

Debra W. Fredericks
James E. Carr
W. Larry Williams
*Department of Psychology,
University of Nevada, Reno*

Trattamento della ruminazione: interventi medici e comportamentali

S O M M A R I O

LA RUMINAZIONE, OVVERO IL RIGURGITO DEL CONTENUTO GASTRICO E LA MASTICAZIONE E REINGESTIONE DELLO STESSO, È UN FENOMENO CHE INTERESSA FINO AL 10% DELLE PERSONE ISTITUZIONALIZZATE CON RITARDO MENTALE GRAVE O GRAVISSIMO. SI TRATTA DI UN DISTURBO CHE PUÒ AVERE SERIE CONSEGUENZE FISICHE, IVI COMPRESO IL DECESSO, E CHE PURTROPPO NON È SEMPRE FACILE INDIVIDUARE, PER CUI SPESSO NON VIENE CURATO. INOLTRE, GLI STUDI CONDOTTI FORNISCONO RISULTATI CONTRASTANTI E LA LETTERATURA DISPONIBILE NON OFFRE INDICAZIONI TERAPEUTICHE CHIARE. IN QUESTO ARTICOLO VIENE PASSATA IN RASSEGNA LA STORIA DEGLI STUDI SULLA RUMINAZIONE, PRENDENDO IN ESAME LA LETTERATURA SULL'EZIOLOGIA E SUL TRATTAMENTO DEL DISTURBO E FORNENDO ALCUNE INDICAZIONI PER LA RICERCA IN QUESTA DIREZIONE.

La ruminazione, o mericismo, è una sindrome nella quale il cibo ingerito viene più volte rigurgitato, masticato e deglutito. Una percentuale compresa tra il 6 e il 10% delle persone istituzionalizzate con ritardo mentale grave o gravissimo presenta questo tipo di disturbo (Johnston e Green, 1992; Rogers et al., 1992; Singh, 1998). La ruminazione può avere complicanze serie a livello clinico, come denutrizione, dimagrimento, disturbi gastrici, disturbi respiratori a carico delle vie aeree superiori, affezioni dentali, aspirazione, accessi di soffocazione e polmonite (Clauser e Scibak, 1990; Konarski et al., 1992; Luiselli, 1989). È stato rilevato che tale sindrome rappresenta la principale causa di morte per una percentuale compresa tra il 5 e il 10% dei pazienti ruminatori (Konarski et al., 1992). Essendo la ruminazione un'abitudine ripugnante per gli altri, essa può contribuire all'isolamento sociale e compromettere i tentativi di integrazione della persona nella comunità (Konarski et al., 1992).

Scopo di questo articolo è fornire una rassegna aggiornata della letteratura al riguardo dopo quelle pubblicate da Singh (1981) e Starin e Fuqua (1987), nonché presentare in sintesi la storia degli studi sul disturbo, individuarne le peculia-

rità a livello di diagnosi medica e comportamentale, fare una panoramica degli studi relativi ai trattamenti e dare alcune indicazioni per la prosecuzione della ricerca in questa direzione.

Storia

Secondo Parry-Jones (1994), la prima descrizione clinica della ruminazione è quella effettuata nel 1618 da un anatomista italiano, Fabricius ab Aquapendente. Pare che prima di questa data la letteratura medica non si fosse occupata del fenomeno semplicemente perché la ruminazione non era considerata un disturbo, ma veniva tollerata culturalmente come una gradevole abitudine (Parry-Jones, 1994). La descrizione del mericismo come fenomeno anormale, culturalmente deplorabile, cominciò in seguito ad affiancarsi alle teorie che postulavano l'esistenza di un legame di sangue tra le persone dedite alla ruminazione e la specie bovina. Benché le autopsie condotte nel XVII secolo allo scopo di trovare persone con stomaci multipli non avessero dato i risultati sperati, la società dell'epoca continuò a credere in un nesso tra la pratica della ruminazione e la parentela con i ruminanti o con antenati zoomorfi (Parry-Jones, 1994).

L'interesse scientifico per la sindrome della ruminazione si protrasse fino ai secoli XVIII e XIX, quando questo fenomeno iniziò a essere utilizzato dagli esibizionisti durante gli spettacoli circensi o di strada, come fonte di guadagno (Parry-Jones, 1994). L'idea che la ruminazione fosse una pratica degenerativa *umana* si sostituì via via alla speculazione relativa all'eredità bovina, che andò perdendo credibilità agli occhi della comunità scientifica. Alla fine del XIX secolo alcune persone ruminatrici furono descritte come finti malati e l'attenzione degli esperti si appuntò per la prima volta sulle persone con ritardo mentale (Parry-Jones, 1994). All'inizio del XX secolo la scienza iniziò a interessarsi del fenomeno della ruminazione nel neonato.

