

Paul Robison - Finn Skårderud
Bente Sommerfeldt

FAME

*Trattare i disturbi alimentari
con la mentalizzazione*

Prefazione di
PETER FONAGY

I disturbi del comportamento alimentare sono una forma di compromissione della capacità di mentalizzare, e incidono dunque su flessibilità mentale, pensiero, emozioni e relazioni. Un orientamento basato sulla mentalizzazione stabilisce un ponte tra la tradizione psicodinamica, quella cognitivo-comportamentale e quella sistemica e narrativa, fornendo al terapeuta un trattamento basato sul paziente, più che sul disturbo.

Casa Editrice Astrolabio

Prefazione
Il corpo sociale

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano probabilmente una delle patologie più complesse e sconcertanti della moderna psichiatria. Le difficoltà derivano, almeno in parte, dalla sovrapposizione di fattori culturali, sociali, relazionali, biologici e genetici. La complessità non risiede nella semplice sovrapposizione di questi fattori, osservabile nella maggior parte delle psicopatologie, ma piuttosto nella loro interazione nel generare le problematiche, particolarmente complicate, che i pazienti presentano. L'interruzione delle relazioni di attaccamento rende gli individui geneticamente predisposti particolarmente sensibili ad alcuni aspetti dell'ambiente sociale; e il loro conseguente adattamento comportamentale causa effetti biologici che compromettono ulteriormente la capacità di navigare nel mondo sociale.

Adottando tale visione dialettica dobbiamo subito affrontare il problema della definizione degli aspetti centrali del disturbo, rinunciando alla fin troppo frequente e alquanto disperata tendenza a confondere una parte per il tutto, un ragionamento attinente al principio di causalità che conduce a una visione polarizzata delle basi del disturbo. Diamo la colpa ai geni che hanno 'causato' la malattia. Oppure biasimiamo la famiglia, responsabile di non aver garantito un sostegno adeguato. O ancora, accusiamo il paziente di non aver saputo accettare le responsabilità e i limiti propri dell'età adulta. E quando non troviamo cause migliori, incolpiamo la cultura che abbiamo generato collettivamente (ma per la quale ci sentiamo ben poco responsabili). La sfida più grande per tutti noi è provare a pensare ai disturbi alimentari senza biasimare nessuno.

In questo senso ci torna utile il modello della mentalizzazione, in base al quale le azioni, proprie e altrui, possono essere comprese immaginando i pensieri e i sentimenti che le hanno generate. Perché le convinzioni, i desideri e i bisogni sono la moneta corrente delle inte-

razioni sociali in tutti gli ambienti familiari. La mentalizzazione, come il linguaggio, è specifica di una cultura ed è appresa nel contesto delle relazioni di attaccamento. Si postula che sia i fattori genetici, sia quelli ambientali, collegati alle relazioni familiari precoci, svolgano un ruolo nel rendere più fragile la mentalizzazione in alcuni individui. Difficoltà familiari o nelle relazioni di attaccamento rischiano di ostacolare il pieno sviluppo di tale funzione (Fonagy *et al.*, 2002), compromettendo la capacità di gestire le pressioni sociali e le situazioni emotivamente impegnative (Skårderud e Fonagy, 2012). L'orientamento della mentalizzazione, adottato dagli autori di questo libro, prova a comprendere i sintomi dei disturbi alimentari inquadrando come tentativi di risolvere difficoltà collegate alla (auto)regolazione sociale.

La mole di studi condotti su adulti conferma la presenza di anomalie della cognizione sociale (Oldershaw *et al.*, 2010 e 2011). Diversi ricercatori hanno evidenziato difficoltà di autoregolazione nei disturbi alimentari, che si manifestano nei pazienti come deficit nell'identificare e descrivere le proprie emozioni (Beadle *et al.*, 2013; Bydlowski *et al.*, 2005), una compromissione della capacità di mentalizzare le esperienze emotive degli altri (Harrison *et al.*, 2009; Taube-Schiff *et al.*, 2015), problemi di attenzione e deficit della funzione esecutiva (Gillberg *et al.*, 2010) e una riduzione della capacità agente del sé (Caglar-Nazali *et al.*, 2014). Considerando tutte queste difficoltà nel complesso, possiamo ipotizzare che i sintomi dei disturbi alimentari siano collegati ad alterazioni dell'autoregolazione. Dai resoconti fenomenologici di questi disturbi, emergono le eccezionali capacità di autodisciplina e autoregolazione dei pazienti nel campo fisico, talvolta intercorrenti con rovinosi fallimenti di tale capacità (come nelle abbuffate). Il modello della mentalizzazione suggerisce che gli sforzi drastici per controllare il comportamento alimentare siano una conseguenza dei falliti tentativi di regolazione del sé sociale.

