

## BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M.D.S. (2006) *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità. Scritti scelti*, Milano, Raffaello Cortina.

Ammaniti, M. (1995) *Rappresentazioni mentali e adolescenza*, in *La nascita del Sé*, Laterza, Bari.

Ammaniti, M., Gallese, V., (2014), *La nascita dell'intersoggettività. Lo sviluppo del Sé tra psicodinamica e neurobiologia*, Milano, Raffaello Cortina.

Baldoni, F., (2007) *Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza*, in Crocetti G., Agosta R. (a cura di): *Preadolescenza. Il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica*. Pendragon, Bologna, 2007, pp. 54-77.

Bateman, A., Fonagy, P. (2010), *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione*, Milano, Raffaello Cortina.

Bricolo, F., Zoccatelli, G., Serpelloni, G., (2010) *La maturazione del cervello: tempestiva, direzione, regole ed eventi*, in Serpelloni, G., Bricolo, F., Gomma, M., (a cura di) *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze*, in collaborazione con Dipartimento Politiche Antidroga e Azienda Usl Verona, 39-50.

Casey, B.J., Getza S., Galvan, A., (2010) *Il cervello adolescente*, in Serpelloni, G., Bricolo, F., Gomma, M., (a cura di) *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze*, in collaborazione con Dipartimento Politiche Antidroga e Azienda Usl Verona, 51-62.

Coleman, J. (2014) *Perché non mi parli. Il conflitto tra genitori e figli adolescenti*, Milano, Raffaello Cortina.

Del Giudice, E., Crisanti, A.F., (2013) *Le basi neurobiologiche dello sviluppo relazionale, Prospettive in Pediatria*, Vol 41, n° 172, 258-265.

Fonagy, P., Target, M., (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, Raffaello Cortina.

McAnarney, E. R., (2008), *Adolescent brain development: forging new links?*, Journal of Adolescent Health, 321-323.

Poletti, M. (2007), *Sviluppo cerebrale, processi decisionali e psicopatologia in adolescenza*, Giornale Italiano di Psicopatologia, 358-366.

Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano, Raffaello Cortina.

Siegel, D. J. (2014), *La mente adolescente*, Milano, Raffaello Cortina.

Siegel, D.J. (1999), *La mente relazionale*, Milano, Raffaello Cortina.

Spear, L. P., (2013), *Adolescent Neurodevelopment*, Journal of Adolescent Health, S7-S13.

Stern, D. N. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri.

## I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENZA: LA BULIMIA NERVOSA ED IL BINGE EATING DISEASE. IL TRATTAMENTO BASATO SULLA MINDFULNESS

Maurizio Andreola<sup>1</sup>

**Summary:** During adolescence altered symptoms and behaviors, or even actual mental diseases, are often diagnosed. Studies confirm that the number of teens diagnosed with psychiatric disorders, especially eating disorders, is constantly on the rise. These include anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) and binge eating disease (BED), as well as recently introduced diagnoses like orthorexia nervosa and bigorexia (muscle dysmorphia). While AN, which is organized around a more severe psychopathological dimension, requires in most cases a multispecialistic treatment and falls outside the scope of this article, BN and BED are much more correlated to a depressive dimension characterized by anxiety and impulsivity, that can be effectively treated with drugs and various forms of psychotherapy. The last decade saw the introduction of Mindfulness, a specific treatment for DCA based on psychophysical techniques linked to Asian disciplines, introduced in the USA by Jon Kabat Zinn, originally for the treatment of stress, but later used with patients affected by depression and borderline personality disorder. Using an integrated approach, certain aspects of Mindfulness will be discussed, that could prove useful in controlling the emotional and impulsivity dysregulation that precede binge eating, which is one of the major symptoms shared between BN and BED.

**Key words:** Bulimia nervosa, Binge Eating Disease, Mindfulness, emotional dysregulation, integrated approach.

Nell'adolescenza è frequente l'insorgere di sintomi o comportamenti alterati se non vere e proprie patologie psichiatriche. Numerosi studi rilevano che i disturbi psichici nell'adolescenza arrivano a coinvolgere un numero crescente di ragazzi ed i Disturbi del Comportamento Ali-

<sup>1</sup> Dott. Maurizio Andreola, medico psicoterapeuta, Socio fondatore Adirppi, Tutor Irppi

mentare (DCA) sono in costante aumento. Tra questi accanto all'Anoressia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) sempre più frequenti sono i Disturbi dell'Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disease (BED), ed emergono nuovi quadri sintomatologici come L'Ortoressia e La Bigoressia. Mentre l'AN, che si organizza intorno ad una dimensione psicopatologica più severa, nella gran parte dei casi richiede un trattamento polispecialistico ed esula dall'argomento di questo articolo, la BN ed il BED sono correlate più ad una dimensione depressiva con ansia e impulsività e possono essere trattate anche nello studio privato con terapie individuali e di gruppo. Aspetti nucleari e scatenanti questi disturbi sono la disregolazione emotiva e l'impulsività, che abitualmente vengono trattati con la terapia farmacologica e varie forme di psicoterapia. Nell'ultimo decennio è stato sviluppato un trattamento dei DCA basato su tecniche psicofisiche derivate dalle discipline orientali che negli Usa sono state messe a punto da Jon Kabat Zinn per il trattamento dello stress ed in seguito sono state utilizzate anche per il trattamento della depressione, del disturbo borderline e definite complessivamente "*Mindfulness*". In un'ottica integrata prenderemo in considerazione alcuni aspetti della *Mindfulness* che possono essere utili nel controllo della disregolazione emotiva e dell'impulsività che precedono le abbuffate sintomo che accomuna la BN ed il BED.