È interessante notare come sia persistita nel tempo un'interpretazione del fenomeno della ruminazione come comportamento bestiale e degenerativo. Anche le analisi del mericismo come manifestazione dei bisogni interiori primari sotto forma di comportamenti primitivi rispecchia la teoria della «bestialità» molto in auge all'inizio del XX secolo (per esempio, «il segno della bestia» descritto nello studio di Gelb, 1995). Ancora negli anni Settanta la letteratura psicoanalitica descriveva questo comportamento come espressione di impulsi «primitivi» (Menolascino, 1972).

I primi tentativi di curare la ruminazione risalgono agli anni Cinquanta, quando la patogenesi del disturbo veniva attribuita al rapporto interpersonale del neonato con la madre (Davis et al., 1983). In un primo tempo, a predominare nella ricerca e nel trattamento della ruminazione fu l'approccio psicodinamico, che attribuiva la sindrome ad anomalie della fase orale dello sviluppo, a uno

sviluppo incompleto dell'ego o a manifestazioni di modelli comportamentali rudimentali in persone con disabilità (Singh, 1981). Gli interventi comportamentali presero piede negli anni Sessanta, allorché le procedure avversive elaborate per ridurre questo comportamento in persone con ritardo mentale iniziarono a dare qualche frutto (Davis et al., 1983).

Diagnosi e trattamento

Per poter individuare gli interventi corretti occorre innanzitutto distinguere la ruminazione dal vomito e dai comportamenti a questo connesso. L'incapacità di riconoscere tra i fattori eziologici elementi fisiologici, quali la compromissione iatrogena della funzione laringea ed esofagea o il reflusso gastro-esofageo dovuto a deficit strutturali, può tradursi in una pericolosa degenerazione dello stato di salute del paziente e nell'applicazione di terapie inappropriate.

Di seguito sono riportati tre diversi approcci diagnostici e terapeutici al disturbo della ruminazione: gli approcci medico, psichiatrico e psicologico-comportamentale.

Approccio medico

La diagnosi medica

Le procedure diagnostiche mediche consentono di differenziare le eziologie di carattere fisiologico del comportamento ruminatorio e rappresentano un primo passo importante della terapia. Pur essendo invasive, tali procedure sono essenziali per definire interventi efficaci. Per esempio, in uno studio condotto da Rogers e colleghi (1992) è emerso che il 91% dei ruminatori del campione era affetto da gravi anomalie gastro-esofagee evidenziate da esofagografie al bario. In un altro studio, realizzato con il metodo diagnostico dell'endoscopia gastrointestinale, il 50% dei pazienti è risultato affetto da rigurgito esofageo ed esofagite (Kuruville e Trewby, 1989). Il fatto che alcune persone conservino il peso normale non significa che siano indenni da carenze alimentari. Di conseguenza, qualsiasi persona che presenta una sintomatologia di denutrizione e/o inspiegabili cali ponderali dovrebbe essere esaminata quale potenziale ruminatore, soprattutto nel caso di persone con ritardo mentale grave o gravissimo. Se l'analisi nutrizionale dell'apporto calorico della dieta non giustifica il peso del paziente, è necessario effettuare gli esami di assorbimento per poter escludere l'eziologia fisica (Konarski et al., 1992).

I farmaci che interferiscono con la deglutizione e la funzione esofagea, come le benzodiazepine e i neurolettici, possono portare a una diagnosi errata di rumi-

nazione (Rogers et al., 1992). Considerato l'ampio uso di questi farmaci tra le persone con ritardo mentale, è buona norma valutare i loro effetti prima di attuare procedure diagnostiche invasive o interventi comportamentali intensivi (Fredericks e Hayes, 1994).

