

Il trattamento del disordine alimentare multisintomatico in giovani pazienti attraverso il modello breve strategico evoluto di Giorgio Nardone

Elisa Valteroni¹

Abstract

Lo scopo di questa trattazione è presentare il trattamento breve strategico evoluto secondo il modello di Giorgio Nardone (Nardone, Verbitz, Milanese, 2005; Nardone, Valteroni, 2020; Nardone, Barbieri Brook, 2010; Nardone, Selekman, 2011; Castelnuovo, Manzoni et al., 2010; Nardone, Portelli, 2005; Nardone, Watzlawick, 2005; Nardone, Milanese, 2018; Nardone, Balbi, 2015; Nardone, 1997, 2003, 2007, 2020) del disordine alimentare atipico e/o multisintomatico in età pediatrica e adolescenziale.

Introduzione

Nel corso degli ultimi 3 anni (2020, 2021, 2022) al Centro di Terapia Strategica di Arezzo, Italia, sono afferite un numero crescente di pazienti con disordine alimentare (prevalentemente anoressia, ma anche bulimia e binge eating) in comorbidità con diagnosi psichiatriche in asse I del DSM, quali disturbo grave d'ansia generalizzato, disturbo da conversione, agito autolesivo minore e maggiore, depressione con pregressi tentativi suicidari e in asse II disturbo di personalità, per lo più riconducibile al cluster B del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR, (in specie disturbo borderline di personalità), o con aspetti disarmonici della personalità in quanto, nella maggioranza dei casi, si tratta di giovanissime pazienti, sotto i 18 anni di età, che è la soglia riconosciuta per poter effettuare diagnosi di disturbo di personalità. Il trattamento psicofarmacologico in corso si avvale per lo più sia di antipsicotici, stabilizzanti dell'umore, ipnoinducenti, sia di ansiolitici.

Analogo aumento dell'incidenza di questa tipologia di pazienti si rileva nella letteratura internazionale, nei dati dei servizi ospedalieri psichiatrici, dei servizi di neuropsichiatria infantile e delle strutture preposte al trattamento dei disordini alimentari (Chauvet-Gelinier, Roussot, Vergès, Petit, Jollant, Quantin, 2022; Feldman, King, Vitale et al., 2022; Lin, Hartman-Munick, Kells et al., 2021; Serur, Dikstein, Shilton et al., 2022; Datta et al., 2020; Haripersad et al., 2020). In generale, durante la pandemia da Covid-19, è stato registrato a livello mondiale un aumento nel numero di giovanissime pazienti ricoverate per anoressia o bisognose di cure ambulatoriali a causa del disturbo alimentare, così come una recrudescenza del pattern sintomatico di pazienti con pregressa diagnosi di disturbo alimentare (Takakura, Toda, Yamashita et al., 2022; Asch, Buresh, Allison et al., 2021; Agostino, Burstein, Moubayed et al., 2021; Gilsbach, Plana, Castro-Fornieles, Gatta et al., 2022; Freizinger, Jhe, Dahlberg

¹ Elisa Valteroni, psicologa-psicoterapeuta, specialista in psicoterapia breve strategica, ricercatrice e clinica presso il Centro di Terapia Strategica di Arezzo, Italia. Docente universitaria di tecniche di intervento di psicologia strategica Psicologia Strategica presso il corso di laurea magistrale in psicologia dell'Università e-Campus, e di psicoterapia alla Scuola di specializzazione in psicoterapia breve strategica. Responsabile dell'unità di ricerca e trattamento dei disordini alimentari del Centro di Terapia Strategica di Arezzo.

et al., 2022; Goldberg, Ziv, Vardi et al., 2021; Giacomini, Elhadidy, Paladini et al., 2022; Hansen, Stephan & Menkes, 2021; Herpertz-Dahlmann, Dempfle & Eckardt, 2022; Otto, Jary, Sturza et al., 2021). Lo sviluppo di un modello di intervento che sia efficace, efficiente nello sbloccare i più invalidanti pattern percettivi-reattivi² e che si adatti alle peculiarità di tali pazienti ha acquisito pertanto sempre più rilevanza.

