

L'inclusione delle famiglie nel trattamento dei DA

Armando Cotugno

UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare

Dipartimento di Psichiatria

ASL Roma 1

dr.armandocotugno@gmail.com

armando.cotugno@aslroma1.it

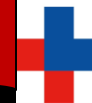
IV CONGRESSO



SE LA MAPPA NON È IL TERRITORIO

*Modelli organizzativi, percorsi,
innovazione nel trattamento dei Disturbi Alimentari*

SIRACUSA 24-25 MAGGIO 2019 PALAZZO VERMEXIO



La “scoperta” dell’anoressia

UOSD
DCA



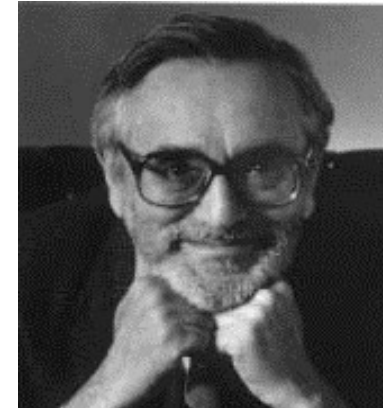
Anorexie Hystérique

“...oltre a considerare gli innegabili aspetti psicologici della malattia, sarebbe un grave errore ignorare o non interpretare adeguatamente il contesto psicologico in cui si trovano le nostre pazienti. Nessuno si dovrebbe sorprendere dal fatto che io considero lo stato di malattia della paziente anoressica sempre in parallelo con le ansie e le preoccupazioni dei suoi familiari...

...La famiglia ha solo due metodi a disposizione che utilizza fino all’exasperazione: le suppliche e le minacce... e più aumenta la sollecitudine, più l’appetito diminuisce” (Charles Laségue, 1873).



AN e Terapia Familiare



• Approccio Strutturale

- Vulnerabilità fisiologica individuale
- Stili Transazionali disfunzionali
- Ruolo del paziente nel ridurre/evitare il conflitto familiare
- Enfasi sul ruolo delle dinamiche familiari *sul* DA
- Confini familiari - due poli: *Invischiamento* - *Disimpegno*

(Minuchin, 1978)



Emotività Espressa e Famiglie DCA

🌀 Ipercoinvolgimento Ansioso

🌀 60% Famiglie con DCA (n=165) vs 3% Gruppo controllo

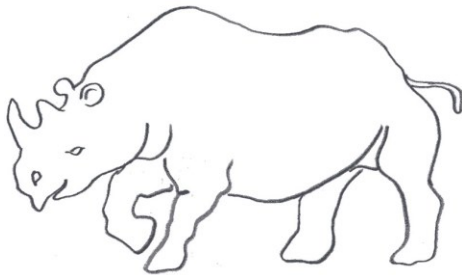
“Famiglie Canguro”

Iperprotettività
Infantilizzazione
Inibizione dello svincolo



🌀 Rabbia e Criticismo

🌀 47% Famiglie con DCA (n=165) vs 15% Gruppo Controllo



“Famiglie Rinoceronte”

Controllanti
Enfasi sulle regole
Forte conflittualità
Cicli interpersonali coercitivi

Il Trattamento Familiare del Maudsley Hospital

“È indubbio che la presenza di un DA ha un notevole impatto sulla vita di una famiglia. Con il tempo tutto ciò che si muove intorno al cibo e al mangiare arriva a pervadere l'intera vita familiare. Di conseguenza, tutti i comportamenti familiari e le capacità di affrontare le normali situazioni ordinarie ne vengono profondamente influenzate”



Ivan Eisler

Principale ideatore
del
Maudsley Approach



PAURA e “Disorganizzazione” delle Capacità di Cura

UOSD
DCA



Anorexie Hystérique

“La famiglia ha solo due metodi a disposizione che utilizza fino all’exasperazione: le suppliche e le minacce... e più aumenta la sollecitudine, più l’appetito diminuisce” (Charles Lasègue, 1873).