L'uso della manometria ha permesso di rilevare che i pazienti ruminatori hanno picchi di pressione crescenti nell'addome, in assenza delle compressioni sull'area gastro-intestinale superiore tipiche degli accessi di vomito (Amarnath et al., 1986). Ciò spiegherebbe sia perché il rigurgito appaia «naturale», ossia non forzato, sia perché questa pratica passi spesso inosservata, dal momento che il contenuto gastrico viene rigurgitato senza gli «spasmi» visibili tipici del vomito. E, tuttavia, Singh (1981) fa notare che la ruminazione può essere preceduta da episodi di vomito, che in tal modo risulta essere funzionalmente equivalente al mericismo stesso. In altri termini, il vomito può essere un precursore della sindrome. La determinazione dell'eziologia del vomito, che è visibile dall'esterno, può aiutare a bloccare sul nascere una potenziale abitudine alla ruminazione. Inoltre, nelle persone dotate di scarse abilità verbali e, pertanto, incapaci di riferire un disturbo gastro-intestinale, il vomito può essere anche il primo segnale di una grave affezione esofagea in corso (Kuruvilla e Trewby, 1989).

L'endoscopia e gli esami radiologici possono evidenziare la presenza di malformazioni anatomiche congenite, disturbi medici e disfunzioni stomato-motorie che richiedono l'intervento medico o chirurgico (Rogers et al., 1992; Amarnath et al., 1986). Nonostante le difficoltà a ottenere il consenso per applicare le procedure diagnostiche mediche invasive e ad attuarle, è importante riuscire a registrare le condizioni cliniche della persona per poter escludere l'eziologia fisiologica. Nei casi in cui è possibile procedere con metodi diagnostici invasivi, Kuruvilla e Trewby (1989) propongono una prova con H₂ bloccanti, metoclopramide o antiacidi.

Terapie mediche

È stato dimostrato che gli interventi chirurgici volti a interrompere il rigurgito, che prevedono il trattamento di ernie iatali o la chiusura artificiale del cardias, l'orifizio di sbocco dell'esofago nello stomaco, hanno come esito la riduzione di comportamenti secondari quali la ruminazione e il vomito (Starin e Fuqua, 1987). Tuttavia, poiché gli effetti positivi possono ridursi nel corso degli anni, gli interventi chirurgici dovrebbero limitarsi ai casi per i quali sia stata diagnosticata chiaramente un'eziologia fisiologica e, comunque, a persone risultate refrattarie a terapie meno invasive (Starin e Fuqua, 1987). Di conseguenza, per quanto sia importante eliminare le cause fisiche della ruminazione, a volte è più auspicabile il ricorso a terapie mediche meno invasive associate ad approcci di altro genere. Questa soluzione, purtroppo, non ha finora ricevuto molta attenzione da parte della ricerca.

Scarsa è anche la ricerca volta a individuare nel disturbo della ruminazione un'origine biochimica. A tale riguardo, gli studi psicofarmacologici sono generalmente scarsi e perlopiù costituiti da casistiche non sottoposte a verifiche (Singh 1981). Uno studio suggerisce l'efficacia del paregorico, un agonista degli oppiacei, per l'inibizione della ruminazione in due pazienti (Blinder et al., 1986). Tuttavia, fintantoché non saranno effettuate ricerche più rigorose dal punto di vista metodologico, l'uso di farmaci nel trattamento della ruminazione dovrebbe essere considerato con cautela (Singh, 1981; Starin e Fuqua, 1987).

Approccio psichiatrico

Diagnosi psichiatrica

L'utilità diagnostica dei sistemi di classificazione forniti dal DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) o dall'ICD-10 (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992) è stata messa in discussione nel caso delle diagnosi differenziali per patologie quali l'anoressia, la bulimia, la ruminazione e il picacismo (Mayes et al., 1988; Parry-Jones e Parry-Jones, 1994). Inoltre, nonostante la prevalenza ormai accertata della ruminazione nelle persone adulte, sia il DSM-IV che l'ICD-10 classificano questo disturbo tra le patologie dell'infanzia. Fullerton e colleghi (1992) propongono una classificazione alternativa del vomito funzionale nelle categorie del *vomito autoindotto* e del *vomito psicogeno involontario*, quest'ultimo caratterizzato dalle sottocategorie del *disturbo della conversione* e del *disturbo della ruminazione nell'adulto*. Permane, tuttavia, una certa confusione nella letteratura riguardo al carattere «volontario» o «involontario» della ruminazione.

