



CLINICAL

S. Marucci, C. Pettinelli

RIASSUNTO

"L'anima ha bisogno di un luogo" (Plotino). E' la frase che campeggia in una delle stanze di Palazzo Francisci, a Todi, la prima struttura residenziale pubblica, extraospedaliera, dedicata ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). In un'altra stanza si legge *"Volo ut sis"*, voglio che tu sia quello che sei (S. Agostino). Queste due frasi esprimono la filosofia che un'equipe di professionisti porta avanti da più di 3 anni e che costituisce una sfida ai modelli terapeutici correnti e costringe a rimettere continuamente in discussione le proprie esperienze nei confronti di una patologia dilagante.

Il progetto terapeutico ruota intorno alla costruzione dell'identità, nucleo centrale del disturbo, mediante terapia cognitivo-comportamentale corrente, tecniche di rilassamento e meditazione, danzaterapia, musicoterapia, teatroterapia, "terapia dello specchio", *counseling* filosofico, in uno spazio di cura condiviso da pazienti e terapeuti. La terapia farmacologica è ridotta al minimo tranne che nei casi in cui si ravvisi una precisa indicazione legata alla presenza di psicopatologie associate, poiché non esistono evidenze sull'efficacia, a lungo termine, di psicofarmaci nei DCA. I Fiori di Bach vengono somministrati a tutti gli ospiti, dall'ingresso alla dimissione dopo 3 mesi.

- Questo studio rappresenta il tentativo di valutare l'effetto della Floriterapia nell'ambito delle problematiche esistenziali sopra indicate e l'utilità in un percorso terapeutico complesso ed articolato. Sono stati valutati gli effetti sulla base di questionari generalmente utilizzati per queste patologie già validati ed accettati, mettendo a confronto un Gruppo trattato con un Gruppo di Controllo che ha usufruito del trattamento integrato all'interno della struttura, ma non della terapia con i Fiori di Bach.

- I risultati, relativi ad un numero di individui limitato, sono molto promettenti e meritevoli di riflessione.

PAROLE CHIAVE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, FIORI DI BACH, STRUTTURA RESIDENZIALE PUBBLICA

IL LUOGO DELL'ANIMA E LA FORMA DEL CORPO: NUOVO MODELLO DI TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN UNO SPAZIO CONDIVISO DI CURA

*SOUL PLACE AND BODY SHAPE: A NEW TREATMENT
FOR ALIMENTARY BEHAVIOUR DISORDERS IN A SHARED
PLACE OF CARE*

SUMMARY: *"The soul needs a place"* (Plotin). This phrase stands out in one of Palazzo Francisci room, in Todi (Italy), the first extra hospital public residential structure dedicated to Alimentary Behaviour Disorders (ABD). In another room one can read the phrase *"Volo ut sis"*, I want you to be who you are (St. Augustine).

These two phrases contain the philosophy that the team of professionals has been promoting for more than 3 years. It is a challenge to present therapeutic models and oblige to continuously question experiences towards this widespread pathology.

The therapeutic project is based on identity construction - the disorder main core - by means of current cognitive behavioural therapy, relaxation and meditation techniques, dance, music and theatre therapies, "mirror therapy", philosophical counseling, in a care space shared by patients and therapists. Pharmacological therapies are reduced to the minimum except for patients in which there is manifestation of associated psychopathologies since no proof exists of psychotropic

drugs long term effectiveness in ABD. Bach Flowers are administered to all guests from their entry to their discharge after 3 months.

- The trial is an attempt to evaluate the effect of Flower Therapy in the field of the above-mentioned existential problems and the usefulness of a complex therapeutic path such as the one followed in Palazzo Francisci.

The effects have been evaluated on the basis of questionnaires universally used for these pathologies and, as a consequence, already validated and accepted. The treated group has been compared with the Control Group. The subjects included in the latter have followed the integrated treatment in the structure but were not administered with Bach Flowers.

- Results, regarding a relatively low number of subjects, are very challenging and deserve reflections.

KEY WORDS: ALIMENTARY BEHAVIOUR DISORDERS, BACH FLOWERS, PUBLIC RESIDENTIAL STRUCTURE

PREMESSA

L'**emozione** spinge a prendere decisioni, a compiere azioni, a fornire motivazioni, ad allontanare una situazione di stasi: l'emozione *muove*. Il termine deriva dal latino *ex-movere*.

– L'emozione permette di agire rapidamente senza la mediazione del pensiero e di affrontare i nodi esistenziali.

Al centro di questo complesso meccanismo che riceve stimoli ed elabora risposte c'è il Sistema Limbico, una delle parti filogeneticamente più antiche del cervello, connesso a Ipotalamo e Talamo, le cui componenti fondamentali sono Amigdala e Ippocampo (1).

Esistono connessioni tra Sistema Limbico e Corteccia, già ipotizzate da Papez negli anni '30 del secolo scorso (2), coinvolte nelle risposte emozionali, per cui è dimostrato che tra *emozione* e *cognizione* esiste un rapporto strettissimo e che le decisioni più importanti per la sopravvivenza non sarebbero possibili senza un collegamento con la parte più viscerale (3). L'esperienza acquisisce nel Sistema Limbico una *sfumatura emozionale*: l'Amigdala è relazionata al comportamento alimentare, sessuale e alla paura, una delle emozioni più antiche che ha influito ed influisce sulla sopravvivenza, attivando la reazione di fuga (4). Tale struttura è anche sede dei ricordi *impliciti*, legati ad emozioni che non si cancellano, a differenza di quelli *espliciti*, impressi nell'Ippocampo, che possono essere richiamati consciamente (5). La percezione di un pericolo, attraverso il meccanismo dello stress, giunge all'Amigdala inducendo rilascio di *acetilcolina*, neurotrasmettitore eccitatorio che provoca modificazioni, successivamente restituite – sotto forma di segnali – al cervello: nessuna emozione può prescindere dal corpo proprio perché il cervello senza soma non potrebbe provare emozioni. Contrariamente, gli stati corporei possono influenzare i sentimenti: un'espressione del viso, un sorriso inducono nel cervello sentimenti coerenti evocati dall'espressione (6).

Il corpo interviene, inoltre, nei processi di coscienza poiché le sensazioni fi-

siche sono le prime fonti di categorizzazione percettiva e di memoria e persistono per tutta la vita, influenzando sui livelli di coscienza e sull'identità, contribuendo alla definizione del ruolo centrale del "sé" (7).

Il concetto dicotomico mente/corpo è eredità cartesiana; tuttavia, le Neuroscienze stanno sempre più riconoscendo l'importanza delle emozioni nei processi cognitivi (8). Pensiero ed emozioni realizzano la propria sintesi nei collegamenti tra Sistema Limbico e Corteccia Prefrontali, le ultime a comparire nell'evoluzione dell'Uomo, attinenti a pensiero astratto e processo decisionale.

– Elemento fondamentale nel processo decisionale è il meccanismo del piacere-dolore: le Endorfine prodotte nel SNC agiscono su un sistema di neuroni deputato alla ricompensa (*Brain Reward System* - BRS) che può essere stimolato indifferentemente da cibo, esercizio fisico, carezze, droghe, alcol, gioco d'azzardo, ecc.

Il BRS funge da trasmettitore della *dopamina*, neurotrasmettitore con ruolo cruciale nella gratificazione legata ad un "premio": rinforza il desiderio legato ad esperienze piacevoli che, se vissute come "ricompensa", sono ricercate in modo ossessivo.