Comportamento di Cura della Prole

Sistemi Motivazionali Innati

Accudimento

Richieste di cura

**Sistema di Difesa
Primitivo**

Attacco alla fonte di
pericolo per la prole

*Cosa succede se
Agente della Minaccia
e
Vittima della Minaccia
coincidono?*

Disorganizzazione della Cura

**Circolo dell'Impotenza
(Paura, Rabbia, Colpa e Vergogna)**

Ipercoinvolgimento Ansioso e Criticismo Ostile

L'alleanza con la famiglia

Dall'accoglienza
della domanda
al trattamento terapeutico



Percorso Ambulatoriale Intensivo

1. EDI-3
2. BUT
3. EDE-Q
4. SCL-90
5. Millon/MAC I
6. DES
7. DIS-Q
8. RAADS-R

Auto invio
MMG
Specialisti territoriali
Sanità privata
Ospedale

S
T
E
L
L
E
H
F
E
O
N
D
I
C
A

Valutazione Psichiatrica
Valutazione Psicologico-motivazionale
Valutazione Familiare

ASSESSMENT
Durata
1 settimana

Valutazione Internistica
Valutazione Dietistico/Nutrizionale
Valutazione Testologica

SI DCA

NO DCA

Invio ai servizi competenti

Esami laboratorio
Gastro.
Endocrinologia
Cardiologia
Ginecologia
SERT
MOC
DH Internistico

PERCORSO MEDICO SPECIALISTICO

CONDIVISIONE CONTRATTO TERAPEUTICO

Accoglienza dei genitori
ONLUS Fenice Lazio

PERCORSO DI PSICOEDUCAZIONE

Gruppo Genitori 1+10+1 incontri

Gruppo Psicoeducativo Pazienti (aperto)

DAI

- 1- TERAPIA INDIVIDUALE
- 2- CONTROLLI MEDICO-DIETISTICI
- 3- GRUPPI DI RIABILITAZIONE PSICO-CORPOREA
- 4-GRUPPO DBT

AN

- 1-PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
- 2- RIAB. NUTRIZIONALE
- 3- CONTROLLI MEDICO-DIETISTICI
- 4- FBT

BN

- 1- COLLOQUI PSICOTERAPIA
- 2- RIAB. NUTRIZIONALE
- 3- CONTROLLI INTERNISTICI e DIETISTICI
- 4- TERAPIA FAMILIARE
- 4- GRUPPO DBT

FOLLOW UP 12 MESI

Gruppo Psicoeducazionale per i Genitori

UOSD
DCA

OBIETTIVI

- Coinvolgere i familiari nel percorso terapeutico del/della paziente
- Offrire le informazioni necessarie sugli aspetti psicologici, nutrizionistici e internistici dell'AN
- Gestire l'ansia e ridurre la tensione familiare legata ai comportamenti sintomatici
- Ottenere uno spazio condiviso di osservazione e confronto sulle dinamiche familiari disfunzionali legate al sintomo
- Offrire un punto di riferimento che permane successivamente alla chiusura degli incontri



Gruppo Psicoeducazionale per i Genitori

- Riduzione del “distress psicologico”
 - *(ansia e depressione)*
- Riduzione del “carico emotivo”
 - *(impotenza, inefficacia)*
- Riduzione dell’Emotività Espressa
 - *(ipercoinvolgimento, ipercriticismo)*

(Hibbs et al.,2015_Int.J of Eat.Dis.)



Cosa sono i DA?

I sintomi alimentari (controllo delle forme corporee e del peso) sono *modalità disfunzionali di gestione di ansie profonde*

- Senso pervasivo di inefficacia personale: azioni, pensieri e sentimenti non originano attivamente da sé (etero-determinazione dei bisogni)
- Difficoltà di identificare le sensazioni interne e gli stati mentali
- Fragilità dell'Identità Personale
- Focalizzazione sull'Immagine Corporea e sua distorsione in un periodo *sensibile* dello sviluppo



Trattamento a “doppio binario”

Fase della Preparazione

Fase 1 *Aspetti inerenti al DA*

Aspetti specifici del DA

- “Sindrome da digiuno”
- Comportamento di abbuffata
- Condotte di compenso
- Peso Corporeo
- Ipercontrollo e Perfezionismo

Distorsione dell'Immagine Corporea

Fase 2 *Aspetti inerenti allo schema di Autovalutazione Disfunzionale*

“Risk Avoidance”