## Introduzione e cenni epidemiologici

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono una delle patologie più allarmanti per il loro aumento e la diffusione nell'età adolescenziale tanto da costituire una vera e propria "epidemia sociale" (Gordon A.R. 1990). L'incremento di questi disturbi riguarda in maniera omogenea tutti i paesi industrializzati dall'Europa agli Usa e Giappone ed anche alcuni paesi in via di sviluppo, la Turchia ed altri paesi dell'Est europeo. Accanto ai quadri classici di Anoressia Nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), e Disturbo dell'alimentazione Incontrollata (DCI) o "Binge Eating Disease" (BED) per gli autori anglosassoni,

emergono quadri misti e nuovi disturbi.

La prevalenza dei disturbi che negli anni dal '50 all' '80 era maggiore per l'anoressia, negli ultimi decenni si è modificata per un aumento esponenziale del disturbo bulimico e del BED. Inoltre nell'ultimo decennio si sta verificando un preoccupante abbassamento dell'età di insorgenza con l'interessamento anche di bambini e preadolescenti. Infine, nonostante la netta prevalenza dei disturbi alimentari sia ancora a carico del sesso femminile, sempre più frequentemente si riscontrano casi di DCA negli adolescenti e nei giovani maschi.

La prevalenza dei DCA nella popolazione tra i 12 ed i 25 anni in alcuni studi epidemiologici svolti nei paesi occidentali per l'AN varia tra 0,2 e 0,8% di casi, per la BN il 3% e per gli altri DCA complessivamente tra il 3,7 e il 6,4% con una prevalenza cumulativa che arriva ad interessare quasi un adolescente su dieci.

In uno studio effettuato in sei paesi europei, compresa l'Italia, in soggetti tra i 18 e i 25 anni che escludeva l'età a maggior rischio di insorgenza (9-18 aa) e quindi sottostimava il numero dei casi di DCA, la prevalenza di AN, BN, BED, BED sotto-soglia e quadri misti è stata rispettivamente dello 0,48%, 0,51%, 1,12%, 0,72% e 2,15% , con una prevalenza complessiva di 4,98 casi per cento e sono stati 3-8 volte superiore nel sesso femminile (Prete et al 2009).

## Classificazione

Mentre la descrizione di forme di anoressia nervosa è antica, si ritrova già nel Medio Evo con il comportamento delle "sante anoressiche" e viene descritta alla fine dell'800 da Lasegue a Parigi come "anoressia isterica" e Gull a Londra come "anoressia nervosa", la BN, citata come "*fame canina*" e "*bulimia*" già in testi del 600, è descritta per la prima volta nel 1979 da Gerald Russel come una "variante infausta" dell'AN (Russell 1970) ed al contrario della prima, le cui manifestazioni sono conclamate, ha una sintomatologia più subdola e viene identificata più tardi essendo spesso le pazienti normopeso e le condotte eliminatorie tenute nascoste.

I DCA, che compaiono per la prima volta nel DSM III nel capitolo dei Disturbi dell'infanzia fanciullezza ed adolescenza, vengono separati in una sezione a parte nel DSM IV. Mentre l'anoressia è inserita già nel DSM II, la bulimia viene classificata come identità autonoma nel DSM III-R (1987). Nel DSM IV vengono specificati i criteri diagnostici per AN, BN, BED e per i quadri misti viene creata la categoria degli "Eating disorders" non altrimenti identificati (EDNOS).

Infine con l'ultima edizione del DSM V, la classificazione dei DCA viene riorganizzata anche alla luce delle difficoltà di separare in maniera netta alcune forme dalle altre, per la presenza di quadri misti e la comparsa di nuove patologie. Accanto all'Anoressia nervosa, alla Bulimia Nervosa ed al Binge eating Disease compaiono nuove patologie come la "Bigoressia o Reverse Anoressia", disturbo caratterizzato da una preoccupazione ossessiva finalizzata a diventare più muscoloso, che colpisce gli adolescenti maschi, "l'Ortoressia", ossessione patologica riguardo al consumo di cibi sani e naturali (Bratman, 1997), la Night Eating Syndrome, forme atipiche di AN, BED, e BN ed il Disturbo Purgativo.

#### DSM V DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

- Anoressia Nervosa (AN)
- Bulimia Nervosa (BN)
- Binge-Eating Disorders (BED)
- Disturbo Evitante / Restrittivo dell'assunzione di cibo: Ortoressia, Anoressia inversa o Bigoressia.
- Disturbo della ruminazione
- Pica
- Altri disturbi specifici della nutrizione e dell'alimentazione (Night Eating Syndrome)
- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione non specificati (EDNOS)

Al contrario dell'anoressia nervosa, che si organizza intorno ad un

dimensione psicopatologica di rigidità cognitiva, perfezionismo ed ossessività con manifestazioni cliniche spesso gravi e che nella gran parte dei casi richiede un trattamento polispecialistico di équipe con psicologi, psichiatri, medici internisti, endocrinologi e nutrizionisti ed esula dall'argomento di questo articolo, la Bulimia Nervosa ed il Binge Eating Disease sono correlate più ad una dimensione depressiva con ansia e impulsività ed in molti casi possono essere trattate anche nello studio privato con terapie individuali e di gruppo.

#### DSM V CRITERI DIAGNOSTICI DEL BED

1. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un'abbuffata compulsiva è definita da entrambe i caratteri seguenti:
  - Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili.
  - Sensazione di mancanza di controllo nel mangiare durante l'episodio.
2. Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti caratteri:
  - Mangiare molto più rapidamente del normale
  - Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di pienezza
  - Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame
  - Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite
  - Provare disgusto verso di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo.
3. Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio.
4. Le abbuffate compulsive avvengono, in media, almeno due giorni alla settimana per almeno sei mesi.
5. Le abbuffate compulsive non sono associate con l'uso regolare di comportamenti di compenso inappropriati (per es. digiuno, vomito, esercizio fisico eccessivo) e non si verificano esclusivamente nel corso di anoressia nervosa e bulimia nervosa.