Questo è il meccanismo sottostante a tutte le dipendenze ed il cibo stesso, se la percezione delle conseguenze indesiderate della soddisfazione del desiderio viene a mancare, può essere cercato *come una droga* (9).

Il BRS non è influenzato solamente da emozioni positive ma anche da stressori e memorie spiacevoli: il ricordo di uno shock psichico rimane fissato nell'Amigdala e non si cancella, potendo riattivare, in qualsiasi momento, circuiti di compenso evidenti a livello organico tanto che il quadro esterno dell'emozione è riconoscibile attraverso stati corporei tipici (espressione del volto, postura) (10).

La percezione di stati somatici spiacevoli fa scattare l'allontanamento dagli stessi ricercando sensazioni gratificanti con altri "strumenti", tra cui il cibo. Mediante l'alimentazione, in casi particolari, si tenta di colmare vuoti esistenzia-

li: l'aumento ponderale e la dilatazione del corpo danno la sensazione di occupare uno spazio, di esistere; sono "mezzi" per affrontare rabbia e depressione evitando disturbi psichiatrici più gravi. Uno stretto collegamento è stato stabilito tra Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) ed esperienze traumatiche legate ad abusi fisici e sessuali, il cui riscontro anamnestico è presente in circa il 30-35% dei casi di DCA (11), soprattutto se le violenze si sono verificate precocemente nel corso dello sviluppo psico-sessuale (12). E' l'esperienza della scoperta iniziale che condiziona fortemente l'insorgenza di un disturbo dell'alimentazione: il trauma, specialmente se precoce, può essere dapprima rimosso per poi riemergere come autopercezione negativa e senso di colpa. Soprattutto quando l'abuso o la violenza sono consumati in famiglia, le emozioni negative associate al proprio corpo fungono da mediatori tra l'esperienza del trauma e l'insorgenza di un disturbo alimentare (13). La bulimia stessa è l'estrinsecazione di sensazioni, memorie correlate al trauma: è una strategia di sopravvivenza attraverso cui si esorcizzano emozioni negative (14). Il corpo abusato assume un'immagine negativa che si può esprimere anche con atti autolesionistici che vanno oltre il disordine alimentare (15), assumendo il significato di meccanismo protettivo se l'aggressore è un genitore, per controllare l'angoscia legata alla possibilità di nuove violenze ed il timore della perdita dell'affetto e dell'abbandono.

– I DCA che si innescano nel corso dello sviluppo hanno, quindi, significato protettivo.

La negazione ed il rifiuto del cibo diventano una difesa nei confronti di chi avrebbe avuto il compito di "nutrire" ed invece ha tradito: è la risposta ad un mondo esterno infido con cui non si vuole avere a che fare (16). Il rapporto col cibo assume, quindi, un significato esistenziale; i disturbi del comportamento alimentare non sono disturbi dell'alimentazione, bensì della *"competenza a sopravvivere"*, come definiti da Piccirilli (17).

“L'anima ha bisogno di un luogo” (Plotino).

È la frase che campeggia in una delle stanze di Palazzo Francisci (FIG. 1), Todì, la **prima struttura residenziale pubblica**, extraospedaliera, dedicata ai Disturbi del Comportamento Alimentare. In un'altra stanza si legge “*Volo ut sis*”, voglio che tu sia quello che sei (S. Agostino).

– In queste due frasi si racchiude la *filosofia* che l'equipe di professionisti (medici, psichiatri, psicologi ed educatori)

zienti e terapeuti. Le terapie farmacologiche sono ridotte al minimo. Eccezion fatta nei casi in cui si ravvisi una precisa indicazione legata alla presenza di psicopatologie associate, poiché non esistono evidenze sull'efficacia, a lungo termine, di psicofarmaci nei DCA. Il problema dei DCA è complesso ed in continua evoluzione e, come tale, esige nuove risposte multifattoriali ed integrate, soprattutto in ambito pubblico. Il Ministero della Sanità, nel 1998, ha pubblicato linee di intervento sui DCA

cessariamente l'integrazione delle risorse umane e dei saperi.

– Il cinquecentesco Palazzo Francisci è un luogo magico.

È una casa ariosa, luminosa, con finestre che scoprono panorami della bella collina umbra, soffitti affrescati, mobili antichi con stoviglie alloggiare nelle vetrine, divani “vissuti”, foto di personaggi che guardano bonari dalle pareti: una casa con una storia capace di accogliere altre storie; una casa con un'anima, scelta, come afferma Laura Dalla Ragione, ideatrice e pilastro di questo progetto, “*per ridare un corpo all'anima ferita*” (19).

È questo il *luogo* in cui si cerca di recuperare l'identità perduta e dove potersi munire di strumenti utili ad elaborare strategie che permettano di abbandonare la “soluzione” offerta dal sintomo.

Il programma terapeutico si protrae per **3 mesi** (eccezionalmente 5): prevede la sottoscrizione di un vero e proprio *contratto terapeutico* necessario per consolidare le motivazioni al trattamento e per definire spazio e norme finalizzate al prendersi cura del corpo e all'eliminazione dei comportamenti disfunzionali e di compenso, come vomito, attività fisica eccessiva e, nei casi estremi, autolesionismo.

Quotidianamente, si segue un programma intenso ed articolato che comprende pasti assistiti: momento terapeutico in cui gli operatori aiutano a decodificare ed eliminare i fattori disfunzionali quali lo *spezzettamento infinito del cibo* dell'anoressia o l'*ingurgitare senza masticare* della bulimia.

Ogni gesto deve riacquistare consapevolezza; gli incontri con la Dietista hanno lo scopo di portare alla coscienza ed imparare a gestire i comportamenti e le idee ossessive rivolte al cibo e al corpo. La psicoterapia si articola in incontri individuali e di gruppo, nell'insegnamento di tecniche di meditazione e rilassamento volte a riproporre la percezione del corpo, delle sensazioni che nascono da esso, e ad accettarle senza giudizio: in una patologia in cui il corpo è fortemente idealizzato e non vissuto e percepito, queste metodiche agiscono

FIG. 1

Palazzo Francisci
(Todì).



portano avanti da più di 3 anni per affrontare questa patologia dilagante, sfida ed innovazione ai modelli terapeutici correnti.

Il progetto terapeutico ruota intorno alla costruzione dell'identità, nucleo centrale del disturbo. A tale scopo, sono state introdotte, accanto alla terapia cognitivo-comportamentale, tecniche di rilassamento e meditazione, danzaterapia, musicoterapia, teatroterapia, “terapia dello specchio”, *counseling* filosofico, in uno **spazio di cura condiviso da pa-**

che prevedono interventi interdisciplinari integrati (18).

L'*idea* della struttura residenziale di Palazzo Francisci nasce dalla consapevolezza che questi disturbi richiedono una *presa in carico totale del paziente*, un “prendersi cura” al di fuori dell'ambiente ospedaliero, *qualcosa* che vada oltre quello che, generalmente, si intende per “terapia”.

In questo concetto della trasformazione di *spazio* in *luogo* di cura condiviso tra pazienti ed operatori, si inserisce ne-

facendo riscoprire dimensioni fisiche dimenticate e sepolte, riportando alla luce un collegamento corpo-mente fondamentale nel processo di ricostruzione dell'identità.