Contrariamente all'ipotesi di Fullerton e colleghi (1992), la diagnosi differenziale della ruminazione è legata, in parte, alla natura «volontaria» del comportamento (Young et al., 1987). Per esempio, alcuni ricercatori definiscono questa sindrome in parte come rigurgito «deliberato» (Luiselli, 1989, p. 132; Rogers et al., 1992, p. 522) o «intenzionale» (Mayes et al., 1988, p. 300). Questa confusione sulla natura volontaria o involontaria di tale disturbo può derivare dal fatto che molte persone ruminatrici sembrano trarre piacere da quest'attività.

Per il trattamento di alcuni casi di ruminazione può essere utile considerare la duplice diagnosi di ritardo mentale e psicopatologia. La ruminazione nelle persone adulte di intelligenza media è stata associata a condizioni psicologiche particolari come la depressione e l'ansia cronica (Amarnath et al., 1986; Nakanishi e Anderson, 1982). Non è ingiustificato pensare che la depressione o l'ansia possano concorrere all'instaurarsi del disturbo in persone con ritardo mentale. Pertanto, la determinazione di una diagnosi duplice nelle persone con ritardo mentale può fornire utili indicazioni per un trattamento appropriato.

Terapie psicodinamiche

I primi trattamenti psichiatrici della ruminazione, basati su teorie eziologiche di tipo psicodinamico e/o psicoterapeutico, ponevano l'accento sul rapporto madre-neonato. Le strategie terapeutiche, orientate alla psicopatologia materna, si mostrarono promettenti negli anni Cinquanta e Sessanta grazie al ricorso a sostituti materni per i neonati ruminatori (Singh, 1981). Invece, la ricerca volta a dimostrare l'efficacia dei trattamenti psicodinamici in persone più grandi mostra alcuni aspetti opinabili: per esempio, lo stato emotivo della persona, desunto dalle espressioni facciali, viene solitamente utilizzato come variabile dipendente (Starin e Fuqua, 1987). I dati positivi non mancano, ma la valutazione dell'efficacia del trattamento dipende dalle impressioni cliniche globali (Starin e Fuqua, 1987). Di fatto, gli interventi psicoterapeutici efficaci potrebbero in realtà corroborare un modello comportamentale; ad esempio, si ipotizza che all'interno dei nuclei familiari che rinforzano socialmente la ruminazione siano presenti un rapporto madre-neonato insoddisfacente o dinamiche familiari problematiche (Singh, 1981).

Approccio psicologico-comportamentale

Diagnosi comportamentale

La diagnosi comportamentale della ruminazione si basa su un ciclo osservabile di atti di rigurgito e reingestione. La difficoltà consiste nel fatto che la ruminazione, nel tempo, avviene senza sforzi apparenti (Fullerton et al., 1992; Konarski et al., 1992; Young et al., 1987). Alcuni comportamenti poco palesi che precedono il fenomeno, come i cambiamenti della postura (per esempio, inarcare il dorso), l'abitudine a tenere una mano in bocca o lievi spasmi muscolari nella regione del collo, possono segnalare l'inizio del ciclo ruminatorio (Glasscock et al., 1986; Konarski et al., 1992).

L'analisi funzionale del mericismo in persone con ritardo mentale poggia sull'ipotesi dell'autostimolazione (Konarski et al., 1992; Young et al., 1987). Konarski e colleghi (1993) raccomandano, prima di scegliere la terapia, di distinguere questo disturbo dal vomito socialmente rinforzato. Di conseguenza, la diagnosi dipende dalla differenziazione tra il vomito con reingestione parziale o assente, che è rinforzata dall'ambiente esterno, e la ruminazione con rideglutizione, che è rinforzata dall'autostimolazione (Konarski et al., 1992). L'analisi funzionale della sindrome, tuttavia, può anche mettere in luce fattori di tipo ambientale (per esempio, l'attenzione sociale rinforzante), benché l'opinione generale sia che tale pratica venga acquisita e consolidata attraverso l'autostimolazione (Konarski et al., 1992). Le prove in favore dell'ipotesi dell'autostimolazione si desumono dagli studi che dimostrano una riduzione della frequenza degli episo-

di ruminatori concomitante all'aumento di altre forme comportamentali rientranti nella stessa classe funzionale, tra cui i comportamenti autolesionistici (Singh et al., 1982).