La bulimia nervosa ed il Binge eating Disease hanno in comune

“*l'abbuffata compulsiva*” (bingeing), ma si differenziano perchè il BED è associato ad aumento del peso corporeo e obesità, assenti invece nella BN e alla mancanza delle condotte eliminatorie (purging). L'abbuffata compulsiva, descritta nel dettaglio da Fairburn e comune ai due quadri, è preceduta da ansia e agitazione motoria e si manifesta con perdita del controllo fino allo “stato di trance”, rapidità nel mangiare quantità eccessive di cibo in assenza di fame, la segretezza nel mangiare, la sensazione di sentirsi pieno fino a scoppiare ed il disgusto verso se stessi. L'abbuffata avviene in maniera automatica senza alcuna consapevolezza e si accompagna a comportamenti in cui non è necessario pensare ed in un primo tempo, ha un significato adattivo nei riguardi dell'ansia e della disforia ma in un seguito genera sentimenti di vergogna, colpa e depressione (Fairburn C., 1993). Nelle pazienti bulimiche, a differenza delle pazienti con BED, il bingeing è seguito a scopo compensatorio dal vomito autoindotto e utilizzo di purganti e diuretici.

La BN è di norma una patologia più severa sia per le condotte compensatorie sia perchè accompagnata da un corredo di comportamenti multi compulsivi come cleptomania, abuso di sostanze, promiscuità sessuale, autolesionismo e shopping compulsivo e si manifesta con forme ibride ed alternanti, ad esempio a fasi di anoressia, ed in comorbilità con altri disturbi. Molti studi (Merli, et al. 2013) hanno messo in relazione la BN all'impulsività e allo scarso controllo del comportamento in un quadro di disregolazione emotiva che avvicina questi pazienti a quelli con i disturbi di personalità, tuttavia in altri casi prevarrebbero condotte ossessive con maggiore componente ansiosa ed emotività trattenuta. Si sono così individuati due sottogruppi di bulimici: il primo legato più ai disturbi d'ansia ed il secondo più al disturbo dell'umore.

Il primo gruppo si caratterizza per un profilo personale più ossessivo-compulsivo o depressivo con perfezionismo, meticolosità, ansia sociale ed introversione (Cluster C DSM); il secondo, correlato al disturbo dell'umore, in cui il comportamento avrebbe caratteristiche ciclotimiche con disforia e rabbia alternate a depressione, modalità che avvicinano questi pazienti a quelli bipolari o borderline (Cluster B

DSM). In questo gruppo si pazienti sono più frequenti le condotte da eliminazione e presenti altri comportamenti compulsivi. (Ramazzotti et al. 2007).

Le pazienti con BED al contrario delle bulimiche sono sovrappeso o obese anche se solo il 30% delle obese sono affette da un DCA. Entrambi BN e BED presentano una marcata insoddisfazione per il peso corporeo che ne condiziona l'autostima. Tuttavia questa insoddisfazione, che nel BED è preponderante, non è legata a una vera alterazione dell'immagine corporea, con sintomi dimorfobici e alterata percezione della propria immagine allo specchio, presente invece nelle bulimiche più gravi, ma piuttosto la percezione negativa del proprio corpo nelle pazienti BED e BN senza condotte da eliminazione sarebbe legata più ad un'insoddisfazione e alla necessità di conformarsi a stereotipi culturali. In queste pazienti l'autostima finisce per essere legata alla forma del corpo e alle sue imperfezioni invece che a capacità e competenze.

Infine è sempre più frequente e preoccupante l'insorgenza dei DCA nell'infanzia anche se la sintomatologia è atipica e spesso non riconosciuta. Sintomi predittivi utili ad una diagnosi precoce sono il modo in cui i bambini mangiano, spesso con estrema lentezza, sminuzzando il cibo in piccolissimi pezzi e tenendolo in bocca a lungo, la selettività estrema nella scelta del cibo, l'uso frequente del bagno dopo i pasti ed il ritardo della crescita.

Secondo l'inquadramento psicodinamico integrato proposto dall'IRPPI (Lago G. 2005) i DCA avrebbero una caratteristica transnosografica e si ritroverebbero come componente sintomatica di disturbi con caratteristiche differenti. Le forme più lievi, caratterizzate da un disturbo legato all'incompleta formazione dell'immagine corporea, farebbero parte dello “*Sdoppiamento Isterico*”, dove l'attaccamento è organizzato in maniera stabile mentre la sessualità, intesa come capacità creativa ed autonoma del soggetto, sarebbe ancora non completamente sviluppata e dipendente da una figura di attaccamento. Il soggetto non ha ancora integrato nel processo di mentalizzazione la modalità del “*far finta*” con l’ “*equivalenza psichica*” (Fonagy 2002) e rimarrebbe bloccato in una rappresentazione finta con un'immagine corporea

ostentatamente esibita come disinibita ma con un vissuto insicuro. In questo ambito potrebbero rientrare molti quadri di BED ed alcune forme di Bulimia più sporadiche in cui le condotte eliminatorie si manifesterebbero esclusivamente in alcuni periodi più critici.

Le forme più frequenti di BN mono-compulsive e BED farebbero parte della “*Polarizzazione Depressiva*”. In questo caso il *protomentale* (Lago, 2006), inteso come contenitore di aspetti biologici ed elementi emotivi inscritti nella memoria implicita, è in eccesso sia per motivi biologici (temperamentali) che relazionali (attaccamento disfunzionale). In questi soggetti la polarizzazione avviene all'interno dell'asse timico con variazioni dell'umore, che si sposta da un tono espansivo ad uno depressivo senza trovare un punto di equilibrio. La personalità si organizza su tratti di rigidità, perfezionismo ed idealizzazione e si accompagna ad un'immagine corporea rigida che risulta anonima e priva di fantasia.