Caratteristiche cliniche delle pazienti

Nella maggioranza dei casi si tratta di ragazze con indice di massa corporea normale (in taluni casi anche sottopeso e in lieve sovrappeso) con condotta alimentare meccanica alternata a episodi percepiti come abbuffate, seguiti da vomito autoindotto o condotte compensative, per lo più tentativi di restrizione alimentare e uso di lassativi. Hanno un recente passato di grave anoressia, per la quale sono state ricoverate e benché il regime alimentare attuale sia per lo più quello stabilito dai piani di trattamento progressi e assoggettato al vigilante controllo genitoriale, la percezione nei confronti del cibo e del corpo è ancora quella tipicamente anoressica. Pertanto, il cibo è una minaccia al corpo desiderato, ancor di più gli alimenti che piacciono; il momento del pasto è vissuto come una forzatura seguito da elevati stati ansiosi e da agitazione psicomotoria. Si sentono intrappolate in un corpo grasso, gonfio che avvertono irrimediabilmente compromesso e fuori dal loro controllo. Rifuggono dagli specchi o vi si guardano con una modalità ossessiva-compulsiva che esita in accessi di rabbia e agito autolesivo. Le condotte autolesive hanno sia una valenza sedativa che piacevole (Nardone, Selekman, 2011; Balbi, Boggiani, Dolci, Rinaldi, 2009). Trascorrono le loro giornate per lo più in casa, manifestando lamentele e rabbia nei confronti dei genitori. Non frequentano la scuola, non hanno contatti relazionali amicali, ad eccezione di qualche rapporto nato durante i ricoveri psichiatrici. Nel cronico senso di vuoto le ore della giornata si susseguono con estrema lentezza tra episodi di sonno e l'assenza di una qualsiasi attività finalizzata e/o piacevole che non sia l'induzione di una ferita somatica. I continui solleciti delle famiglie nel proporre stimoli sono seguiti da sistematici rifiuti. La soglia assai bassa di tolleranza alla frustrazione esita in vissuti intensi di rabbia autodiretta e eterodiretta che si esprimono con attacchi verbali verso i genitori, con la chiusura collerica difensiva e l'impulso irrefrenabile al farsi del male.

² Per sistema percettivo-reattivo di un individuo si intende le sue modalità ridondanti di percezione e reazione nei confronti della realtà che si esprimono nel funzionamento delle tre fondamentali tipologie di relazione interdependente: la relazione tra il sé e il sé, la relazione tra sé e gli altri, la relazione tra sé e il mondo. Come corroborato dagli studi sulla psicobiologia della percezione, essa implica un processo eminentemente soggettivo di integrazione tra un'elaborazione bottom-up, ovvero fondata sui dati provenienti dall'esterno, e una top-down, ovvero basata su fattori individuali influenzati dalle esperienze passate, dalle aspettative, dagli schemi, dagli scopi, dalle emozioni e dal contesto percettivo. Ogni individuo tende pertanto a riconoscere piuttosto che a conoscere e a reagire in maniera consequenziale alla costruzione della propria realtà, andando così a rinforzare anche a livello neuronale tale processo di percezione e reazione che diventerà in futuro sempre più probabile (si abbassa la soglia di attivazione) e intenso (maggior scarica neuronale) (Nardone, Watlazwick, 1993).

In queste pazienti predominano le percezioni di inadeguatezza, di imperfezione e incapacità, per cui tendono costantemente a sottovalutare loro stesse e a sopravvalutare gli altri.

Ogni relazione sociale è vissuta come probabile fonte di giudizio negativo e di rifiuto, cosicché l'evitamento o il tentativo di aderire a standard assoluti di perfezione diventano le uniche modalità adottate per gestire il confronto con il mondo sociale reale e on line.

Il pattern percettivo reattivo che si viene a creare dinanzi a qualsiasi circostanza espositiva è, pertanto, così definito: percezione di inadeguatezza→tentativo preparatorio di essere perfette esteticamente e nella prestazione→subitaneo e abnorme vissuto di frustrazione per l'impossibilità di perfezione con abbandono dell'intento espositivo→rabbia/agito autolesivo e-o chiusura difensiva connotata dal senso di impotenza e dolore, che alimentano la percezione di incapacità e indesiderabilità.

Inoltre, presentano significative difficoltà attentive, nella concentrazione e nel richiamo mnemonico delle informazioni, in parte probabilmente imputabile all'abbattimento del tono dell'umore, in parte alla terapia farmacologica. Tali deficit condizionano la comunicazione terapeutica che dovrà adattarsi da un punto di vista dei contenuti, della forma, della durata e della comunicazione non verbale a tali peculiarità dei processi dell'attenzione e di elaborazione dell'informazione (Nardone, 2020; Nardone, Milanese, 2018; Loriedo, Nardone, Watzlawick, Zeig, 2004; Loriedo, Zeig, Nardone, 2011)

Principali caratteristiche del sistema familiare

I genitori sono tipicamente ipercontrollati nell'espressione delle problematiche della figlia, per lo più dichiarano di aver ormai abdicato all'esercizio dell'autorità genitoriale, non stabiliscono regole e sanzioni in quanto temono le reazioni autolesive della figlia e in generale di discontrollo degli impulsi. Iperprotettivi, ascoltano le lamentele e cercano di sedare le crisi di rabbia attraverso argomentazioni razionali a contenuto rassicurante. Nella maggioranza dei casi, vi è una continua ricerca del contatto corporeo sia da parte delle pazienti che dei genitori, che può investire anche le ore notturne, tanto che figlia e madre dormono spesso insieme (questo anche per bloccare l'eventuale agito autolesivo). Il pattern comunicativo ridondante dei genitori è focalizzato sugli aspetti di problematicità e malattia della figlia con continue richieste del tipo "come stai?" "come ti senti?" "te la senti di?"

