA news, 1.
- Marinelli, S. (2004). *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina.
- McDougall, J. (1990). *Teatri del corpo*. Milano: Raffaello Cortina, Milano.
- Miller, A. (1981). *Il bambino inascoltato*. Tr. It. Torino: Bollati Boringhieri (1989).
- Moreno, J.L. (1947). *Il teatro della spontaneità*. Trad it. Firenze: Guaraldi (1990).
- Nardone, G., (2013). *Al di là dell'amore e dell'odio per il cibo*. Milano: Alberto Peruzzo Editore.

Nardone, G. (2018). *Le psicotrappole del pensare e dell'agire*. In *Psicotrappole*. Firenze: Ponte alle Grazie.

Neri, C. (1995). *Gruppo*. Roma: Borla.

Norsa, D., Seganti, A. (1993). *L'anoressia e la sua organizzazione relazionale*. In *Adolescenza*, edita da Il Pensiero Scientifico editore. Vol. 4, n. 2.

Oesterheld, M.D, Mckenna, M.S, Gould, N.B (1987). *Group psychotherapy of bulimia: a critical review*. In *International Journal of Psychotherapy*, 37, pp. 163-184.

Peterson, C., Mitchell, J.E., Engbloom, S., Nugent, S., Mussel, M.P., Miller, J.P. (1998). *Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats*. In *International Journal of Eating Disorders*, 24, pp. 125-136.

Pollak, S.M., Pedulla, T., Siegel, R.D. (2015). *Mindfulness in psicoterapia. Tecniche integrate*. Milano: Edra.

Pontalti, I. Pontalti, C. (1996). *Il codice di analisi dello stile del campo terapeutico (SCaT), Manuale per la siglatura del processo terapeutico*. Non pubblicato. Roma: Università Cattolica.

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

Ripa Di Meana, G. (1995). *Figure della leggerezza. Anoressia Bulimia Psicoanalisi*. Roma: Astrolabio.

Rouchy, J.C. (1998). *Gruppo spazioanalitico*. Tr. It. Roma: Borla (1999).

Russell, G., (1979). *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine*.

Rycroft, C. (1968). *Angoscia e nevrosi*. Tr. It. Milano: Feltrinelli (1970).

Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2014). *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri.

Seligman, M. (1995). *The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study*. In *American Psychologist*, 50, pp. 965-974.

Selvini Palazzoli, M. (1997). *Anoressia bulimia: un'epidemia sociale. Lo schiacciante numero della dei ruoli della donna contemporanea*. *Terapia familiare*, 53, pp. 47-51.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.

Siegel, R.D. (2009). *Mindfulness e cervello*. Milano: Raffaello Cortina.

Slagter, H.A., Lutz, A., Greischar, L.L., Francis, A.D., Nieuwenhuis, S., Davis J.M., Davidson, R.J. (2007). *Mental training affects distribution of limited brain resources*. In *Plos Biology* 5,6.

Stice, E. Marti, N., Durant, S. (2011). *Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study*. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (10): 622-7.

Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K.R. (2011). *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement*. *Arch Gen Psychiatry*; 68(7): 714-723.

Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N. (2010). *Eating disorders*. In *The Lancet*. Elsevier ed.

Ustica, G. R. (2002). *Il gruppo omogeneo di psicoterapia analitica*. In Lo Verso, G., (a cura di). *Gruppi*. Milano: Raffaello Cortina. Pp. 45-102.

Vasta, F., Caputo, O. (2004) (a cura di). *Introduzione. Gruppi con pazienti anoressiche: fattori terapeutici*. In *Funzione Gamma*, 13: Lo psicodramma analitico (<http://funzionegamma.edu>).

Vasta, F.N. (2004). *Intervista a Robin Friedman*. In Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S. (a cura di). *Gruppi omogenei*. Roma: Borla. Pp. 31-37.

Weiner, B. (1986). *Attribution, emotion and action*. In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins, *Handbook of motivation and cognition: foundations of social behavior*. Guilford Press.

Weiner, M. F. (1986). *Homogeneous Groups*. In *Annual Review*, 5. American Psychiatric Association.

Winnicott, D. W. (1989). *Dal luogo delle origini*. Milano: Raffaello Cortina.

Winnicott, D. W., (1995). *Sulle basi di Sé nel corpo*. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.

Wonderlicht, S.A., Gordon, K.H., Mitchell J.E., Crosby, R.D., Engel, S.G. (2009). *The validity and clinical utility of binge eating disorder*. In *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705.

Yalom, I. D., Leszcz M. (2008). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Zizzo, G. (2002). *Adolescenza e psicodramma analitico*. In *Gruppi*, 1. Milano: FrancoAngeli.