Le forme di Bulimia con condotte eliminatorie, abuso di sostanze e comportamenti multi-compulsivi rientrerebbero nella “*Polarizzazione Borderline*”, in cui la polarizzazione avviene tra il polo timico e il polo del pensiero non mentalizzato. Il polo affettivo è caratterizzato da un'alta emotività espressa (protomentale elevato) e pertanto vulnerabile, mentre il pensiero è organizzato su modelli stereotipati (idealizzazione) che il paziente interpreta in maniera automatica (*falso sé*) e ripropone secondo la modalità di identificazione proiettiva (*equivalenza psichica*). (Fonagy 2002) L'immagine corporea risulterà deformata con caratteristiche di inautenticità che oscillano tra l'esibizionismo istrionico e il comportamento fatuo o decisamente incongruo.

## Correlati biologici dei DCA

Come gli altri disturbi del comportamento alimentare (DCA), il BED e la BN sono considerate, dal punto di vista eziopatogenetico, malattie multifattoriali con interazione tra fattori ambientali, psicologici, personologici e biologici. Questi ultimi, a loro volta, sono distinti in

fattori genetici e fattori biochimici. I primi comprendono la vasta gamma di varianti geniche che, da sole o combinate tra loro, conferiscono ad un individuo la vulnerabilità specifica allo sviluppo del DCA. I secondi sono rappresentati da quei neurotrasmettitori, neuropeptidi e ormoni centrali e/o periferici, coinvolti nella regolazione del comportamento alimentare, le cui disfunzioni contribuiscono allo sviluppo e/o al mantenimento della malattia. Sebbene la maggior parte delle alterazioni a carico di queste sostanze si normalizzano nella guarigione clinica dei DCA e sembrano quindi più un fattore secondario allo squilibrio nutrizionale e alla malnutrizione piuttosto che una causa patogenetica tuttavia non è escluso che tali alterazioni possono contribuire a mantenere la patologia alimentare. (Castaldo et al 2009)

Il comportamento alimentare è controllato, a livello centrale, da una rete di interconnessioni che collegano l'ipotalamo con siti extraipotalamici mesencefalici, in particolare i del nervo vago. All'interno di detto sistema è possibile schematicamente distinguere: a) una via *oressigena*, composta da reti che producono segnali che stimolano l'appetito, come il neuropeptide Y (NPY), la proteina aguti-correlata, la noradrenalina, il GABA, i peptidi oppioidi, le orexine; e una via *anoressizzante* che inibisce l'appetito come il CRF, il TRH, la colecistochinina (CCK), il peptide glucagone-simile, il cocaine-amphetamine regulated transcript, l'ormone melanocito-stimolante. Tale complessa rete neuronale è verosimilmente responsabile del controllo a lungo termine del bilancio energetico. Oltre a questi neurotrasmettitori e ormoni centrali, nella regolazione del comportamento alimentare è di fondamentale importanza il contributo di segnali periferici, provenienti dall'apparato gastrointestinale e dal tessuto adiposo. A parte i segnali di natura meccanica e/o chimica, connessi con il transito dei nutrienti nel tratto gastroenterico, un ruolo chiave è svolto da alcuni peptidi quali, ad esempio, la leptina, la CCK, il peptide YY (PYY), ad azione anoressizzante, e la ghrelina ad azione stimolatoria sull'appetito. Infine, è recentemente emerso che sostanze, inizialmente non caratterizzate come regolatrici dell'appetito, come il fattore trofico derivato dal cervello (BDNF), i neurosteroidi e gli endocannabinoidi sono coinvolte nella modulazione di specifici aspetti del comportamento alimentare.

Tra le monoamine, la serotonina è quella più studiata nella fisiopatologia dei DCA, implicata, infatti, non solo nella modulazione del comportamento alimentare attraverso la stimolazione della sazietà, ma anche nella regolazione di talune dimensioni psicologiche, quali, depressione, ansia, aggressività, ossessività, impulsività che si ritrovano tipicamente alterate nelle pazienti con DCA. (Fabbrazzo et al 2009).

Altre due monoamine son state studiate nel DCA: la noradrenalina, che stimola l'appetito e promuove l'assunzione preferenziale di carboidrati e infine, la dopamina, che inibisce la fame e riduce il consumo di proteine, ed è associata più alle fasi di anoressia.

## Binge Eating Disorders e Bulimia Nervosa

Diversi studi indicano che sintomi nucleare dei DCA siano la disregolazione emotiva e l'impulsività per il BED e la BN e l'evitamento ed i tratti ossessivi per le forme non purgative di BN. La disregolazione emotiva ha tratti sovrapponibili al costrutto di Alessitimia di Taylor e Bagby e si caratterizza come "difficoltà a percepire, etichettare e descrivere le emozioni" (Speranza et al 2007). In alcuni casi prevale la valutazione alterata della propria immagine come nel BED in altri è la incapacità a regolare l'arousal emotivo. Alcuni soggetti riferiscono che il loro comportamento alimentare incontrollato viene scatenato da alterazioni disforiche dell'umore, in primis l'ansia seguita da depressione, irritabilità, tristezza ed euforia tra di loro variamente associate. Altri non sono in grado di individuare precisi fattori scatenanti, ma riferiscono sentimenti aspecifici di tensione che si risolvono con le abbuffate.