– Una delle ospiti esprime tutto questo nel proprio diario: *“Ora che (il mio corpo, N.d.A.) inizia ad ammorbirsi e a riprendere le caratteristiche di donna, guardo e tocco con tenerezza il mio seno che riinizia a prendere forma, braccia e natiche più morbide, bisognose di calde carezze. In contemporanea con questo cammino ho avvertito il vibrare dentro di me di corde dimenticate, corde che da tempo nessuno sfiorava, il cui timido suono ora accompagna di nuovo questa mia anima ritrovata. Il corpo parla di me, ma non è il mio schiavo: è un complice da rispettare con cura e accettare come un alleato, non un nemico. Ha la sua storia che cammina insieme alla maturazione interiore. Prenderne coscienza è un buon passo verso la guarigione...mi sorprende a commuovermi a questi pensieri...SONO VIVA!”*

A questo si aggiunge il lavoro con le Fisioterapiste e la “terapia dello specchio” sotto la guida dello Psicologo, sempre finalizzati alla ricostruzione dell'immagine corporea.

La terapia di gruppo teatrale offre l'opportunità di sperimentare il proprio corpo come strumento di comunicazione. Il *counseling* Filosofico, guidato da una Docente della Cattedra di Filosofia dell'Università di Perugia, interessa le “domande di senso”.

La medicina, infatti, può interpretare la malattia, può comprendere i funzionamenti sottostanti i processi patologici, ma non risponde alla domanda fondamentale che si pongono e che ci pongono tutti i *Pazienti* (nel senso letterale di “coloro che patiscono”): **perché?**

– Nel trattamento, oltre alla patologia, sono considerate le storie individuali e, pur traendo ispirazione dai dati della *Evidence Based Medicine* (EBM) relativi alle terapie dei DCA (come la terapia cognitivo-comportamentale), non sono utilizzati rigidi protocolli preconfezionati e, soprattutto, non vengono somministrati psicofarmaci laddove proprio

i dati EBM ne evidenziano l'inefficacia e la loro somministrazione a pazienti minorenni pone problemi di carattere etico.

Approccio olistico e protocolli terapeutici personalizzati richiedono continue verifiche e condivisione di tutti gli Operatori: i *briefing* settimanali sono necessari per concordare le strategie da applicare ad ogni situazione.

Le riunioni sono un momento importante anche per gli Operatori, poiché consolidano motivazione e passione, oltre ad incrementare esperienza e conoscenze di questa patologia.

La “cura” crea coinvolgimento affettivo ed empatico che riguarda tutti gli Operatori.

Quando escono, i Pazienti ci scrivono, ci comunicano i propri pensieri e ci manifestano sentimenti di affetto e gratitudine. Riporto quanto scritto da una di loro: *“Mi sono sentita accolta, e mi sono fidata, perché nei terapeuti ho sentito la passione e, in fondo, la passione non è che una forma d'amore”* (19).

INTRODUZIONE ALLO STUDIO

Studio longitudinale preliminare che valuta due Gruppi di pazienti considerando il punteggio grezzo medio SCL-90 e EDI-2, sia all'ingresso che all'uscita dalla Residenza Palazzo Francisci.

La differenza tra i due Gruppi – la *variabile indipendente* che si vuole analizzare – è che al Gruppo di Studio (GS), oltre che seguire la terapia residenziale integrata della struttura, sono stati somministrati Fiori di Bach.

Lo studio si propone, quindi, di rilevare se esista e quale sia l'incidenza della Floriterapia sull'esito del trattamento residenziale.

In altri termini, si valuta l'eventuale influenza di una *variabile indipendente* (Fiori di Bach) su una *variabile dipendente* (il risultato dei test come valutazione di esito del trattamento residenziale).

La forza delle relazioni è misurata da un indice statistico denominato **coefficiente di correlazione** che assume un'importanza determinante in Psicologia e

in tutte le Discipline aventi un oggetto di studio complesso e in cui sia difficile stabilire una relazione causale tra due o più fenomeni o variabili.

La correlazione tra due variabili ha una *direzionalità*, che può essere positiva o negativa (all'aumentare dell'una, l'altra diminuisce) ed un'*intensità* con *range* compreso tra **-1** (massima correlazione **negativa**) e **+1** (massima correlazione **positiva**).

► Quanto più elevato è il grado di correlazione tanto maggiore è la significatività e tanto minore l'errore (20).

PAZIENTI E METODI

L'indagine è stata condotta su **21 pazienti** ricoverati c/o Palazzo Francisci dal settembre 2005 al maggio 2006, ai quali sono stati somministrati Fiori di Bach, in aggiunta alla terapia residenziale indicata.

Il Gruppo di Controllo è costituito da **21 pazienti** ricoverati nel periodo precedente o quelli che all'inizio dello studio erano già ricoverati usufruendo dell'intera terapia residenziale, ad eccezione dei Fiori di Bach. La scelta di utilizzare questo Gruppo di Controllo (GC) e di non seguire un criterio *random* è stata motivata da ragioni etiche: i pazienti che si ricoverano presso la struttura versano, generalmente, in condizioni psicofisiche piuttosto gravi; la terapia residenziale è un'opportunità da sfruttare appieno.

Le diagnosi di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, *Binge Eating Disorder* sono state effettuate secondo i criteri del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) (21); la valutazione complessiva dell'esito si è avvalsa di questionari autosomministrati all'ingresso e all'uscita:

- 1) **EDI-2** (*Eating Disorder Inventory* - Garner D.M.; 1983), versione italiana (Rizzardi M. et Al.; 1995), offre una misurazione standardizzata della gravità della sintomatologia lungo diverse dimensioni clinicamente rilevanti per i disturbi alimentari;
- 2) **SCL-90** (*Symptom Check List-90* - Derogatis L.R.; 1983), versione italiana (Grassi L.; 1988), valuta gli ele-

menti psicopatologici dei pazienti esaminati.

– I test sono stati elaborati con Software File Maker Pro 5.OTv1 (EDI.AID-PA.fp5; SCL.90.AIDAP.FP5); i dati con Software statistico SPSS.

I Fiori di Bach – sono stati somministrati preparati estemporaneamente – in 30 ml di acqua minerale naturale con aggiunta di 2 cucchiaini di aceto di mele. Ogni preparazione era composta da **6 Fiori** (2 gocce di ciascuno); la posologia è stata di 4 gocce/3-4 volte al giorno. Allo scopo di ridurre al minimo l'aspetto soggettivo, i Fiori sono stati scelti sulla base del punteggio fornito dall'EDI-2 negli indici delle componenti del Disturbo, scegliendo quelli che più si discostavano dalla norma.

Tale metodica è stata utilizzata per rispondere all'esigenza di standardizzazione non trascurando, in ogni caso, la valutazione della storia del paziente, del vissuto e delle sensazioni, nel rispetto degli insegnamenti di E. Bach (22).

– La scelta dei rimedi è stata effettuata secondo la **Tavola delle Corrispondenze e dell'Espressione Mentale/Meta-corporea dei rimedi floreali** (Lupardini M.; 2004 - Repertorio SIAE n. 0500149 del 12-1-2005) (vedi *La Med. Biol.* 2007/1; 11-21 - N.d.R.).

DEFINIZIONE DEL CAMPIONE

I pazienti dello studio sono stati campionati in maniera casuale, secondo l'ordine di arrivo presso la Residenza Palazzo Francisci: i pazienti ricoverati dal settembre 2005 sono entrati nel Gruppo di Studio; quelli già ricoverati o dimessi immediatamente prima, hanno costituito il Gruppo di Controllo.