Ma tali difficoltà relative all'attaccamento e alla mentalizzazione rappresentano una causa (per lo meno correlata) o sono piuttosto una conseguenza delle problematiche alimentari? Gli studi di psicopatologia dello sviluppo suggeriscono una potenziale relazione causale. Due rassegne sull'associazione tra patologie alimentari e attaccamento in soggetti giovani (Jewell *et al.*, 2016; Zachrisson e Skårderud, 2010) hanno identificato quattordici studi nei quali l'attacca-

mento insicuro risultava correlato allo sviluppo di un disturbo alimentare nell'infanzia o in adolescenza. Le radici precoci sono meno importanti delle relazioni adolescenziali basate sulla competenza interpersonale. L'attaccamento insicuro nell'infanzia risulta un debole predittore della patologia alimentare, mentre l'attaccamento insicuro nella preadolescenza consente di prevedere piuttosto bene lo sviluppo del disturbo a un anno di distanza. Nella media adolescenza, l'attaccamento ai pari è più predittivo della patologia alimentare rispetto all'attaccamento ai genitori, elemento che sottolinea ancora una volta l'importanza dell'adattamento e della competenza sociale. Analogamente, le difficoltà nel riconoscimento delle emozioni in adolescenza sono predittive di disturbi alimentari, in particolare dell'anorexia nervosa; e le difficoltà di mentalizzazione sono direttamente associate a tali patologie. Resta da chiarire se i problemi di mentalizzazione persistano successivamente alla guarigione del paziente, ma alcuni risultati sembrano confermarlo.

La rassegna sistematica e la meta-analisi dei 'sistemi dei processi sociali' nei disturbi alimentari condotta da Caglar-Nazali e colleghi (2014) ha esaminato più di centocinquanta studi che misuravano costrutti come l'attaccamento, la comunicazione sociale, la percezione e comprensione di sé e degli altri, la dominanza sociale. In undici meta-analisi emergevano dimensioni dell'effetto variabili che evidenziano un'ampia gamma di problematiche sociali, cognitive e relazionali associate alla diagnosi, suggerendo una vulnerabilità del sé sociale. In termini di relazione genitore/bambino, emergeva chiaramente l'associazione con l'attaccamento insicuro, con indicatori di inadeguatezza delle cure genitoriali e, in misura minore, con indicatori di iperprotettività. La dimensione dell'effetto per il deficit del riconoscimento facciale delle emozioni nei soggetti con disturbo alimentare è modesta ($d = 0,40$), mentre risulta più elevata per il deficit della comunicazione facciale e dell'evitamento facciale (rispettivamente, $d = 2,1$ e $0,52$). Le meta-analisi confermano una significativa riduzione della capacità agente del sé, una valutazione di sé negativa, una scarsa comprensione degli stati mentali, l'alessitimia e un aumento della sensibilità alla dominanza sociale. In altre parole, emerge chiaramente l'associazione tra un'ampia gamma di problematiche sociocognitive e i disturbi alimentari, ancor più marcata quando le competenze sono valutate in contesti sociali.

L'ipotesi che i deficit evidenziati siano il risultato di una vulnerabilità evolutiva a pressioni sociali e culturali è confermata da risultati come quelli riportati da McAdams e Krawczyk (2011). Questi autori hanno dimostrato che anche pazienti ex anoressici, ormai guariti, mostrano ridotti livelli di attivazione della rete della mentalizzazione quando il compito richiede la formulazione di attribuzioni sociali. Individui guariti dall'anoressia nervosa e pazienti con bulimia nervosa mostrano ridotti livelli di attivazione dell'area temporo-parietale quando si domanda loro di esprimere giudizi in termini di causalità sociale (McAdams e Krawczyk, 2013). Un compito che richiede ai soggetti di leggere e rispondere ad aggettivi sociali, presentati in tre diverse condizioni, rivela un'associazione tra l'autoriflessione e una più limitata attivazione del cingolo dorsale anteriore e precuneo. Le aree cerebrali coinvolte nella teoria della mente e nella mentalizzazione, responsabili della comprensione degli altri e del proprio sé, sembrano meno attive, suggerendo difficoltà collegate all'agentività del sé, alla conoscenza e consapevolezza di sé in entrambi i gruppi di partecipanti, con bulimia nervosa o con anoressia nervosa (McAdams e Krawczyk, 2013).

È interessante notare che un deficit più limitato dell'attivazione cerebrale, associato a compiti di attribuzione sociale, consente di prevedere un esito del trattamento più favorevole (Schulte-Ruther *et al.*, 2012). Inoltre, il trattamento non sembra avere alcun impatto sulle differenze negli schemi di attivazione cerebrale, a ulteriore conferma del modello della vulnerabilità. Precoci difficoltà di attaccamento rendono più complicato mantenere l'autocontrollo sociale, e questo deficit a sua volta genera il bisogno di esercitare il controllo in un ambito fisico, non simbolico.

Queste osservazioni suggeriscono una serie di interrogativi ai quali il libro prova a fornire delle risposte cliniche. Il modello della vulnerabilità sociale fornisce un quadro di riferimento per affrontare un deficit pervasivo delle competenze sociali, facilitando lo sviluppo della mentalizzazione in un contesto percepito come sicuro ed emotivamente stabile. Il potenziamento della mentalizzazione è importante, non soltanto per lo stretto collegamento tra la comprensione degli stati mentali altrui e l'autoregolazione, ma anche perché tale capacità migliora l'abilità dell'individuo nel negoziare il mondo sociale. Mentalizzare ci consente di stabilire una connessione con gli

altri. L'intensità della sensazione di isolamento dei pazienti con disturbi alimentari, in particolare l'anoressia, è spesso tragicamente sottovalutata. Creare legami con gli altri è fondamentale per garantire l'adattamento in un mondo in rapida evoluzione, sul piano interno come su quello esterno.