L'alterato controllo emotivo e il sottostante tratto di impulsività hanno come base patogenetica aspetti genetici neurobiologici e relazionali. Il comportamento impulsivo trova ragione nell'asimmetria dello sviluppo nell'adolescenza delle regioni cerebrali, con una maggiore attività delle regioni sottocorticali limbiche, in particolare del Nucleo Accumbens, che hanno influenza sulla propensione al rischio e alla ri-

cerca di novità e ricompensa immediata rispetto alle cortecce prefrontali che invece maturano più lentamente e regolano il comportamento sulla base anche delle conseguenze a lungo termine delle azioni (Casey et al 2008). Ciò comporta un ridotta attività delle cortecce prefrontali rispetto a quelle limbiche con un minor controllo ed inibizione dei comportamenti emotivi.

In secondo luogo avrebbe influenza lo stile di attaccamento ed i modelli appresi precocemente con l'incapacità da parte del caregiver di regolare adeguatamente attraverso la funzione riflessiva gli arousal emotivi e di consentire la formazione di emozioni immagini e pensieri congruenti (Fonagy et al. 2001).

## La Terapia della BN e del BED

Numerose sono le terapie proposte per la cura dei DCA; oltre alla terapia farmacologica che si avvale di antidepressivi triciclici, SSRI, ansiolitici, regolatori dell'umore e antipsicotici atipici in varia combinazione tra loro, sono stati proposti diversi trattamenti psicoterapeutici tra i quali i più utilizzati sono la terapia cognitivo comportamentale (CBT) e quella interpersonale (IIP). Negli ultimi anni in considerazione di alcuni tratti comuni con il disturbo borderline è stata sviluppato un approccio basato sulla terapia dialettico-comportamentale (DBT) sviluppata da Marsha Linehan per questi pazienti e focalizzata sul controllo della regolazione emotiva. Il trattamento sviluppato dalla Linehan è stato adattato da C. Telch ai pazienti con BED e BN trattati in contesto ambulatoriale con psicoterapia individuale e di gruppo con miglioramenti circa il peso, la forma e l'aspetto fisico oltre che una capacità di gestire l'alimentazione nei momenti di fame, che perdurano nel tempo (Telch et al 1997 e 2001). La terapia DBT si rivolge in particolare al trattamento dell'*emotional eating* e della disregolazione emotiva, in particolare rabbia ed impulsività, in accordo a quanto suggerito da Fassino ed altri (2007) per interventi psicoterapici focalizzati sull'identificazione ed espressione emozioni che possono essere utili

anche in altri contesti clinici con approcci integrati.

In un ottica di psicoterapia integrata riteniamo utile enucleare il concetti fondamentali della terapia DBT ( Safer, Telch, Chen, 2009), che si basano sulla Mindfulness una tecnica derivata dalle pratiche di meditazione orientale messa a punto negli Usa alla fine degli anni '70 da Jon Kabat Zinn applicata in molteplici campi della medicina e della psicologia.

## La Mindfulness

La Mindfulness derivato dall'originario termine “*sati*” in lingua pali tradotto con “ attenzione consapevole, presenza mentale, piena presenza” o più brevemente “*consapevolezza*”(Bishop et al. 2004, Kabat Zinn. 1998), è stata introdotta nella pratica medica da Jon Kabat-Zinn che nel 1979 presso il *Medical Center* della University of Massachusetts, ha sviluppato una tecnica per la riduzione dello stress denominata *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR). Secondo Kabat Zinn (1994) la Mindfulness significa “*prestare attenzione in modo intenzionale nel momento presente e in maniera non giudicante*” ma, al tempo stesso pone l'accento sul modo secondo il quale si “presta questa attenzione”. Elemento centrale nella Mindfulness è proprio questa modalità attentiva che indica uno stato mentale e un processo, riferendosi quindi al modo “*non giudicante*” di utilizzare l'attenzione sostenuta (Bishop et al, 2004). Attraverso la pratica di consapevolezza è possibile acquisire una conoscenza profonda attraverso la percezione non mediata dai pensieri e capace di generare nel tempo una comprensione intuitiva profonda e *non concettuale* di quello che sta accadendo nel momento presente.

La consapevolezza “mindfulness” è definita dalla letteratura budista come “il saper tener viva la propria consapevolezza nella realtà presente” e si riferisce ad una qualità della coscienza che prescinde dai suoi oggetti e si rivolge agli *stati mentali*. In questo si avvicina e per molti aspetti si sovrappone al costrutto di “mentalizzazione” (Fonagy e

Allen 2010). Tuttavia a differenza della mentalizzazione che è un processo riflessivo che si rivolge al presente ma anche al passato e al futuro, la Mindfulness è invece preriflessiva, percettiva, non valutante e rivolta al momento presente. (Fonagy Allen 2010). In maniera analoga sia la mindfulness che la mentalizzazione, con la modalità di “mettere in pausa”, si propongono a bloccare l'azione ed il comportamento e concentrare l'attenzione sugli stati mentali.

Al fine di sviluppare l'attenzione concentrata si focalizza quest'ultima su un oggetto fisso al fine di impedire alla mente di vagare e di spostarsi su oggetti differenti secondo il suo autonomo funzionamento. Normalmente il primo oggetto scelto come riferimento per la mente è il respiro, e le sensazioni somatiche che esso evoca (Bishop et. Al, 2004), oppure il body scan (Segal et al, 2002). che focalizza l'attenzione sequenzialmente sulle sensazioni che originano nelle varie parti del corpo e ne prende coscienza.