I test di valutazione sono somministrati di *routine* ai pazienti ricoverati, unitamente ad altre batterie di test utili alla valutazione dell'esito delle terapie praticate in Residenza; ciò ha permesso di utilizzarli nella valutazione di pazienti già dimessi.

I due Gruppi sono stati definiti per **età** (FIG. 2), **sex** (FIG. 3), **età di esordio del DCA** (FIG. 4), elemento fondamentale

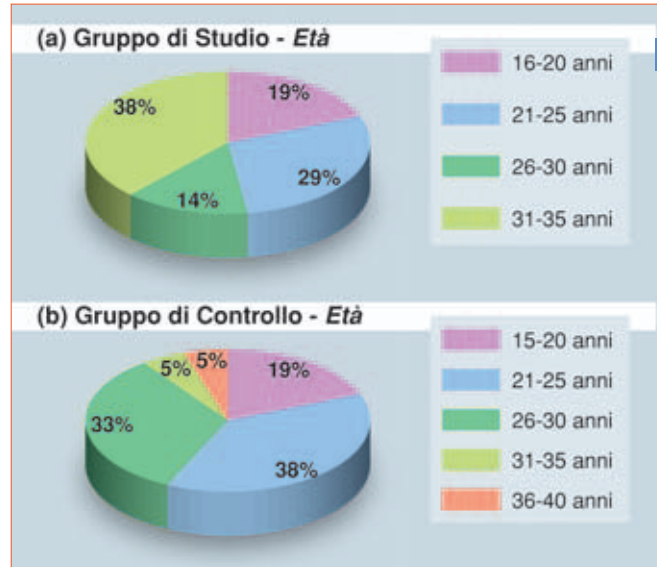


FIG. 2

Distribuzione per età (Intervalli) nel Gruppo di Studio (a) e nel Gruppo di Controllo (b).

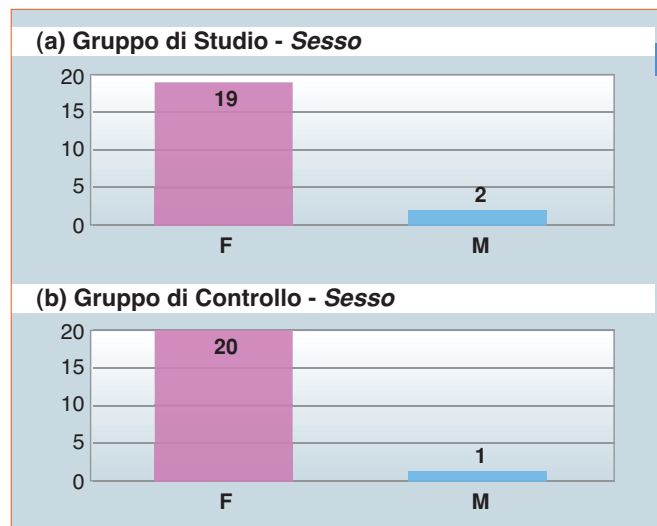


FIG. 3

Distribuzione per sesso nel Gruppo di Studio (a) e nel Gruppo di Controllo (b).

anche dal punto di vista prognostico. La **suddivisione diagnostica** nei due Gruppi si è basata sulla classificazione del DSM-IV (FIG. 5). I due Gruppi sono stati ulteriormente definiti per eventuali **ricoveri precedenti** (FIG. 6) e per **grado di scolarizzazione** (FIG. 7), anch'esso fattore prognostico poiché il maggiore grado di scolarizzazione è associato ad una maggiore incidenza e gravità del DCA.

I Gruppi sono omogenei per tutti gli elementi considerati.

ANALISI DEI DATI

Come emerge dal confronto delle FIGG. 8 e 9, relative alla valutazione del punteggio grezzo medio (rilevato dal-

l'elaborazione dei test) dell'SCL-90 e dell'EDI-2 all'ingresso e all'uscita per il Gruppo di Controllo, e delle FIGG. 10 e 11 relative alla stessa valutazione per il Gruppo di Studio, si può osservare che, in entrambi i Gruppi, l'SCL-90 all'ingresso è **più elevato** che all'uscita e, al contrario, l'EDI-2 è **più basso** all'ingresso rispetto all'uscita.

Calcolando l'indice di correlazione tra SCL-90 e EDI-2 all'ingresso e all'uscita, per valutare se le variazioni reciproche siano casuali o correlate tra loro, l'indice di correlazione r tra SCL-90 ingresso e EDI-2 ingresso, nel Gruppo di Controllo, è pari a -0,61 (forte correlazione negativa), e raggiunge -0,86 all'uscita.

Nel Gruppo di Studio, l'indice di correlazione elaborato con le stesse mo-

dalità, è -0,48 all'ingresso e -0,43 all'uscita: tra ingresso ed uscita, l'indice di correlazione nel Gruppo di Studio, pur rimanendo significativo non subisce la variazione osservata nel Gruppo di Controllo.

L'indice di correlazione è stato calcolato per ognuna delle sottoscale dell'EDI-2, pur rilevando che alcune tra esse (come *bulimia* e *perfezionismo*) ricorrono con maggiore frequenza: non sono state rilevate differenze significative tra i 2 Gruppi, in relazione alle sottoscale considerate.

Quanto alla valutazione della *Consapevolezza Enterocettiva*, presente in ogni paziente considerato, si è osservato (FIGG. 12 e 13) che l'indice di correlazione tra i punteggi *grezzi* medi ottenuti per il Gruppo di Controllo all'ingresso e all'uscita ed i punteggi *grezzi* medi allo stesso indice ottenuti per il Gruppo di Studio è **-1 = massima correlazione negativa**.

Tale differenza significativa non può essere casuale, bensì necessariamente correlata alla variabile indipendente definita all'inizio: l'introduzione in terapia dei Fiori di Bach.

DISCUSSIONE

L'analisi dei dati sopra riportati offre lo spunto per una serie di considerazioni e riflessioni.

Occorre precisare il significato attribuito ai vari indici dell'EDI-2.

L'EDI-2 non fornisce la diagnosi del Disturbo del Comportamento Alimentare, formulata secondo i criteri del DSM-IV, bensì un monitoraggio della gravità della sintomatologia attraverso un'autovalutazione dei sintomi. Fornisce punteggi standardizzati di 8 sottoscale, clinicamente rilevanti per i disturbi dell'alimentazione e informazioni utili per la comprensione del paziente, poiché l'eterogeneità in questa patologia è notevole.

Le sottoscale dell'EDI-2 sono:

- **IMPULSO ALLA MAGREZZA:** elemento cardine del disturbo alimentare. Gli *item* di questa scala valutano la preoccupazione per cibo e corpo.
- **BULIMIA:** valuta la tendenza ad "abbuffarsi" caratteristica della bulimia.
- **INSODDISFAZIONE PER IL CORPO:** misura l'insoddisfazione per la forma del proprio corpo e, in particolare, per alcune parti di esso. Questo sintomo costituisce un aspetto del disturbo dell'immagine corporea, uno degli elementi maggiormente responsabili dei comportamenti disfunzionali nei pazienti con DCA.
- **INADEGUATEZZA:** valuta sentimenti di inadeguatezza, vuoto, inu-

tilità e mancanza di controllo sulla propria vita, strettamente correlati alla bassa autostima e all'autosvalutazione.