Se ci sono dei fratelli che vivono ancora in casa, con le parole dei genitori "sono lasciati in disparte" e ciò suscita nel padre e nella madre perplessità e senso di colpa in quanto riconoscono di convogliare gran parte delle attenzioni esclusivamente sulla figlia "malata". Nella maggioranza dei casi la madre ha addirittura lasciato il posto di lavoro o ridotto significativamente l'attività lavorativa, grazie alla certificazione di invalidità della figlia, per poter prestare assistenza a costei.

Processualità terapeutica³

Il primo appuntamento è solitamente preceduto da colloqui telefonici con i genitori, l'invio della lunga cartella clinica della figlia e dalle scuse anticipate rispetto a possibili comportamenti squalificanti della figlia o di esplicito rifiuto a parlare. Affermano di “non saper più cosa fare” “di avere provato tutto ma niente sembra funzionare, anzi la situazione peggiora” e che “questa terapia è ciò a cui si aggrappano perché è l'ultima possibilità”.

I fase. Definizione operativa del problema e degli obiettivi a breve termine, entrambi concordati con la paziente. Sintonizzazione sul vissuto emotivo, sulla percezione di insoddisfazione del proprio corpo, sulla funzionalità dell'agito autolesivo.

Nel primo incontro la seduta è familiare, una volta che si è fatto accomodare la famiglia, si illustra che faremo parlare prima i genitori, poi daremo lo spazio per far ciò che “a noi figli, in quanto siamo figli a tutte le età, viene bene, ovvero il contraddittorio ai genitori, oppure confermare, aggiungere, ridefinire ciò che loro hanno espresso rispetto alla propria percezione del problema”. È così rivolta la domanda “qual è il problema che vi porta qui?” al padre e alla madre. Nella maggioranza dei casi è la madre che prende la parola per prima e descrive il problema, il padre annuisce. Mentre i genitori parlano la figlia ha lo sguardo fisso verso il basso, un comportamento non verbale di chiusura e disinteresse.

Quando ci rivolgiamo alla ragazza può non rispondere o affermare che la visione del problema dei genitori è anche la sua per poi chiudersi nel silenzio.

Le tipiche domande orientate alla definizione dell'obiettivo problem oriented (Nardone, Watzlawick, 2005; Nardone, Salvini, 2019) o solution oriented (De Shazer, 1988; Nardone, Salvini, 2019) “Cosa dovrebbe cambiare nella tua vita per potermi dire grazie mi hai aiutato a risolvere il mio problema?” “la miracle question” e varianti di esse, se poste in questa fase, non raggiungono i propri obiettivi, le risposte tipiche sarebbero “non lo so”, “bo”, o il silenzio. Potremmo definire queste ragazze come “le fanciulle mute che urlano dentro”.

Le tecniche che hanno evidenziato la loro efficacia sono quelle dell'anticipazione (Nardone, Rampin, 2002; Nardone, Salvini, 2019; Loriedo et al., 2004), volte a sintonizzarsi sui modelli percettivo-reattivi della ragazza e creare un avvicinamento relazionale, propedeutico all'apertura della paziente e alla definizione degli obiettivi.

Con un atteggiamento one-down si premette “*che probabilmente non vorrebbe star qui davanti a noi, da quella che è solo l'ultima professionista della lunga serie che vuole entrare nel suo mondo senza invito...*” e cerchiamo di sintonizzarci sul vissuto percettivo-emotivo riportato come dominante.

³ Il modello breve strategico evoluto di Giorgio Nardone orientato alla cura del disordine alimentare in età pediatrica e adolescenziale prevede, in accordo alle linee guida internazionali e alla ricerca evidence-based (Lock et al., 2010; Lock et al., 2005; Le Grange, Lock, 2013; Dare, Eisler, 1997; Le Grange, 2004; Bool & Mitchel, 2004; Robin et al., 1994, 1999; Russell et al., 1987; NCCMH, 2004; The Royal Australian and New Zeland College of Psychiatrists, 2014), un trattamento sistemico-strategico, familiare e individuale, sviluppato in 4 fasi.