La coscienza di sé origina dall'organizzazione delle prime esperienze sensoriali che avvengono nel periodo neonatale. Senza dubbio le immagini sono create dalla corteccia cerebrale a partire dalle cortecce sensoriali di ordine inferiore interessate all'olfatto, gusto, udito e vista, ma, secondo gli studi di Damasio, le prime mappature mentali si formano a partire dalle sensazioni interne al corpo, le enterocezioni primitive che sono elaborate nei nuclei tronco-encefalici del tratto solitario e parabrachiali (Damasio, 2012). Concentrando così l'attenzione sul respiro la si sottrae agli altri oggetti della mente, sensazioni, emozioni e pensieri e la si sposta su una delle propriocezioni più arcaiche insieme al battito cardiaco che costituisce il primo nucleo della coscienza (il *proto sé* di Damasio). A differenza dello stimolo della fame che viene percepito come qualcosa di estraneo che va sempre soddisfatto, quando l'attenzione si sposta sul respiro la sensazione che questa istanza non possa essere soddisfatta si attenua e la mente si placa. Si passa così a un organizzazione del sé svincolata dalla dipendenza esterna e basata sui ritmi interni ed integrata con il corpo (Epstein, 1996). L'attenzione concentrata sul respiro consente di ridurre l'emotività e permette di osservare gli stati mentali e aumenta il controllo percepito rispetto ai propri eventi interni (Edenfield & Saeed, 2012). Al livello neurofisiolo-

logico l'attenzione concentrata sul respiro riduce l'attivazione del simpatico ed aumenta quella parasimpatica producendo uno stato di rilassamento ed in questo modo riducendo il protomentale inteso come emotività non mentalizzata (Lago2006), calma il paziente e permette al terapeuta di lavorare sugli stati mentali e sviluppare delle prime abilità.

## Obiettivi del trattamento dei DCA in adolescenza

Come in tutte i trattamenti è fondamentale stabilire con i pazienti adolescenti affetti da BED e BN le regole preliminari per l'adesione al trattamento. Premessa fondamentale è la sospensione di tutti i comportamenti eliminativi, vomito, uso di diuretici e purganti e le abbuffate compulsive, che compromettono lo stato fisico dei pazienti. Al tempo stesso si richiede di eliminare la modalità di mangiare senza consapevolezza (*mindless eating*) e l'impegno ad esercitarsi ad acquisire gli strumenti per acquisire competenze ed abilità per la regolazione emotiva, la consapevolezza e la tolleranza della sofferenza. Ciò si realizza attraverso l'insegnamento delle tecniche basilari della Mindfulness come l'attenzione focalizzata sul respiro e la scansione degli stati del corpo.

Al tempo stesso il terapeuta si impegna nella pratica delle tecniche che deve trasmettere. Come sottolineano molti autori, si può parlare di mindfulness o scriverne intere pagine, ma per comprenderla veramente occorre farne esperienza diretta (Olendzky, 2008), poiché essa descrive un'esperienza che non è concettuale né linguistica, rivelandosi pertanto difficile da esprimere con i termini dell'apparato teorico occidentale in quanto, culturalmente, non sembra essere qui riconosciuta come parte della fenomenologia mentale (Giommi, 2006). Per avvicinarsi alla comprensione di questo processo è quindi importante *sperimentarlo in prima persona*, tenendo però conto che "nessuno di noi dovrebbe ritenere di conoscerlo fino in fondo né di esserci arrivato tanto da incarnarlo nella sua vita". (Kabat-Zinn, 2008).

La terapia dei DCA con le adolescenti richiede nel terapeuta un

atteggiamento fermo ed al tempo stesso flessibile che tenga conto delle possibili ricadute. Questa apparente contraddizione va spiegata con il concetto di *astinenza dialettica* (Linehan, Dimeff, 2008): la dialettica sviluppata nella *Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers* richiede la cessazione immediata e permanente delle condotte disfunzionali (bingeing, abuso di sostanze), ma anche di inculcare il fatto che una ricaduta, se ciò dovesse accadere, non significa che il paziente o la terapia non può raggiungere il risultato desiderato. Inoltre al terapeuta è richiesto di utilizzare sia l'accettazione empatica che la frustrazione, tramite l'interpretazione, per spingere il paziente al cambiamento.

## Mentalizzazione Mindful: le abilità nucleari

Le prime competenze che si cerca di far acquisire vengono descritte all'inizio del trattamento e sono necessarie per utilizzare le altre abilità impartite nel corso della terapia. Le competenze di Mindfulness consentono ai pazienti di sperimentare che le emozioni non sono stabili ma hanno un inizio ed una fine, che non richiedono necessariamente di utilizzare un comportamento di compenso per interromperle. In questo modo si insegna a provare le emozioni senza giudicarle o ad evitarle con pratiche che finiscono per generare sempre nuovi comportamenti disfunzionali.

La prima categoria di abilità sono quelle di contenuto che rispondono al quesito "cosa si fa?" e comprendono: *osservare, descrivere, partecipare*. La seconda categoria riguarda il "come si fa?" e comprende: *l'attenzione non giudicante, l'attenzione concentrata (fare una sola cosa per volta) e l'agire con efficacia*. Infine la pratica del *Mangiare con consapevolezza (mindful eating)* permette di mettere a frutto le abilità acquisite e rivolgerle all'alimentazione.



## Abilità di contenuto (cosa si fa).

### Osservare

L'abilità di osservare consiste nel percepire e fare esperienza senza etichettarla o darle un nome. L'osservazione può essere rivolta all'esterno o all'interno verso sensazioni emozioni o pensieri. L'osservare non comporta cambiare l'esperienza od interromperla qualunque essa sia. Possono osservare la rabbia l'ansia o la tristezza oppure le sensazioni fisiche che provano il respiro trattenuto il battito cardiaco accelerato o le mani sudate. Osservare senza intervenire è come trovarsi nell'occhio del ciclone stare fermi mentre tutto gira "vorticosamente intorno". Il tener fermo il comportamento e non formalizzare il pensiero allena a controllare l'impulsività e a non evitare le emozioni negative.