- **PERFEZIONISMO:** il disturbo dell'alimentazione è spesso associato a modelli perfezionistici di successo; questa sottoscala valuta la convinzione che siano accettabili solo prestazioni personali eccezionali.
- **SFIDUCIA INTERPERSONALE:** misura la riluttanza a instaurare relazioni strette con gli altri e ad esprimere i propri sentimenti.
- **CONSAPEVOLEZZA ENTEROCETTIVA:** rivela la confusione e l'incertezza nel riconoscere gli stati emotivi e nel rispondervi in maniera adeguata. Misura, inoltre, l'incertezza nell'identificare sensazioni viscerali collegate a fame e sazietà. La confusione sulle relazioni tra emozioni e corpo è considerata un elemento importante nei DCA (23).
- **PAURA DELLA MATUREZZA:** valuta il desiderio di tornare all'infanzia, anche attraverso un recupero di forme corporee pre-puberali. Con questa regressione la/il pz. tenta di sottrarsi al *peso* di diventare adulta/o ed ai relativi conflitti famigliari.

L'SCL-90 valuta, invece, attraverso 90 *item*, la presenza di una componente psicopatologica nel paziente in esame, distinta in una serie di elementi con indice globale di gravità che, al di sopra di 2,5, indica rilevante patologia.

Nell'SCL-90 sono incluse/i:

- SOMATIZZAZIONE
- OSSESSIVITA'/COMPULSIVITA'
- SENSIBILITA' INTERPERSONALE
- DEPRESSIONE
- ANSIA
- RABBIA/OSTILITA'
- ANSIA FOBICA
- IDEAZIONE PARANOIDE
- PSICOTICISMO.

I due test sono stati messi in relazione poiché – come dai dati a nostra disposizione – spesso, il DCA occorre in risposta ad una situazione psicopatologica, quasi a costituire una "soluzione" per la sofferenza psichica altrimenti intollerabile (24).

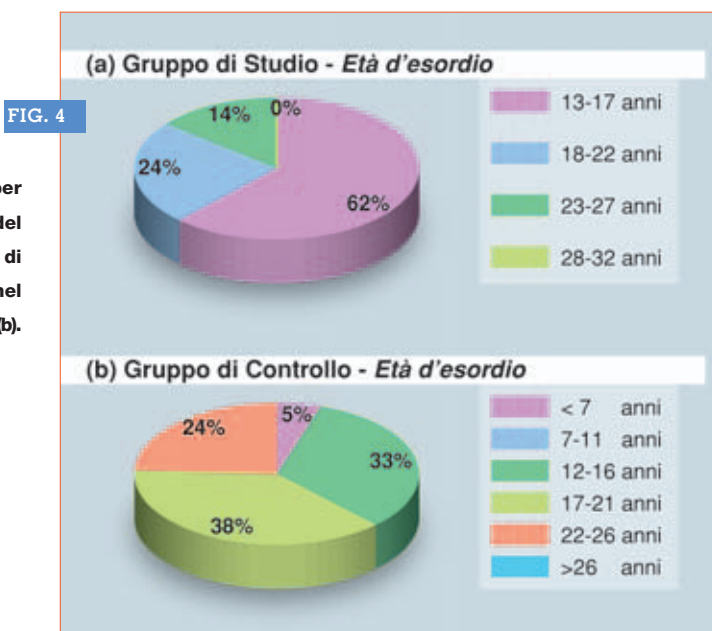


FIG. 4
Distribuzione per età d'esordio del DCA nel Gruppo di Studio (a) e nel Gruppo di Controllo (b).

Alla luce di queste premesse, si rileva in entrambi i Gruppi una forte correlazione negativa tra SCL-90 all'ingresso e EDI-2 all'ingresso tale per cui ad un SCL-90 elevato corrisponde un punteggio EDI-2 più basso: manca la consapevolezza del disturbo ed i comportamenti di compenso che i pazienti adottano (vomito, attività fisica eccessiva, restrizione alimentare) tengono sotto controllo il sintomo, ma non agiscono sulla psicopatologia.

All'uscita, sussiste una forte correlazione negativa tra SCL-90 e EDI-2, ma ad un miglioramento del quadro psicopatologico corrisponde un aumento nel punteggio EDI-2; il disturbo viene portato allo scoperto e si evitano fattori di compenso.

► Nel Gruppo di Controllo, il coefficiente di correlazione (r) che all'ingresso ammonta a **-0,61**, è **-0,86** all'uscita: all'ingresso, il sintomo non è espresso in modo chiaro, il quadro psicopatologico è invece prevalente soprattutto nelle componenti ossessivo-compulsive, ansiose, fobiche.

Dopo terapia residenziale – indirizzata soprattutto all'eliminazione dei fattori disfunzionali di mantenimento e dei compensi – e con l'emergere del sintomo, si osserva netta riduzione del punteggio relativo alla psicopatologia.

► Nel Gruppo di Studio tale rilevante differenza non emerge: l'indice di correlazione è **-0,48** all'ingresso e **-0,43** all'uscita, dimostrando un'evoluzione inversa rispetto al Gruppo di Controllo.

Se il punteggio EDI-2 esprime l'evidenza del sintomo alimentare come elemento di miglioramento degli aspetti prettamente psicopatologici, il diverso indice di correlazione tra Gruppo di Controllo e Gruppo di Studio, con minore emergenza del sintomo nel Gruppo di Studio all'uscita, è interpretabile come minor "bisogno" di ricorrere, anche inconsciamente, al sintomo per compensare la psicopatologia, legato ad una maggiore consapevolezza.

La conferma di questa ipotesi risiede nel punteggio della Consapevolezza Enterocettiva (CE) all'ingresso e all'uscita in entrambi i Gruppi. Nel Gruppo di Controllo, il punteggio medio, derivante da-

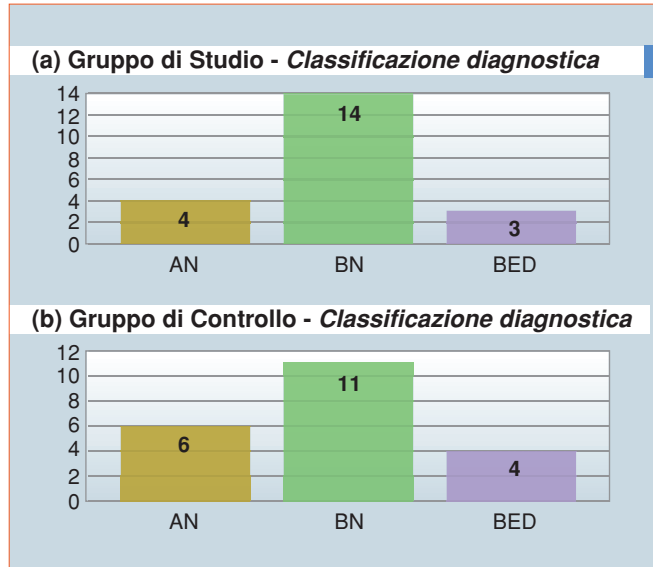


FIG. 5

Rappresentazione grafica della classificazione diagnostica nel Gruppo di Studio (a) e nel Gruppo di Controllo (b).