Tutti noi abbiamo bisogno di sviluppare relazioni di fiducia, per verificare le nostre informazioni sul mondo e imparare a conoscerci meglio (autocomprensione). Questo processo richiede la capacità di stabilire relazioni sociali affidabili e di saperle usare in maniera differenziata, per acquisire conoscenze e apprendere. La fiducia deriva, a sua volta, dalla sensazione di essere capiti, impossibile da sperimentare se non proviamo curiosità per come ci vedono gli altri. Gli autori di questo eccezionale volume si concentrano, giustamente, sull'importanza di riaccendere la curiosità per le altre menti, parzialmente perduta dai pazienti con disturbo alimentare. Niente riesce più a sorprenderli, perché sono convinti di 'sapere' già come e che cosa pensino gli altri.

La modalità di intervento clinico proposta da Robinson, Skårderud e Sommerfeldt è compatibile con molti altri modelli. Il volume non si limita a descrivere il trattamento basato sulla mentalizzazione (MBT) 'puro', ma attinge da diversi orientamenti. Personalmente, sono convinto che l'atteggiamento mentalizzante, proprio del terapeuta MBT, possa migliorare le competenze di qualsiasi professionista clinico, medico o psicologo, contribuendo all'efficacia del trattamento. Questo risultato è ottenuto potenziando la fiducia nella conoscenza sociale, nelle relazioni, nel sé e nelle interazioni sociali, riaccendendo la speranza degli individui affetti da uno dei disturbi mentali più complessi del nostro tempo.

PETER FONAGY
Londra, Regno Unito

Indice

<i>Prefazione</i>	pag.	7
1. Introduzione: Tenere a mente il corpo	»	13
2. I disturbi del comportamento alimentare come esempi clinici di compromissione della mentalizzazione	»	33
3. Disturbi del comportamento alimentare e mentalizzazione	»	60
4. La mentalizzazione è una virtù per il terapeuta	»	80
5. Le sfide da affrontare nel lavoro con i disturbi del comportamento alimentare	»	103
6. Struttura del trattamento	»	134
7. Psicoeducazione di gruppo	»	151
8. Testi scritti come strumenti terapeutici.	»	166
9. Terapia di gruppo	»	190
10. Lavorare con le famiglie	»	204
11. Training e supervisione	»	218
12. Il lavoro con lo staff e i pazienti nelle unità di degenza ospedaliera	»	230
13. Implementare la mentalizzazione e l'MBT-ED.	»	249
14. La mentalizzazione in contesti più ampi	»	257
15. Il corpo (a)sociale	»	269
<i>Ringraziamenti</i>	»	280
<i>Indice analitico</i>	»	281

P. ROBINSON - F. SKÅRDERUD
B. SOMMERFELDT

FAME

*Trattare i disturbi alimentari
con la mentalizzazione*

trato sulla persona e fondato sulla relazione terapeutica, per riuscire a stabilire un contatto anche con il paziente apparentemente più irraggiungibile.

* * *

I disturbi del comportamento alimentare sono una delle patologie più complesse della moderna psichiatria. Le difficoltà derivano dalla sovrapposizione di fattori culturali, sociali, relazionali, biologici e genetici. Le terapie che li affrontano devono dunque rendere conto di questa complessità e riuscire a elaborare un trattamento personalizzato, capace di integrare le caratteristiche delle specifiche psicopatologie.

Una delle prove maggiori per il terapeuta è riuscire ad affrontare questi disturbi senza attribuire 'colpe', e senza rifugiarsi in prospettive riduzionistiche. In questo senso il modello della mentalizzazione si rivela particolarmente utile ed efficace, perché prova a comprendere i sintomi dei disturbi alimentari come tentativi di risolvere difficoltà collegate alla (auto)regolazione sociale. Diversi studi hanno infatti evidenziato come in questi disturbi siano frequenti anomalie della cognizione sociale, difficoltà di autoregolazione, deficit nell'identificare e descrivere le proprie emozioni, oltre a una riduzione della capacità agente del sé. Creando un ponte tra la tradizione psicodinamica, quella cognitivo-comportamentale e quella sistemica e narrativa, l'orientamento basato sulla mentalizzazione aiuta il clinico a elaborare un protocollo di intervento che permetta di affrontare sul loro terreno i molteplici fattori alla base del disturbo alimentare, offrendo un trattamento cen-

PAUL ROBINSON è psichiatra e professore associato del Nutrition Science Group dello University College London.

FINN SKÅRDERUD è psichiatra, psicoterapeuta e professore all'Università di Oslo e al Lillehammer University College.

BENTE SOMMERFELDT è psicologa clinica, dirige l'Institute for Eating Disorders e fa parte del Norwegian Institute for Mentalizing.