Rabbia e dolore come uniche emozioni possibili per chi è inciampata *“nella nemica travestita da amica (l’anoressia mentale), che ha dapprima sortito l’inganno percettivo dell’armatura difensiva e anestetizzante, per poi subdolamente divenire una prigioniera con sbarre sempre più strette e robuste, fino a trasformarsi nell’arma che ferisce e inchioda alla morte psicologica e somatica”*. Rabbia come *“emozione inevitabile e adattiva per chi percepisce che i propri bisogni esistenziali sono calpestati, tra cui quello di avere un’immagine estetica che racconti chi avremmo voluto essere, chi forse ancora, in un piccolo angolo, sentiamo di essere e dolore emotivo per chi percepisce di aver rinunciato a se stesso, di aver tradito i propri talenti, le proprie passioni, i propri progetti, i propri sogni...rabbia come imprescindibile campanello di allarme psicobiologico per mobilitare le risorse di P.⁴ al fine di soddisfarne i bisogni, dolore come vissuto pervasivo per chi si condanna a perdere se stesso...”*

Sintonizzazione sulla necessità dell’agito autolesivo come modalità esclusiva per trovare uno spazio di piacere e la sedazione delle emozioni perturbanti. A questo scopo è possibile utilizzare l’aforisma di Epicuro *“nessuno sceglie il male capendo che è un male ma ne rimane intrappolato se per sbaglio lo considera un bene rispetto a un male maggiore”*.

Tali manovre comunicative compiute in presenza dei genitori hanno una finalità terapeutica sulla figlia ma anche sui genitori, in quanto si ristrutturano la visione del problema della figlia, tipicamente medicalizzata, in cui la figlia è vista cambiare da un giorno all’altro per effetto di patologie gravi e incomprensibili, normalizzandone le reazioni alla luce di specifici vissuti.

Solo ora è chiesto alla figlia se è disposta a far uscire i genitori o vuole che essi siano ancora presenti accanto a lei. Nella maggioranza dei casi accettano e ciò costituisce un significativo indicatore del contatto relazionale avvenuto o dell’interessamento di costei a vagliare l’opportunità di una relazione terapeutica.

Si apre ora la possibilità di proporre domande strategiche discriminanti, orientate strategicamente fino a concordare i primi obiettivi terapeutici e le indicazioni⁵.

Il linguaggio verbale deve riflettere la spiccata ambivalenza di queste ragazze verso la possibilità di stare meglio e essere “normali”, pertanto accettiamo e esplicitiamo che *“la sofferenza del noto può essere meno sofferta della sofferenza dell’ignoto che apre possibilità non sofferenti”* e che *“la P. che sta male è un rifugio dal quale possiamo muoverci senza perdere di vista la strada di ritorno”*, *“in qualsiasi momento possiamo rinchiuderci nel mondo di F. di cui si conoscono le regole”* e deve essere assai suggestivo, evocativo così da promuovere la tonalità percettivo-emotiva propedeutica

⁴ P. indica il nome della paziente

⁵ Le domande strategiche discriminanti sono usate all’inizio della valutazione con l’obiettivo di discriminare il percorso diagnostico da seguire, mentre le domande strategicamente orientate vengono usate con l’obiettivo di esplorare aree di interesse clinico. Fanno parte della tecnica principale di comunicazione suggestiva e performativa formalizzata da Giorgio Nardone per la diagnosi e l’intervento terapeutico che prende il nome di dialogo strategico (Nardone, Salvini, 2004).

al cambiamento e sostenere le capacità attentive e di elaborazione dell'informazione (Nardone, Valteroni, 2020; Nardone, Milanese, 2018; Nardone, 2020).

A tal fine anche la comunicazione non verbale e gli aspetti paralinguistici dovranno essere modulati in questa direzione. Il linguaggio verbale dovrà essere ben scandito, la voce dovrà assumere un tono calmo, un ritmo rallentato, avere pause e abbassamenti del volume che promuovono l'effetto performativo della comunicazione (Loriedo et al. 2004; Loriedo et al., 2011; Nardone, 2020).

Con queste pazienti la tolleranza e l'uso strategico dei loro silenzi ha un ruolo cruciale, ovvero si accetta e si ridefinisce il silenzio come la forma più elevata di complicità e sintonia con l'altro. In fasi più avanzate della terapia dinnanzi ai silenzi prolungati si può ironizzare con un sorriso *“..dovresti sapere che non sono molto brava a interrompere i silenzi...o dovresti sapere che non temo i silenzi..”*

Indicazioni ai genitori per la gestione più funzionale delle lamentele e delle crisi colleriche: ascolto silenzioso e partecipe privo del tentativo di rassicurare attraverso il convincimento razionale. Inoltre, si indica di interrompere i solleciti al fare e le continue richieste di rassicurazione e monitoraggio dello stato psicologico della figlia. A tal proposito si esplicita in presenza della figlia *“che il chiedere sempre come stai P.? inchioda alla malattia e impedisce o blocca, anche qualora volesse emergere per brevi istanti, la parte di P. che vuole provare a liberarsi dalla sofferenza”*. Si sottolinea poi l'importanza della loro presenza per scongiurare il suicidio, anche se appare come evenienza involontaria, non sostenuta da pianificazione.

Indicazioni individuali: sono adottate tecniche problem oriented e solution oriented. Data la multisintomaticità delle pazienti per le tecniche orientate al problema si inizia con quelle elettive per trattare il disturbo rispetto al quale abbiamo stabilito l'alleanza e l'accordo con la paziente. Nella maggioranza dei casi si tratta delle primissime tecniche per la gestione del disordine alimentare e dell'agito autolesivo minore. Si propongono anche prescrizioni solution oriented volte a valutare e enfatizzare dimensioni che rappresentano risorse per la paziente.