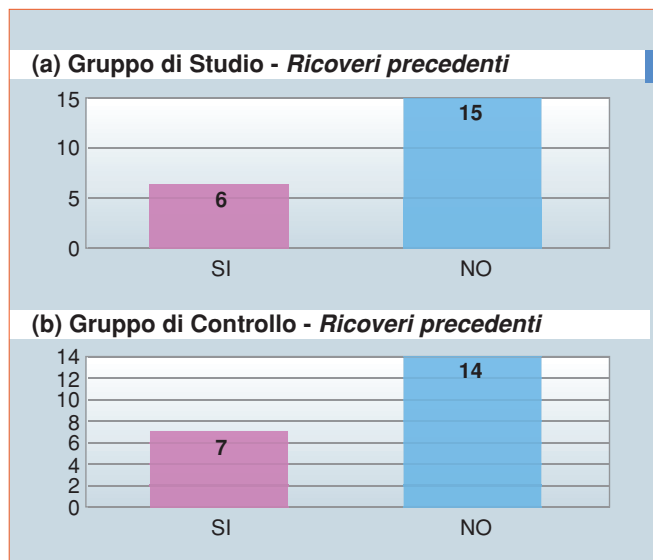


FIG. 6

Ricoveri precedenti nel Gruppo di Studio (a) e nel Gruppo di Controllo (b).

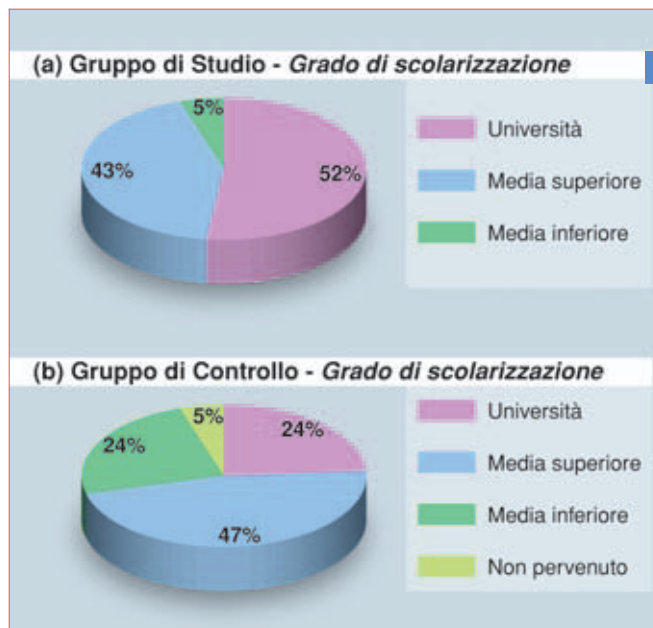


FIG. 7

Grado di scolarizzazione nel Gruppo di Studio (a) e nel Gruppo di Controllo (b).

FIG. 8

GRUPPO DI CONTROLLO

Indice di correlazione tra SCL-90 ingresso e EDI2 ingresso: $r = -0,610130442$.
Indice di correlazione tra SCL-90 uscita e EDI2 uscita: $r = -0,862631308$.

Rappresentazione grafica del punteggio grezzo medio riportato dai pazienti al test SCL-90 al momento del ricovero e della dimissione. Studio longitudinale.

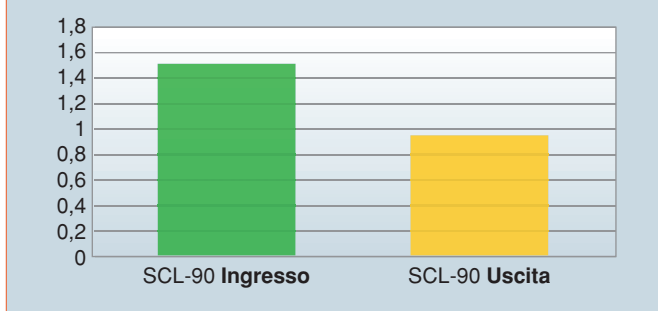


FIG. 9

GRUPPO DI CONTROLLO

Indice di correlazione tra SCL-90 ingresso e EDI2 ingresso: $r = -0,610130442$.
Indice di correlazione tra SCL-90 uscita e EDI2 uscita: $r = -0,862631308$.

Rappresentazione grafica del punteggio grezzo medio riportato dai pazienti al test EDI-2 al momento del ricovero e della dimissione. Studio longitudinale.

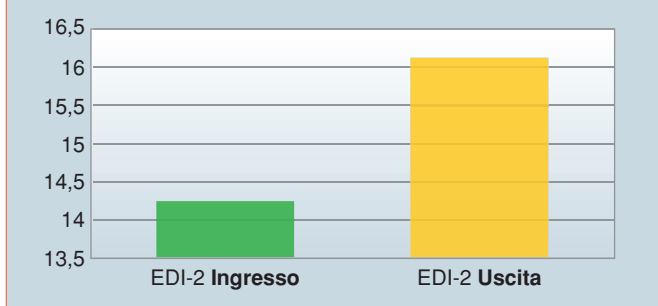


FIG. 10

GRUPPO DI STUDIO

Indice di correlazione tra SCL-90 ingresso e EDI2 ingresso $r = -0,486931761$.
Indice di correlazione tra SCL-90 uscita e EDI2 uscita: $r = -0,429775548$.

Rappresentazione grafica del punteggio grezzo medio riportato dai pazienti al test SCL-90 al momento del ricovero e della dimissione. Studio longitudinale.

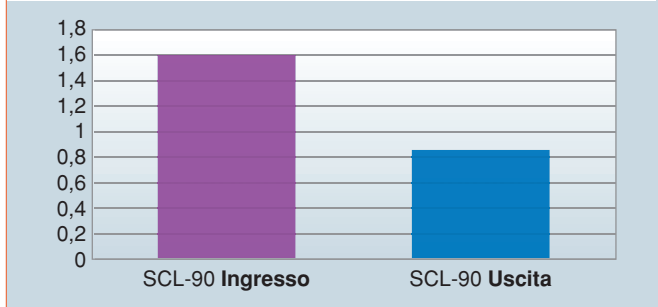
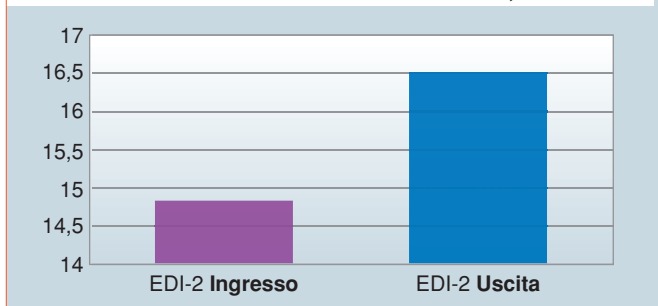


FIG. 11

GRUPPO DI STUDIO

Indice di correlazione tra SCL-90 ingresso e EDI2 ingresso $r = -0,486931761$.
Indice di correlazione tra SCL-90 uscita e EDI2 uscita: $r = -0,429775548$.

Rappresentazione grafica del punteggio grezzo medio riportato dai pazienti al test EDI-2 al momento del ricovero e della dimissione. Studio longitudinale.



gli *item* che definiscono la CE, aumenta all'uscita rivelando un peggioramento della capacità di riconoscere le proprie sensazioni ed emozioni: il sintomo con i meccanismi di compenso si è palesato e non può più essere utilizzato come "soluzione" contribuendo a mettere in crisi i pazienti. Tale crisi rappresenta un elemento su cui lavorare con la terapia cognitivo-comportamentale e con le altre terapie integrate previste nel programma di trattamento, sebbene sia spesso difficile da gestire poiché crea sofferenza e molta ansia.