### Descrivere

Descrivere è la seconda abilità e prevede la descrizione a parole e richiede il distanziamento da essa. Si descrive uno stato fisico in maniera neutrale differenziando gli stati mentali, emozioni e pensieri dalla realtà. Si sta osservando un pensiero o un'emozione e non un fatto. Il descrivere non comporta esprimere un giudizio. Es. invece di: "Non sono buono!", "ho avuto un pensiero: non sono buono". Si osservano i contenuti della mente come se fossero su "nastro trasportatore", (Safer, Telch 2011), e si separa "l'io osservante" da "l'io senziente" in una modalità simile a quella che è definita da Fonagy e Allen come "il mettere in pausa" nella mentalizzazione. Il fare un passo indietro, "non andare con il pilota automatico" (Kabat Zinn cit), allena al controllo dell'impulsività e evita gli acting (bingeing, purging etc.).

### Partecipare

Il partecipare è come immergersi nell'esperienza allo stesso modo che imparare a ballare o ad andare in bicicletta. Si osserva prima come si fa, poi si descrive l'esperienza e si provano i passi infine, la cosa più importante, nel momento presente ci si lascia andare all'esperienza. Partecipare aiuta a sviluppare la mente saggia ed è funzionale all'apprendimento della regolazione emotiva.

## Mindful eating

Il mangiare consapevole, *mindful eating* (Kabat Zinn), è il contrario del binge eating che avviene con il pilota automatico e riassume le competenze acquisite e si rivolge al mangiare, partecipando momento per momento con la profonda consapevolezza di star mangiando.

## Abilità formali (come si fa).

### L'attenzione non giudicante

L'attenzione non giudicante non descrive l'esperienza in termini di valore o morali, buona o cattiva, giusta o sbagliata, ma semmai valuta le conseguenze delle condotte disregolate su sé stessi o sulle proprie relazioni. Lavorare sui giudizi permette di affrontare gli aspetti nucleari della personalità come l'idealizzazione la negazione il perfezionismo etc.

### Fare una cosa alla volta.

Il fare una sola cosa alla volta tende a sviluppare l'attenzione concentrata e la pazienza insegna a lasciare che le cose siano come sono ed occuparsi di un solo problema alla volta rimanendo concentrati nel qui ed ora.

### Agire con efficacia

Agire con efficacia vuol dire cercare di focalizzarsi su ciò che funziona senza ricercare la perfezione. Significa accettare la realtà per quello che è e non per quello che si pensa dovrebbe essere. Tende a far accettare la realtà per quello che è senza agire in modo controproducente.

## Conclusioni

Gli aspetti peculiari comuni alla Bulimia Nervosa ed al Binge eating è l'impulsività che porta al comportamento di bingeing. Questo è preceduto da emozioni o pensieri spesso non consapevoli che scatenano l'attacco di fame incontrollata. La Mindfulness ha come focus attento

i propri stati mentali siano essi interni riferiti alle sensazioni enterocettive sia essi esterni centrati su emozioni e pensieri. La pratica costante dell'attenzione focalizzata ha dimostrato con studi di neuroimaging di modificare l'attivazione di diverse aree cerebrali. In un articolo pubblicato da Treadway e Lazar sugli effetti della Meditazione sulla neuroplasticità (Treadway e Lazar 2010) sono riportati risultati convergenti effettuati su meditatori esperti che dimostrano come la pratica mindful provochi variazioni significative nell'attività di diverse aree cerebrali, in particolare la corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC), regione associata alla capacità decisionale e all'attenzione, la corteccia cingolata anteriore (ACC), zona di integrazione tra attenzione motivazione e controllo motorio e all'insula, regione associata all'enterocezione cioè alla percezione di sensazioni viscerali quali la fame la sete, il respiro ed il battito cardiaco. Inoltre sono state registrate variazioni significative del volume di diverse aree cerebrali tra cui l'insula le cortecce sensitive temporali l'ippocampo e le cortecce prefrontali, regioni che risultano compromesse in diversi disturbi psichiatrici tra cui il disturbo post traumatico da stress, la depressione, ansia sociale e fobie e la schizofrenia.

Infine ricerche recenti effettuate sul tronco encefalo hanno dimostrato in quest'area importante per le funzioni di base come il respiro ed il battito cardiaco una maggiore densità della materia grigia, che potrebbe significare un maggior controllo top-down di processi in gran parte automatici. Analoghi studi sono stati effettuati sui circuiti implicati nella regolazione delle emozioni tra le corteccia prefrontale, l'insula e l'amidgala. Nel corso di emozioni negative in soggetti sani si attivano la corteccia prefrontale dorsolaterale e la corteccia cingolata e diminuisce l'attivazione dell'amidgala, mentre nei meditatori esperti si attiva l'insula anteriore, un'area associata alla corteccia limbica, che dimostra come in questi ultimi ci sia un miglior controllo della corteccia sui centri emotivi sottocorticali. L'insula viene sempre più studiata per il suo ruolo nella rappresentazione corporea e nell'esperienza emozionale soggettiva. In particolare, Damasio ha proposto che questa regione giochi un ruolo nel mappare stati viscerali che sono associati con l'esperienza emozionale, producendo così sentimenti consci. Questo aiuterebbe a comprendere perchè la mindfulness è un utile componente della terapia

delle patologie caratterizzate da una scarsa regolazione emotiva.

Infine secondo uno studio di Baer (Baer, et al., 2006) sono cinque i fattori della pratica mindfulness che sono determinanti per il cambiamento che sembrano emergere da varie indagini:

Non reattività rispetto all'esperienza interna (es. percepire sentimenti ed emozioni senza dovervi necessariamente reagire)

Osservare percezioni emozioni pensieri e rimanere in contatto con le proprie sensazioni anche quando sono spiacevoli o dolorose.