II fase. Sblocco dei processi percettivi-reattivi disfunzionali

Ristrutturazioni volte a creare avversione verso le tentate soluzioni disfunzionali e prescrizioni finalizzate alla creazione di graduali esperienze percettivo-emotive correttive (Nardone, Salvini, 2019; Nardone, Milanese, 2018; Nardone, Balbi, 2015) nella relazione con sé stessa, con i genitori, con il mondo relazionale in generale. La percezione di gradualità e il margine di libertà di scelta nel declinare le indicazioni terapeutiche risultano fondamentali per promuovere il cambiamento positivo senza incentivare le resistenze e il vissuto conscio e esplicitato della paura della “normalità”. Altresì sono adottate ristrutturazioni e prescrizioni volte a creare e enfatizzare modalità più funzionali per interagire con il sé e gli altri, per regolare le emozioni, per accettare e lasciarsi coccolare dalle sensazioni di piacere e dall'emergere della gioia senza averne paura.

Le tecniche di problem solving per lo più utilizzate sono: il romanzo criminale (Nardone, Cagnoni, Milanese, 2021; Nardone, Cagnoni, Milanese, 2007; Nardone, Salvini, 2019); le lettere di rabbia (Nardone, Selekman; Nardone, Salvini, 2019);

Nardone); la ristrutturazione della paura del digiuno (Nardone et al., 2005; Nardone, 2003; Nardone, Valteroni, 2020; Castelnuovo et al., 2010); la tecnica dell'intervallo tra abbuffata e vomito quando la tentata soluzione prevalente è il vomito (Nardone et al., 2005; Nardone, Selekman, 2011); le ristrutturazioni su ciò che è percepito come abbuffata e della trasgressione saltuaria al regime alimentare imposto come il piccolo disordine che mantiene l'ordine e permette il risultato estetico desiderato, all'insegna del "se me lo concedo posso rinunciarvi, se non me lo concedo diventa irrinunciabile" quando le tentate soluzioni prevalenti sono la restrizione o il digiuno che esitano nell'abbuffata (Nardone et al., 2005; Nardone, Valteroni, 2014, Nardone, 2007); la tecnica della dislocazione della condotta autolesiva minore in bagno dinnanzi ad uno specchio con ristrutturazione avversiva specifica per la paziente e un tempo preciso per dedicarsi al farsi male (Nardone, Selekman, 2011; Balbi et al., 2009).

Nei casi più gravi si sottolinea che l'elevato discontrollo degli impulsi e il piacere nel farsi male possono rapidamente trasformare il gesto autolesivo minore in maggiore, pertanto il miglioramento e la remissione degli atti autolesivi derivano dalle tecniche più generali di gestione e regolazione delle emozioni e dai benefici indotti dal processo di miglioramento e cura delle altre aree di problematicità, ovvero dal processo per cui perde di rilevanza il ruolo sedativo del farsi male e si trovano piaceri più elevati e funzionali da vivere.

In particolare, nelle primissime sedute si è rilevata efficace una variante delle tecniche orientate alla soluzione per sondare personali risorse della paziente e stabilire una continuità nel senso di identità delle giovani ragazze, assai importante in adolescenza nella fase di strutturazione della personalità. La tecnica permette di elicitarle nella paziente delle risposte non espresse con la *miracle question* o con le tecniche come *se standard*: *"Immagina P. piccola, torna a quando P. piccola giocava o guardava giocare gli altri, parlava o stava in silenzio, quale P. grande sognava, quale P. grande avrebbe voluto essere?"*

Non si chiede alla P. di ora quella che vorrebbe diventare perché non lo sa, perché teme di concedersi questo pensiero e di esprimerlo, ma si chiede alla Bambina piccola che era di dire come si sognava da grande. In tale modo generalmente c'è un'importante apertura al racconto di dimensioni di piacere, di passioni, di esperienze di socializzazione, di ambizioni. Nella maggioranza dei casi si scopre una vena artistica, anche tipica dell'età, che si declina nella musica, nel dipingere, nella fotografia, nella scrittura, etc. Non ci interessa quanto la paziente sia effettivamente talentuosa ma che sussista qualcosa verso cui nutriva interesse, in cui si riconosceva da bambina e adulta. Chiederemo così: *"potremmo dire che questa, tra le tante, diverse e opposte parti di P., è quella più autentica di P. piccola che sognava P. grande?"* È una domanda che in realtà orienta e definisce una prospettiva diversa con cui la ragazza guarda a sé stessa.