Nel Gruppo di Studio si rileva, invece, che il punteggio medio grezzo della CE all'ingresso e all'uscita diminuisce, rivelando un miglioramento nel riconoscere le proprie sensazioni.

– Il coefficiente di correlazione tra i due punteggi ottenuti nel GC e GS, per verificare se tale dato è casuale o correlato alla variabile indipendente oggetto di studio (Floriterapia di Bach), ammonta a $r = -1$, massimo indice di correlazione negativa, elevata significatività del dato.

– **I Fiori di Bach somministrati al Gruppo di Studio si sono rivelati strumento utile all'elaborazione del sintomo, senza soppressione e ad effetto positivo sulla consapevolezza dei meccanismi che presidono alla sua strutturazione.**

Come hanno agito i Fiori somministrati? Per rispondere a questa domanda occorre fare alcune premesse sulla modalità di scelta dei Rimedi, ovvero la Tavola delle Corrispondenze e dell'Espressione Mentale-Metacorporea dei rimedi floreali.

Il metodo di associazione dei rimedi floreali è basato su indici emergenti da valutazione di test autosomministrati ed evidenzia risultati relativi soprattutto alla coscienza di sé, alle proprie emozioni e al proprio corpo. È interessante rilevare che lo stesso tipo di risultati è già stato segnalato da altri A.A., con metodiche diverse: Iannelli ha utilizzato la grafologia per valutare un trattamento con Fiori di Bach (25); Lupardini si è avvalso delle Tavole di Rorschach (26). In entrambi gli studi emerge un miglioramento del rapporto con se stessi, dell'autostima, della consapevolezza.

FIORI DI BACH NEI DCA

“...dietro ogni malattia ci sono le nostre paure, le nostre angosce, la nostra avidità, i nostri gusti e le nostre avversioni: cerchiamole, curiamole, e con la loro guarigione se ne andrà la malattia che ci fa soffrire” (27): questo è l’insegnamento che Edward Bach ci ha lasciato, invitando a guardare oltre il sintomo, cercando di individuare il messaggio che esso racchiude. Il sintomo è espressione del tentativo che l’organismo attua per ristabilire l’omeostasi, fatto confermato in maniera sempre più convincente dagli studi PNEI (28).

Nei Disturbi del Comportamento Alimentare, il sintomo viene elaborato come “soluzione” vantaggiosa in una situazione di sofferenza psichica intollerabile: è quindi fallimentare impostare una terapia incentrata sul sintomo perché si otterrebbe una “vicariazione” verso altri comportamenti patologici.

– Dai dati illustrati, emerge chiaramente come, al miglioramento della componente psichica, corrisponda un’emergenza del sintomo alimentare.

A tal proposito, l’elaborazione dell’Espressione Metacorporea del Dott. Lupardini è molto interessante poiché, rappresentando la manifestazione della disarmonia a livello mentale sul piano fisico, fornisce una chiave interpretativa alla realtà clinica che affrontiamo nel nostro Servizio. La Tavola delle Corrispondenze e dell’Espressione Metacorporea dei rimedi floreali è strumento agevole e semplice “ed è questa sua semplicità, congiunta alla sua azione curativa totale, ad essere tanto meravigliosa” (27).

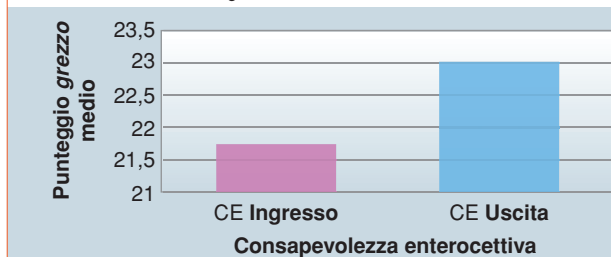
Grazie alla collaborazione del Dott. Lupardini, è stato possibile associare ad ogni indice dell’EDI-2, espressione delle caratteristiche cliniche e sintomatologiche del disturbo alimentare, una coppia di Fiori secondo la TCEM (TAB. 1). La coppia di Fiori favorisce il dialogo mente-corpo che nel DCA subisce una grave frattura.

Non è questa la sede per analizzare ciascuna coppia di Fiori, ma è utile comprendere come la coppia **Wild Oat-Mu-**

CONSAPEVOLEZZA ENTEROCETTIVA

Indice di correlazione tra punteggi grezzi medi ottenuti per l’indice Consapevolezza enterocettiva dai pazienti del GC e i punteggi grezzi medi allo stesso indice ottenuti dai pazienti del GS pari a $r = -1$, massima correlazione negativa.

FIG. 12

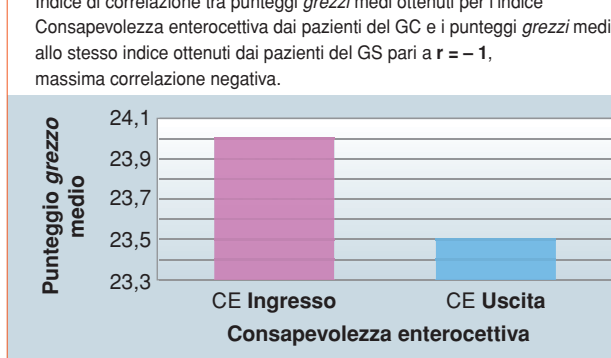


Gruppo di Controllo:
variazione
longitudinale
dell’indice CE.

CONSAPEVOLEZZA ENTEROCETTIVA

Indice di correlazione tra punteggi grezzi medi ottenuti per l’indice Consapevolezza enterocettiva dai pazienti del GC e i punteggi grezzi medi allo stesso indice ottenuti dai pazienti del GS pari a $r = -1$, massima correlazione negativa.

FIG. 13



Gruppo di Studio:
variazione
longitudinale
dell’indice CE nei
pazienti trattati con
Fiori di Bach.

stard possa aver influito nel rilevante miglioramento dell’indice Consapevolezza Enterocettiva.

La coppia di Fiori è stata somministrata a tutte/i le/i 21 pazienti del Gruppo di Studio poiché l’indice era, in assoluto, il più elevato.

Nella TCEM, la coppia **Wild Oat-Mustard** è associata all’Espressione Metacorporea Dispersione/Compressione: **Wild Oat** è rimedio per coloro che non riescono a “decidere quale occupazione seguire perché, sebbene le ambizioni siano forti, non hanno una particolare vocazione” (27); è l’Avena selvatica scossa dal vento che non riesce ad assumere una direzione precisa e, proprio per questo, si disperde in mille tentativi di soluzione ai propri problemi, cercandoli sempre all’esterno e mai in se stessi. Nel Gruppo di Controllo l’indice presenta valori elevati poiché l’individuo che entra in crisi adotta come soluzione il rinforzo del sintomo. **Wild Oat** disperde se stesso e le proprie energie nel tentativo estremo di gestire persino il proprio corpo: dilata il corpo in-

grassando, vomitando disperde...sente il corpo come limitante la propria voglia di fare e di esprimersi nel mondo e, nel tentativo di modificare il corpo, ne perde percezione e forma. Così, entra in “una scura e fredda nube” che toglie “luce e voglia di vivere” – come afferma Bach – si chiude in se stesso, si comprime ed emerge, quindi, lo stato di **Mustard**: il corpo è ingombrante e non piace; il soggetto cerca di liberarsi del corpo, lo comprime dimagrendo, fino a scomparire...