Agire in modo consapevole non con il pilota automatico, concentrazione/non distrazione.

Descrivere/etichettare con le parole (es. mettere facilmente in parole le proprie credenze, opinioni e aspettative)

Avere un atteggiamento non giudicante rispetto all'esperienza (es. non criticarsi perché si provano emozioni irrazionali o appropriate).

## BIBLIOGRAFIA

Baer R. (2010). *Come funziona la mindfulness*. R. Cortina ed.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Devins, G. (2004). *Mindfulness: A proposed operational definition*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph07

Bratman, S. (1997). *Original essay on orthorexia*. *Yoga J.* 1997 Oct. [up.2013 nov]. Available from: [www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com)

Casey BJ, Getz S, Galvan A. *The adolescent brain*. *Dev Rev.* 2008;28(1):62-77.

Castaldo E., P. Scognamiglio, P. Monteleone *Regolazione del comportamento alimentare e correlati biochimici dell'anoressia e bulimia nervosa* *Noos* 1:2009 pag 21-41

Damasio A., *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente* 2012. Adelphi Ed.

L. A. Dimeff, M.. Linehan, (2008). *Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers*. *Addict Sci Clin Pract.* 2008 Jun; 4(2):39-47.

Edenfield, T. M. & Saeed, S.A. (2012). *An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression*. *Psychology research and behaviour management*, 5, 131-141. doi: 10.2147/PRBM.S34937mo .

Epstein Mark (1996) *Pensieri senza un pensatore. La psicoterapia e la meditazione buddhista*. Ubaldini ed.

Fassino, S., Daga, G.A., Pierò, A., Delsedime, N. (2007). *Psychological factors affecting eating disorders*. *Adv Psychosom Med*, 28, 141-168.

Fairburn CG, Marcus MD e Wilson GT, *Cognitive behavioural therapy for binge eating and bulimia nervosa*. In Fairburn CG & Wilson GT (Eds.), *Binge eating nature: assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 361-404, 1993.

Fairburn CG, Harrison PJ. 2003 *Eating Disorders*. *Lancet*. 361:407-416,.

Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

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

Gordon A.R. 1990. *Anoressia e Bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*. Milano, Cortina ed.

Lago G.(2006). *La psicoterapia Psicodinamica Integrata. Le basi ed il metodo*. Alpes ed .

Merli M., Bellini M. 2013, *Bulimia Nervosa*. <http://www.psychiatryonline.it/node/1167>.

Olendzky, A. (2008). In Didonna (A cura di), *Clinical Handbook For Mindfulness* (pp. 87-96). New York: Springer

Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P, ESEMeD-WMH Investigators. *The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project*. *J Psychiatr Res*. 2009 Sep; 43(14):1125-32.

Ramacciotti CE1, Paoli RA, Marcacci G, Piccinni A, Burgalassi A, Dell'Osso L, Garfinkel PE. *Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders*. *Psychiatry Res*. 2005 Jun 15;135(2):165-70..

Russell G. *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine / Vol- 9 / Aug. 1979*, pp 429-448

Safer D. Telch C. Chen E.(2009). *Binge eating e Bulimia. Trattamento Dialettico Comportamentale*. R. Cortina editore

Speranza M, Loas G, Wallier J, et al. (2007). *Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study*. *J Psychosom Res*, 63, 365-71

Segal Z., Williams M., Teasdale J., 2002. Trad. it. *Mindfulness*. Torino, Bollati Boringhieri 2006.

Treadway T., Lazar S.W: (2010) *Meditazione e neuroplasticità* in Baer R. (2010). *Come funziona la mindfulness*. R. Cortina ed

## NON-SUICIDAL SELF-INJURY IN ADOLESCENZA

Giuseppe D'Agostino<sup>1</sup>

**Riassunto:** Il Non – suicidal Self – Injury (NSSI), in italiano Autolesionismo non suicidario, è un disturbo del comportamento che spinge la persona ad infliggersi ferite senza l'intenzione di suicidarsi. A causa dell'aumento della sua diffusione e dell'età di esordio durante l'adolescenza, il NSSI ha ricevuto, negli ultimi anni, grande attenzione sia in ambito scientifico che sociale. L'obiettivo del presente articolo è di illustrare i più recenti contributi sull'argomento.

**Summary:** Non-suicidal Self-Injury (NSSI) is a behavior disorder that induces people to self-inflict wounds without the intention to commit suicide. Because of the increase of diffusion and the age of onset during the adolescence, the NSSI has recently received a great deal of attention in both scientific and social area. The most recent contributions on the subject are thoroughly presented in this paper.

Il *Non-suicidal Self-Injury* (NSSI), in italiano *Autolesionismo non suicidario*, è stato definito dall'International Network for the Study of Self-Injury (ISSS) come «distruzione deliberata e autoinflitta di tessuto corporeo che provoca un immediato danno, senza un intento suicidario e per scopi non sociali» (2007).

Attualmente il NSSI è inserito nella sezione *Condition for further Study* del DSM - V. È considerato una “condizione” non sufficientemente conosciuta (i criteri proposti non sono da considerarsi per uso clinico) e ne è incoraggiato l'approfondimento attraverso la ricerca.

Tra gli adolescenti ricoverati, il NSSI ha una larga diffusione, fino all'80% (Glenn e Klonsky, 2012). I dati che si riferiscono alla popolazione generale sono meno concordi e variano a seconda delle nazioni

<sup>1</sup> Dott. Giuseppe D'Agostino, psicologo psicoterapeuta, Socio fondatore Adirppi.