A questo punto si propone un piccolo esperimento così introdotto *"dato che P. dice di non sapere cosa vuole e cosa dovrebbe cambiare, ed è come se nella sua vita una forte tempesta avesse sparpagliato tutto il suo puzzle, il puzzle di sé stessa, proviamo a inserire, nel presente, pezzettini di quel passato e del futuro sognato in quel passato.... Ogni giorno un piccolo, anzi piccolissimo spazio di arte, un piccolo spazio di...potrà*

evocare il niente, il disgusto, il piacere, la paura...non c'è una sensazione giusta o sbagliata, c'è solo una scoperta di P., di quella P. che potrà sempre scegliere di stare nel suo rifugio..”

Con tale tecnica riescono a vivere dimensioni di piacere in modalità protetta e costruttiva e attraverso le loro personali scoperte e risorse è possibile accompagnarle gradualmente all'espressione, alla canalizzazione e alla regolazione delle emozioni.

Altra fondamentale tecnica di problem solving è quella volta ad assumere “piccoli rischi di imperfezione” nella vita quotidiana. In linea generale il tipico linguaggio performativo utilizzato per creare aderenza a tali specifiche indicazioni: *“sconfiggere la condanna della perfezione con l'imperfezione che alimenta la perfettibilità. La nostra conquista è scendere in campo e correre il rischio, ogni volta che sbaglieremo avremmo vinto due volte”*.

III fase. Un'attenzione privilegiata deve essere posta alla **fase di consolidamento** in cui la gradualità diventa il criterio cardine per la sofisticazione dell'esperienze verso sé stessa, relazionali, scolastiche, prestazionali, amorose, cosiccome delle scelte terapeutiche rispetto all'allungamento dei tempi intercorrenti tra le sedute. Le ricadute devono essere tenute presenti e anticipate, la comunicazione con la paziente non deve essere mai sbilanciata sugli aspetti di cambiamento positivi. In tale direzione si danno indicazioni anche ai genitori di non porre troppa enfasi dinnanzi alla figlia sui risultati raggiunti.

La fase di consolidamento non potrà che essere lunga, si tratta infatti di accompagnare la ragazza alla strutturazione di un equilibrio dove l'instabilità tipica delle caratteristiche borderline non sia invalidante fino a bloccare le potenzialità personali e la relazione con sé stessa, gli altri, il mondo.

Infine, si sottolineano alcuni aspetti del lavoro terapeutico con queste particolari pazienti che presuppongono la flessibilità del clinico rispetto al setting: nei tempi delle sedute le quali possono allungarsi ma anche contrarsi quando la comunicazione performativa si è realizzata e vediamo che la ragazza ha molta difficoltà nell'attenzione, nella disponibilità a rispondere a messaggi e chiamate tra le sedute, nella più generale disponibilità all'incontro relazionale, anche violando in talune circostanze alcune modalità standard nel condurre le sedute, esempio un contatto corporeo, sedersi accanto alla ragazza anziché al di là della scrivania.

IV fase della terapia. È rappresentata dalla chiusura della terapia e dai follow up. Gli esiti del processo terapeutico rilevati nei follow up (nella maggioranza dei casi ancora in corso) sono:

- riduzione delle crisi di rabbia nella frequenza e nell'intensità del vissuto;
- miglioramenti nella regolazione di tutta la gamma dell'espressione emotiva;
- riduzione della percezione cronica di vuoto e comparsa del piacere e della gioia non seguiti dalla paura per la loro manifestazione;
- recupero sempre più intenso e gratificante degli hobbies;
- crescente esposizione al rischio dell'imperfezione con aumentata tolleranza alla frustrazione;
- ampliamento delle amicizie alle quali è dedicato un tempo via via maggiore per lo più positivamente contraddistinto;

- miglioramento nella percezione corporea con accettazione generale del proprio corpo e desiderio di valorizzarlo in modo costruttivo;
- alimentazione regolare basata sul piacere e sul senso di sazietà. Le trasgressioni alimentari non generano drammatici sensi di colpa e non sono seguite da meccanismi di compenso;
- remissione dei gesti autolesivi;
- acquisizione di sempre maggiori spazi di autonomia rispetto ai genitori;
- diminuzione delle richieste di contatto corporeo tra figlia e genitori;
- frequentazione scolastica;
- dichiarano di sentirsi meno spaventate della guarigione e di una vita senza “la protezione” della malattia psichica.

Conclusioni

Con questo articolo si è inteso presentare il modello evoluto di trattamento breve strategico per i disturbi alimentari in età pediatrica e adolescenziale che presentano severe comorbidità. Il processo terapeutico prevede la conoscenza e l'adozione delle tecniche dei protocolli brevi strategici di base per l'anoressia giovanile, il binge eating e la bulimia adattati alle specificità individuali delle pazienti e del loro sistema relazionale.

Presso il Centro di Terapia Strategica di Arezzo, Italia, sono in corso ricerche qualitative e quantitative finalizzate sia all'incremento della conoscenza dei fattori coinvolti nella formazione e nel mantenimento di tali quadri psicopatologici, sia volte al continuo miglioramento e alla validazione delle tecniche di comunicazione e problem solving adottate.