Nel Gruppo di Studio si osserva un significativo miglioramento dell’indice Consapevolezza Enterocettiva: la coppia di Fiori **Wild Oat-Mustard** ha contribuito a dare l’orientamento, a fare luce nella “nera nube”, senza scacciare il sintomo, ma riequilibrando lo stato emozionale che lo causa. Il sintomo migliora perché il soggetto trattato ha una “soluzione” più vantaggiosa al proprio stato di disagio psicofisico.

Qual è stato l’effetto della Floriterapia? Lasciamo che ce lo racconti chi ha vissuto il cambiamento:

TAB. 1

Sintomi	Guaritori e Aiuti	Più Spirituali
Impulso alla magrezza	CHICORY	RED CHESTNUT
Bulimia	ROCK ROSE	CHERRY PLUM
Insoddisfazione per il corpo	CENTAURY	PINE
Inadeguatezza	AGRIMONY	WILLOW
Perfezionismo	ROCK WATER	STAR OF BETHLEHEM
Sfiducia interpersonale	GENTIAN	LARCH
Consapevolezza Enterocettiva	WILD OAT	MUSTARD
Paura della maturità	MIMULUS	HONEY SUCKLE

“Mi sono vista con occhi diversi in uno sguardo pulito oltre la nebbia che prima lo avvolgeva (il corpo - N.d.A.)...mi sento più consapevole del mio corpo, MI RICONOSCO e mi sento sulla strada giusta per riuscire pian piano ad accettarmi...la cosa più bella è che mi sono riscoperta donna...”

“Quando ti rendi conto di aver un disturbo alimentare fai un grande passo, ma quando ti rendi conto, dopo aver tolto la dipendenza dai fattori disfunzionali, che stai male non per cibo, corpo e bellezza ma per sentimenti di rabbia, sofferenza, paura dovuti a motivi ben diversi dal cibo e dal corpo e scritti in quelle bolle di vuoto che vaneggiano dentro di te e che fino ad ora hai riempito con il cibo, significa che le terapie sono efficaci, perché ho eseguito il primo vero passo per la guarigione: HO STACCATO LO SFOGO ALIMENTARE DALLA MALATTIA MENTALE ED ESSA E' RIMASTA ALLO SCOPERTO”. ■

Bibliografia

1. MANCIA M. – Neurofisiologia. Cortina, Milano; **1993**.
2. PAPEZ J.W. – A proposed mechanism of emotion. Arch Neurol Psych; 1937. 38: 725-743; **2003**. 2: 40-47.
3. LE DOUX J. – Il cervello emotivo. Ed. It. Baldini Castoldi Dolci, Milano; **2003**.
4. CORODIMAS K.P. et Al. – Corticosterone potentiation of learned fear. Annals of the New York Academy of Sciences; **1994**. 746: 392-393.
5. MC GAUGH J.L. – Significance and remembrance: the role of neuromodulatory system. Psychological Science; **1990**. 1: 15-25.
6. EKMAN P. et Al. – Voluntary smiling changes regional brain activity. Psychological Science; **1993**. 4: 342-345.
7. EDELMAN G.M. – Più grande del cielo. Einaudi, Torino; **2004**.

8. SHALLICE T. et Al. – The involvement of the frontal lobes in cognitive estimation. Cortex; **1978**. 14: 294-303.
9. NESTLER E.J. et Al. – Molecular and cellular basis of addiction. Science, Vol. 278; **1997**. 5335: 58-63.
10. LE DOUX J. – Emotion and the Amigdala: neurobiological aspects of emotion, mistery and mental disfunction. A cura di J.P. Aggleton, Wiley-Liss, New York; **1992**. 339-351.
11. DE GROOT J.M. – Correlates of sexual abuse in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. Can J Psych; **1992**. 37: 516-518.
12. WONDERLICH S. et Al. – Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. Intern J Eat Disord; **2001**. 30: 401-412.
13. HASTINGS T. et Al. – Relationship between bulimia, childhood sexual abuse, and family environment. Intern J Eat Disord; **1994**. 15: 103-111.
14. DALLA RAGIONE L., RUOCCO R. – Trattamento ambulatoriale integrato su una coorte di pazienti affetti da bulimia nervosa con anamnesi di abuso sessuale precoce e non: valutazione di esito. Atti del Seminario Internazionale - “Abuso sessuale precoce e DCA”; Regione Umbria. **2004**.
15. VANDERLINDEN J. et Al. – Dissociative experiences and trauma in eating disorders. Intern J Eat Disord; **1993**. 13: 187-194.
16. DALLA RAGIONE L. et Al. – Trattamento ambulatoriale integrato su una coorte di pazienti affette da bulimia nervosa con anamnesi di abuso sessuale precoce e non: valutazione ed esito. Atti del Seminario Internazionale - “Abuso sessuale e DCA”; Regione Umbria, Ass. Serv. Soc., Perugia **2003**.
17. PICCIRILLI M. – Immagine di sé, schema corporeo e comportamento alimentare. La forma del corpo - Atti della II Giornata Umbra di Medicina Integrata, Ott. **2003**. 24-29. <http://www.simimedecinaintegrata.it>
18. Ministero della Sanità – Commissione di Studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa. Annali della Sanità Pubblica (Nuova Serie) III; 1, 2, 3; **1988**. 9-20.
19. DALLA RAGIONE L. – La casa delle bambine che non mangiano. Il Pensiero Scientifico, Milano; **2005**.
20. EVERITT B.S. – Dizionario Cambridge di Statistica Medica. Il Pensiero Scientifico Editore, Milano; **1998**.
21. DSM-IV – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Masson, Milano; **1995**.

22. MONTENERO P. – La relazione medico-paziente e la narrazione della malattia in Floriterapia. Atti del II Congresso Nazionale AMIF, La Med. Biol., Suppl. al **2000/2**; 8-11.
23. GARNER D.M. – EDI-2 Eating Disorder Inventory-2- Manuale. Adattamento Italiano a cura di RIZZARDI M. et Al. - OS, Organizzazioni Speciali; **1995**.
24. CUZZOLARO M. – Anoressie e Bulimie. Bologna, Il Mulino; **2004**.
25. IANNELLI M. – Floriterapia e digiuno olistico: valutazioni globali e risultati del test grafologico in esperienze residenziali. Atti del III Congresso Nazionale AMIF - La Med. Biol., Suppl. al **2001/2**. 43-49.
26. LUPARDINI M. – Floriterapia di Bach e Psicodiagnostica Rorschach: una possibilità di dialogo. Atti del III Congresso Nazionale AMIF - La Med. Biol., Suppl. al **2001/2**. 10-17.
27. BACH E. – Guarire con i Fiori. Nuova Ipsa, Palermo; **1981-2001**.
28. MARUCCI S. – La PNEI nel Vaso di Pandora. La Med. Biol., **2005/4**. 61-71.

Testo elaborato dalla Relazione del primo Autore presentata al XII Incontro Club dell'Omotosicologia. Rimini, 17-18 Febbraio 2007.

Riferimento bibliografico

MARUCCI S., PETTINELLI C. – Il luogo dell'anima e la forma del corpo: nuovo modello di trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare in uno spazio condiviso di cura. La Med. Biol., **2007/2**; 27-36.

Indirizzo del Primo Autore

Dr.ssa Simonetta Marucci
 – Responsabile dell'Ambulatorio di Endocrinologia dell'ASL n. 2 di Perugia
 – Professore a contratto c/o l'Università della Calabria
 – Docente A.I.O.T.
 Via G. Elladio, 8
 I – 06049 Spoleto (PG)