Terapie comportamentali

Le terapie comportamentali si fondano sul presupposto che la ruminazione si protrae nel tempo perché rinforzata dalle sue conseguenze. Konarski e colleghi (1992) sostengono che il disturbo venga inizialmente acquisito attraverso il rinforzo dell'autostimolazione; se accompagnato da rinforzi secondari positivi (per esempio, l'attenzione), il valore di rinforzo automatico del comportamento stesso può passare in secondo piano (Singh, 1981). Sebbene gli studi comportamentali, come quelli psicodinamici, siano stati criticati anche per un rigore metodologico non ottimale (Singh, 1981; Starin e Fuqua, 1987), per la ruminazione l'intervento comportamentale sembra più promettente rispetto agli altri strumenti terapeutici (Singh, 1981; Starin e Fuqua, 1987; Luiselli, 1989). È possibile suddividere le terapie in due categorie: avversive e non avversive.

Interventi avversivi

Fino alla fine degli anni Ottanta la gran parte della letteratura comportamentale era incentrata sugli interventi avversivi per la ruminazione. Queste procedure comprendevano l'ipercorrezione, la sottrazione di cose positive, l'uso di sostanze dal sapore sgradevole (Nakanishi e Anderson, 1982; Singh, 1981; Starin e Fuqua, 1987). Se la salute di un paziente è minacciata al punto da richiedere un intervento capace di produrre un cambiamento rapido e drastico, le procedure avversive sono le più efficaci. Tuttavia, poiché non vi sono procedure di fading (attenuazione graduale e progressiva) degli interventi avversivi di dimostrata efficacia (Conrin et al., 1982; Konarski et al., 1992), per ragioni etiche si dovrebbe fare ricorso a queste procedure soltanto come misure di breve termine in situazioni gravi e unicamente nel caso in cui sia stata esclusa l'eziologia fisiologica, soprattutto considerando che anche gli interventi non avversivi danno risultati positivi (Ginsberg, 1988).

Interventi non avversivi

Tra gli interventi comportamentali non avversivi sperimentati per la riduzione della ruminazione ci sono la saziazione, il rinforzo positivo differenziale di comportamenti incompatibili o alternativi, l'estinzione, tecniche specifiche di alimentazione, l'esercizio fisico contingente e pacchetti di intervento combinati (Borreson e Anderson, 1982; Daniel, 1982; Osborne et al., 1995; Singh, 1981; Starin e Fuqua, 1987). Esaminando i risultati, Starin e Fuqua (1987) concludono

che le procedure più efficaci sono il rinforzo positivo differenziale di comportamenti incompatibili e la saziazione. Come per gli interventi avversivi, tuttavia, risulta difficile attenuare le procedure di rinforzamento differenziale (Konarski et al., 1992).

La saziazione

Studi recenti hanno esaminato il rapporto tra le abitudini alimentari e la frequenza della ruminazione, concentrandosi soprattutto sulle procedure di saziazione, concepite per ridurre l'effetto rinforzante della reingestione del vomito fornendo al paziente cibo in abbondanza e, in tal modo, aumentando il valore di stimolazione del pasto (Luiselli, 1989).

Johnston e Greene (1992) hanno raccolto i risultati di 1.841 sessioni di ricerca sperimentale condotte su 10 pazienti, rilevando che la quantità di cibo ingerito è inversamente proporzionale alla frequenza della ruminazione. Questo rapporto inverso tra l'aumentata somministrazione di cibo e la frequenza della ruminazione emerge anche da altri studi (Clauser e Scibak, 1990; Foxx et al., 1979; Rast et al., 1984; Yang, 1988).

Non è chiaro, tuttavia, quale sia la variabile associata all'aumento del cibo ingerito che influisce sulla frequenza della ruminazione. Per esempio, uno studio condotto da Rast e colleghi (1981) evidenziava che alcuni alimenti, come i pomodori e i cibi grassi, possono aumentare gli episodi di ruminazione. Altre ricerche dimostrano che la procedura della saziazione diventa inefficace se la quantità di cibo viene aumentata gradualmente, anziché improvvisamente (Luiselli, 1989). Barton e Barton (1985) hanno ipotizzato che gli alimenti consistenti possano ridurre la frequenza del disturbo, mentre in uno studio di Greene e colleghi (1991) la sensibile riduzione del comportamento viene attribuita al più elevato apporto calorico fornito da questi alimenti.