Riferimenti bibliografici

- Agostino, H., Burstein, B., Moubayed, D., Taddeo, D., Grady R., Vyver, E., Dimitropoulos, G., Dominic, A., Coelho, J. S. (2021). Trends in the incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth during the Covid-19 Pandemic in Canada. *Jama Network Open*, 4(12).
- Asch, D., A., Buresch, J., Allison, K. C., Islam, N., Sheils, N. E., Doshi, J., A., Werner, R., M. (2021). Trends in US Patients Receiving Care for Eating Disorders and Other Common Behavioral Health Conditions Before and During The Covid-19 Pandemic. *Jama Network Open*, 4(11).
- Balbi, E., Boggiani, E., Dolci, M., Rinaldi, G. (2009). *Adolescenti violenti: contro gli altri, contro sé stessi*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Ball, J., Mitchell, P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*, 12: 303-14.
- Castelnuovo, G., Manzoni, G. M., Villa, V., Cesa, G.L, Molinari, E. (2010). “Brief Strategic Therapy vs Cognitive Behavioral Therapy for the inpatient and telephone-based outpatient treatment of binge eating disorder: the STRATOB randomized controlled clinical trial”. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6
- Chauvet-Gelinier, J. C., Roussot, A., Vergès, B., Petit, J. M. (2022). Hospitalizations for Anorexia Nervosa during the Covid-19 Pandemic in France: A National Population-Based Study. *Journal of Clinical Medicine*, (11).
- Dare, C., Eisler, I. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Datta, N., Derenne, J., Sanders, M., & Lock, J. D. (2020). Telehealth transition in a comprehensive care unit for eating disorders: Challenges and long-term benefits. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1774-1779.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigative Solutions in Brief Therapy*. New York: Norton.
- Feldaman, M. A., King, C. K., Vitale, S., Denhardt, B., Stroup, S., Reese, J., Stromberg, S. (2022). The Impact of Covid-19 on adolescents with eating disorders: Increased need for medical stabilization and decreased access to care. *International Journal of Eating Disorders*.
- Freizinger, M., Jhe, G. B., Dahlberg, S. E., Pluhar, E., Raffoul, A., Slater, W., Shrier, L. A. (2022). Binge-eating behaviors in adolescents and young adults during the Covid-19 pandemic. *Journal of Eating Disorders*.