Rast e colleghi (1985) hanno paragonato gli effetti sulla frequenza della ruminazione prodotti rispettivamente dalla dilatazione dello stomaco in seguito a ingestione di quantità maggiori di cibo e dall'assunzione di una dieta ipercalorica senza dilatazione gastrica. I risultati indicano un rapporto inversamente proporzionale leggermente più significativo nel caso della dieta ipercalorica rispetto, invece, alla dilatazione gastrica (Rast et al., 1985). Al contrario, McKeegan e colleghi (1987) hanno rilevato l'efficacia di una dieta controllata, senza incremento dell'apporto calorico, associata alla procedura di rinforzamento positivo differenziale di comportamenti alternativi. In questo caso, l'alimentazione controllata avviene somministrando al paziente un pasto normale, ma presentato a piccole dosi, in maniera da prolungare il tempo trascorso a tavola (McKeegan et al., 1987). La condizione di rinforzamento differenziale di comportamenti alternativi consisteva nel rinforzare il comportamento sul compito con lodi verbali e piccole dosi di cibo a basso contenuto calorico. Dai dati raccolti nel corso di questo studio si evince che la frequenza della ruminazione può essere ridotta con

esito positivo senza imporre a un paziente obeso una dieta ipercalorica; inoltre, questi risultati sostengono l'ipotesi dell'autostimolazione come funzione comportamentale.

In generale, i ricercatori continuano a considerare la saziazione come procedura fondamentale (Clauser e Scibak, 1990; Konarski et al., 1992; Lobato et al., 1986; McKeegan et al., 1987).

In letteratura vengono presentate diverse forme di saziazione. Wilder e colleghi (1996) hanno utilizzato una procedura di saziazione ibrida, presentando al paziente dopo il pasto piccole dosi di cibo per 30 minuti, in maniera non contingente alla ruminazione. Secondo gli autori, questa procedura sarebbe più efficace nel ridurre la ruminazione rispetto agli schemi di rinforzamento con liquidi o della stimolazione sensoriale alternativa.

Tuttavia, stando ai dati forniti dalla letteratura, le strategie più efficaci nel ridurre la frequenza del disturbo sono quelle simili alle procedure descritte da Clauser e Scibak (1990), che prevedono la somministrazione al paziente di quantità illimitate di cibo durante i pasti. Le procedure di saziazione attuate soltanto al momento dei pasti, soprattutto se il paziente è in grado di alimentarsi autonomamente, rappresentano delle soluzioni meno impegnative rispetto alla somministrazione di cibo tra un pasto e l'altro. Ovviamente, se il paziente è obeso, è preferibile la somministrazione di cibi a basso contenuto calorico distribuita nel corso dell'intera giornata.

Prospettive della ricerca

Quando diventa un comportamento stabile nella persona, tale da richiedere l'attenzione del medico, la ruminazione è probabilmente determinata e mantenuta da molteplici variabili. Le condizioni di deprivazione che possono concorrere allo sviluppo della sindrome possono non essere implicate nel suo mantenimento.

La riduzione significativa della frequenza della ruminazione osservata in studi recenti condotti con l'approccio comportamentale, specie nella ricerca sulla saziazione, indicano una direzione promettente di ricerca. Per identificare con precisione i tipi di interventi dietetici utili per curare questo disturbo occorrerà approfondire gli studi in questa direzione, senza con ciò trascurare le variabili interpersonali. Questo perché, se la frequenza della ruminazione può essere ridotta con interventi sulla dieta della persona, è possibile che questa emetta conseguentemente con maggiore frequenza altri comportamenti che assolvono la stessa funzione. Per esempio, se la ruminazione ha come rinforzo l'attenzione sociale, la riduzione di questo comportamento può tradursi in un aumento dei comportamenti autolesionistici finalizzati allo stesso scopo, quello cioè di ottenere l'attenzione sociale.

Le osservazioni di tipo naturalistico, come quelle riportate da Humphrey e colleghi (1989), possono evidenziare le variabili ambientali che controllano in modo differenziale i comportamenti problema. Utilizzando un disegno sperimentale a soggetto singolo che prevedeva osservazioni a intervalli di 15 per un periodo di 4 settimane, Humphrey e colleghi hanno rilevato che l'attenuarsi del disturbo era legato a quattro variabili: le attività scolastiche, l'attenzione individuale, il tempo trascorso con gli assistenti preferiti dalla persona e il momento del pasto (Humphrey et al., 1989). Quindi, l'intervento sulle contingenze sociali diventate fattori ambientali (Kantor, 1959) per la ruminazione possono costituire una misura alternativa o aggiuntiva alla modificazione della dieta. Questo ambito della ricerca andrebbe approfondito con ulteriori indagini per poter stabilire se le stesse correlazioni sono valide per diverse persone inserite in ambienti simili e per isolare le variabili ambientali che potrebbero influenzare i risultati delle ricerche sulla saziazione.

Conclusioni

In generale, sembra esservi una convergenza di risultati a sostegno dell'approccio comportamentale alla diagnosi e all'intervento sulla ruminazione. Nella valutazione di queste persone, tuttavia, soprattutto se si tratta di persone con ritardo mentale grave o gravissimo, occorre prestare molta attenzione alle ramificazioni della diagnosi e del trattamento medici. I risultati dei diversi studi sulla saziazione, sebbene mostrino dati molto positivi, sono tuttavia discontinui da un caso all'altro. Per tale ragione la ricerca futura sulle strategie di saziazione dovrebbe mirare al rigore metodologico. Inoltre, è importante che i ricercatori prendano in considerazione gli studi di tipo naturalistico, nonché le attuali metodologie di analisi funzionale (per esempio, Iwata et al., 1994/1982), per indagare le variabili contestuali e sociali che rinforzano il comportamento ruminatorio.

— TITOLO ORIGINALE —

Overview of the treatment of rumination disorder for adults in a residential setting. Tratto da «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry», vol. 29, n. 1, 1998. © Elsevier Science Ltd. Pubblicato con il permesso dell'Editore. Traduzione italiana di Daniela Ferrari.

Bibliografia

- Amarnath R.P., Abell T.L. e Malagelada J. (1986), *The rumination syndrome in adults*, «Annals of Internal Medicine», vol. 105, pp. 513-518.
- American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.
- Barton L.E. e Barton C.L. (1985), *An effective and benign treatment of rumination*, «Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps», vol. 10, pp. 168-171.
- Blinder B.J., Bain N. e Simpson R. (1986), *Evidence for an opioid neurotransmission mechanism in adult rumination*, «American Journal of Psychiatry», vol. 143, p. 255.
- Borreson P.M. e Anderson J.L. (1982), *The elimination of chronic rumination through a combination of procedures*, «Mental Retardation», vol. 20, pp. 34-38.
- Clauser B. e Scibak J.W. (1990), *Direct and generalized effects of food satiation in reducing rumination*, «Research in Developmental Disabilities», vol. 11, pp. 23-36.
- Conrin J. et al. (1982), *Differential reinforcement of other behaviors to treat chronic rumination of mental retardates*, «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry», vol. 13, pp. 325-329.
- Daniel W.H. (1982), *Management of chronic rumination with a contingent exercise procedure employing topographically dissimilar behavior*, «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry», vol. 13, pp. 149-152.
- Davis W.B., Wiesler N.A. e Hanzel T.E. (1983), *Reduction of rumination and out-of-seat behavior and generalization of treatment effect using a non-intrusive method*, «Journal of Music Therapy», pp. 115-131.
- Foxx R.M., Snyder M.S. e Schroeder F. (1979), *Food satiation and oral hygiene punishment program to suppress chronic rumination by retarded persons*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. 9, pp. 399-411.
- Fredericks D.W. e Hayes L.J. (1994), *Effects of drug changes and physician prescribing practices on the behavior of persons with mental retardation*, «Journal of Developmental and Physical Disabilities», vol. 7, pp. 105-123.
- Fullerton D.T., Neff S. e Getto C.J. (1992), *Persistent functional vomiting*, «International Journal of Eating Disorders», vol. 12, pp. 229-233.
- Gelb S.A. (1995), *The beast in man: Degenerationism and mental retardation, 1900-1920*, «Mental Retardation», vol. 33, pp. 1-9.
- Ginsberg A.J. (1988), *Feeding disorders in the developmentally disabled population*. In D.C. Russo e J.H. Kedesdy (a cura di), *Behavioral medicine with the developmentally disabled*, New York, Plenum Press, pp. 21-38.
- Glasscock S.G. et al. (1986), *Varied citrus treatment of ruminant gagging in a teenager with Batten's disease*, «Behavior Therapy and Experimental Psychiatry», vol. 17, pp. 129-133.
- Greene K.S. et al. (1991), *Effects of peanut butter on ruminating*, «American Journal on Mental Retardation», vol. 95, pp. 631-645.
- Humphrey II F.J., Mayes S.D. e Bixler E.O. (1989), *Variables associated with frequency of rumination in a boy with profound mental retardation*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. 19, pp. 435-446.
- Iwata B.A. et al. (1994), *Toward a functional analysis of self-injury*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 27, pp. 197-209.