- Giacomini, G., Elhadidy, H. S., Paladini, G., Onorati, R., Scurpa, E., Gianino, M. M., Borraccino, A. (2022). Eating Disorders in Hospitalized School-Aged Children and Adolescents during the Covid-19 Pandemic: A Cross- Sectional Study of Discharge Records in Developmental Ages in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- Gilsbach, S., Plana, M. T., Castro-Fornieles, J., Gatta, M., Karlsson, P. et al. (2022). Increase in admission rates and symptom severity of childhood and adolescent anorexia nervosa in Europe during the Covid-19 pandemic: data from specialized eating disorder units in different European countries. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.
- Girardi, M., Assalone, C., Maines, E., Genovese, A., Naselli, A., Fovino, L. N., Soffiati, M., Franceschi, R. (2022). Disease Characteristics and Psychiatric Comorbidities in Adolescents with Anorexia Nervosa Hospitalized During Covid-19 Pandemic. *Frontiers in Bioscience*, 14(4).
- Goldberg, L., Ziv, A., Vardi, Y., Hadas, S., Zuabi, T. et al. (2022). The effect of Covid-19 pandemic on hospitalizations and disease characteristics of adolescents with anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics*.
- Hansen, S., J., Stephan, A., Menkes, D., B. (2021). The impact of Covid-19 on eating disorder referrals and admissions in Waikato, New Zealand. *Journal of Eating Disorders*.
- Haripersad, Y. V., Kannegiesser-Bailey, M. Morton, K., Skeldon, S., Shipton, N., Edwards, K., Newton, R., Newell, A., Stevenson, P. G., & Martin, A. (2020). Outbreak of anorexia nervosa admissions during the Covid-19 pandemic. *Archives of Disease in Childhood*.
- Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Eckardt, S. (2022). The youngest are hit hardest: The influence of the Covid-19 pandemic on the hospitalization rate for children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa in a large German representative sample. *European Psychiatry*, 65(1).
- Le Grange, D. (2004). *Family-based Treatment vs Individual Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa: What We Have Learned So Far?* Eating Disorders Research Society Annual Meeting, Amsterdam.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. et al. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43: 1–5.
- Lin, J., A., Hartman-Munick, S. M., Kells, M. R., Milliren, C. E., Slater, W. A., Woods, E. R., Forman, S. F., Richmond, M. D. (2021). The Impact of the Covid-19 Pandemic on the Number of Adolescents/Young Adults Seeking Eating Disorder-Related Care. *Journal of Adolescent Health*.
- Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S., & Kraemer, H. C. (2005). A comparison of short and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 632-639.
- Lock, J., Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1025-1032.
- Loredano, C., Nardone, G., Watzlawick, P., Zeig, Z. (2004). *Strategie e stratagemmi della psicoterapia. Tecniche ipnotiche e non ipnotiche per la soluzione in tempi brevi di problemi complessi*. Milano: FrancoAngeli.
- Loredano, C., Zeig, J., Nardone, G. (2011). *Tranceforming*. Phoenix, Az, Usa: The Milton H. Erickson Foundation Press.
- Matthews, A., Kramer, R. A., Peterson, C. M., Mitani, L. (2021). Higher admission and rapid readmission rates among medically hospitalized youth with anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa during Covid-19. *Eating Behaviors*.
- Nardone, G. (1997). *La terapia breve strategica evoluta dai modelli generali ai protocolli specifici di trattamento*. In P. Watzlawick & G. Nardone, *Terapia breve strategica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nardone, G. (2003). *Al di là dell'odio e dell'amore per il cibo*. Milano: Bur.
- Nardone, G. (2007). *La dieta paradossale*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G. (2020). *Ipnoterapia senza trance*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., Balbi, E. (2015). *The Logic of Therapeutic Change. Fittings Strategies to Pathologies*. London: Karnac.
- Nardone, G., Barbieri Brook, R. (2010). Advanced Brief Strategic Therapy: an overview of interventions with eating disorders to exemplify how theory and practice work. *European Journal of Psychotherapy and Counselling and Health*, (12): 113-127.
- Nardone, G., Cagnoni, F., Milanese, R. (2007). The strategic treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Brief, Strategic and Systemic Therapies*, 2.
- Nardone, G., Cagnoni, F., Milanese, R. (2021). Acrobazie emotive: imparare a superare rimorsi, rimpianti e sensi di colpa. *Psicologia contemporanea*, 284, 31-35.
- Nardone, G., Cagnoni, F., Milanese, R. (2021). *La mente ferita. Attraversare il dolore per superarlo*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., Milanese, R. (2018). *Il cambiamento strategico. Come far cambiare alle persone il loro sentire e il loro agire*. Milano: Ponte alle Grazie.
- Nardone, G., Portelli, C. (2005). *Knowing Through Changing: The Evolution of Brief Strategic Therapy*. Glasgow: Crown House Publishing.
- Nardone, G., Rampin, M. (2002). *Terapie apparentemente magiche*. Milano: Mc Graw-Hill, Milano.
- Nardone, G., Salvini, A. (2004). *The strategic dialogue*. London, UK: Karnac.
- Nardone, G., Salvini, A. (Eds) (2019). *International dictionary of psychotherapy*. London, UK: Routledge.
- Nardone, G., Selekman, M. (2011). *Uscire dalla trappola. Abbuffarsi, vomitare, torturarsi: la terapia in tempi brevi*. Milano: Ponte alle Grazie.

- Nardone, G., Valteroni, E. (2020). *Advanced Brief Strategic Therapy for Young People with Anorexia Nervosa. An Effective Guide for Clinicians*. New York: Routledge.
- Nardone, G., Verbitz, T., Milanese, R. (2005). *Prison of food. Research and treatment of eating disorders*. London, Uk: Karnac.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1993). *The art of therapeutic. Strategic therapy and hypnotherapy without trance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nardone, G., Watzlawick, P. (2005). *Brief Strategic Therapy: Philosophy, Techniques and Research*. New Jersey: Rowman & Littlefield.
- National Collaborating Centre For Mental Health (NCCMH) (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. A National Clinical Practice Guideline*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Otto, A. K., Jary, J. M., Sturza, J., Miller, C. A., Prohaska, N., Bravender, T., Huysse, J. V. (2021). Medical Admissions Among Adolescents With Eating Disorders During the Covid-19 Pandemic. *Pediatrics*, 148 (4).
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Koepke, T. et al. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15: 111–116.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W. et al. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38: 1482–1489.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48: 977.
- Russell, G.F., Szukler, G.I., Dare, C. et al. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44: 1047–1056.
- Serur, Y., Dikstein, H., Shilton, T., Gothelf, D., Latzer, Y., Lewis, Y., Enoch-Levy, A., Pessach, I., Gur, E., Stein, D. (2022). The emotional-behavioral state of Israeli adolescent and young adult females with anorexia nervosa during the Covid19 pandemic. *Journal of Eating Disorders*.
- Takakura, S., Toda, K., Yamashita, M., Kitajima, T., Suematsu, T., Yokoyama, H., Asou, C., S., Hata, T., Sudo, N. (2022). Potential impact of the Covid-19 pandemic on Japanese patients with eating disorders -a cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*.
- Vyver, E., Han, A. X., Dimitropoulos G., Patten, S. B., Devoe, D. J. et al. (2022). The covid-19 Pandemic and Canadian Pediatric Tertiary Care Hospitalizations for Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*.