- Johnston J.M. e Greene K.S. (1992), *Relation between ruminating and quantity of food consumed*, «Mental Retardation», vol. 30, pp. 7-11.
- Kantor J.R. (1959), *Interbehavioral psychology*, Ohio, The Principia Press.
- Konarski E.A., Favell J.E. e Favell J.E. (1992), *Manual for the assessment and treatment of the behavior disorders of people with mental retardation*, North Carolina, Western Carolina Center Foundation.
- Kuruville J. e Trewby P.N. (1989), *Gastro-oesophageal disorders in adults with severe mental impairment*, «British Medical Journal», vol. 299, pp. 95-96.
- Lobato D., Carlson E.I. e Barrera R.D. (1986), *Modified satiation reducing ruminative vomiting without excessive weight gain*, «Applied Research in Mental Retardation», vol. 7, pp. 337-347.
- Luiselli J.K. (1989), *Health-threatening behaviors*. In J.K. Luiselli (a cura di), *Behavioral medicine and developmental disabilities*, New York, Springer, pp. 114-152.
- Mayer S.D. et al. (1988), *Rumination disorder: Differential diagnosis*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», vol. 27, pp. 300-302.
- McKeegan G.F., Estill K. e Campbell B. (1987), *Elimination of rumination by controlled eating and differential reinforcement*, «Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry», vol. 18, pp. 143-148.
- Menolascino F.J. (1972), *Primitive, atypical, and abnormal-psychotic behavior in institutionalized mentally retarded children*, «Journal of Autism and Childhood Schizophrenia», vol. 3, pp. 49-64.
- Nakanishi D.A. e Anderson D.R. (1982), *Behavioral treatment of psychogenic vomiting among children: A review and case example*, «Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services», vol. 20, pp. 17-20.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992), *ICD-10. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche. Sindromi e disturbi psichici e comportamentali*, Milano, Masson.
- Osborne J.G. et al. (1995), *Positive procedures and generalized self-choking*, «Behavioral Interventions», vol. 10, pp. 211-223.
- Parry-Jones B. (1994), *Mercyism or rumination disorder*, «British Journal of Psychiatry», vol. 165, pp. 303-314.
- Parry-Jones W.L. e Parry-Jones B. (1994), *Implications of historical evidence for the classification of eating disorders*, «British Journal of Psychiatry», vol. 165, pp. 287-292.
- Rast J. et al. (1981), *The relation of food quantity to rumination behavior*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 14, pp. 121-130.
- Rast J. et al. (1985), *Effects of nutritional and mechanical properties of food on ruminative behavior*, «Journal of the Experimental Analysis of Behavior», vol. 44, pp. 195-206.
- Rast J., Johnston J.M. e Drum C. (1984), *A parametric analysis of the relationship between food quantity and rumination*, «Journal of the Experimental Analysis of Behavior», vol. 41, pp. 125-134.
- Rogers B. et al. (1992), *Chronic regurgitation among persons with mental retardation: A need for combined medical and interdisciplinary strategies*, «American Journal on Mental Retardation», vol. 96, pp. 522-527.
- Singh N.N. (1981), *Rumination*. In N.R. Ellis (a cura di), «International Review of Research in Mental Retardation», vol. 10, pp. 139-182.
- Singh N.N., Manning P.J. e Angeli M.J. (1982), *Effects of an oral hygiene punishment procedure on chronic rumination and collateral behaviors in monozygous twins*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 15, pp. 309-314.

Trattamento della ruminazione: interventi medici e comportamentali

- Starin S.P. e Fuqua R.W. (1987), *Rumination and vomiting in the developmentally disabled: A critical review of the behavioral, medical, and psychiatric treatment research*, «Research in Developmental Disabilities», vol. 8, pp. 575-605.
- Wilder D., Williams e Higbee (1997), *A comparison of noncontingent reinforcement, other competing stimulation, and liquid rescheduling for the treatment of rumination*, «Behavioral Interventions», vol. 12, pp. 55-64.
- Yang L. (1988), *Elimination of habitual rumination through the strategies of food satiation and fading: A case study*, «Behavioral Residential Treatment», vol. 3, pp. 223-234.
- Young L.D. et al. (1987), *Disorders of the upper gastrointestinal system: An overview*, «Annals of Behavioral Medicine», vol. 9, pp. 7-12.