Bassa Autostima/Valutazione di sé

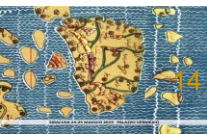
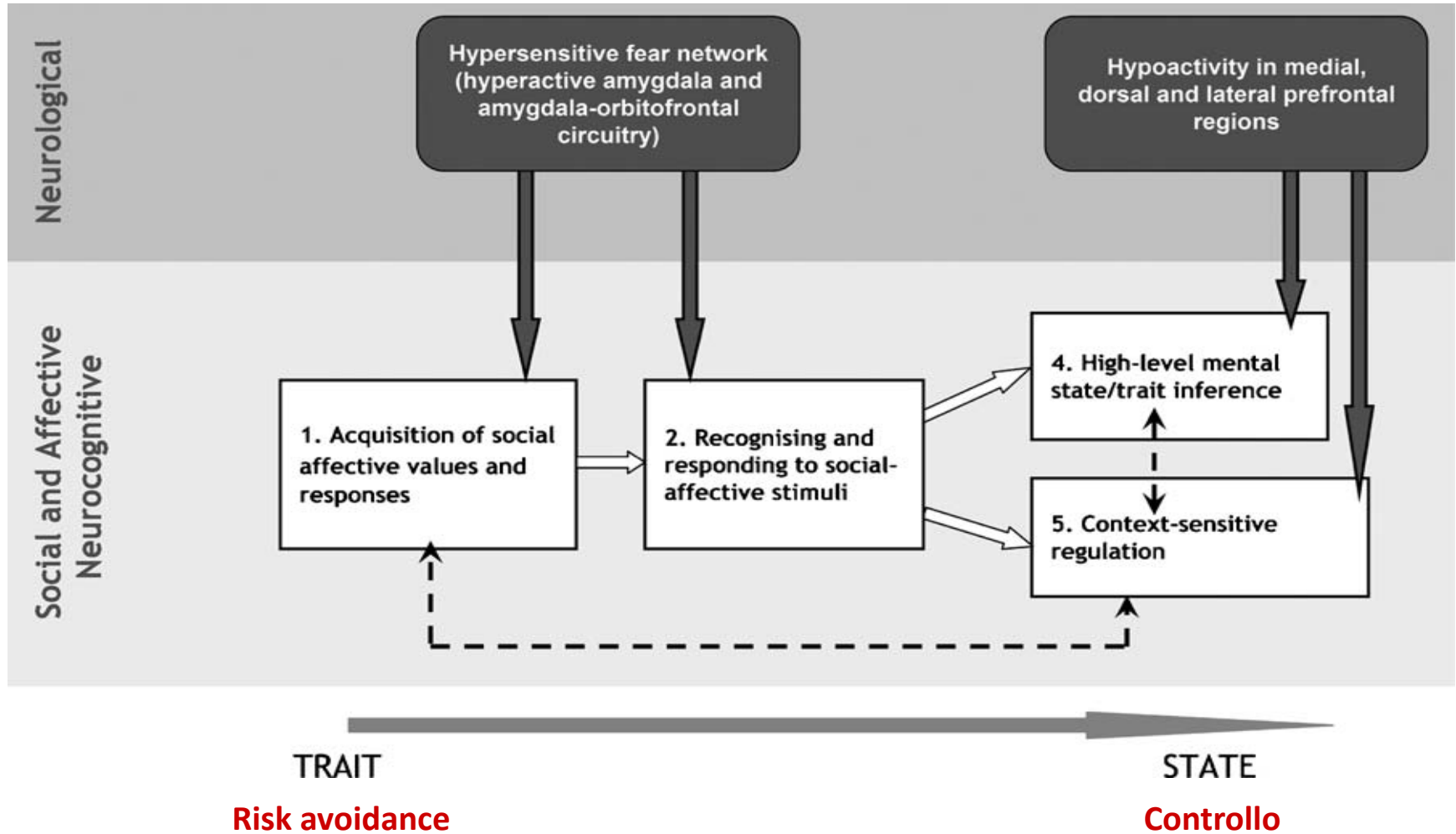
Deficit di Regolazione Emotiva

Difficoltà Interpersonali

Coinvolgimento dei Familiari (pazienti < 18 anni)

Deficit Socio-Emotivo nei DA

A. Oldershaw et al. / Neuroscience and Biobehavioral Reviews 35 (2011) 970–988



Adolescenza: periodo di transizione



L'Adolescenza costituisce una finestra fondamentale nello sviluppo umano, seconda per importanza solo alla prima infanzia

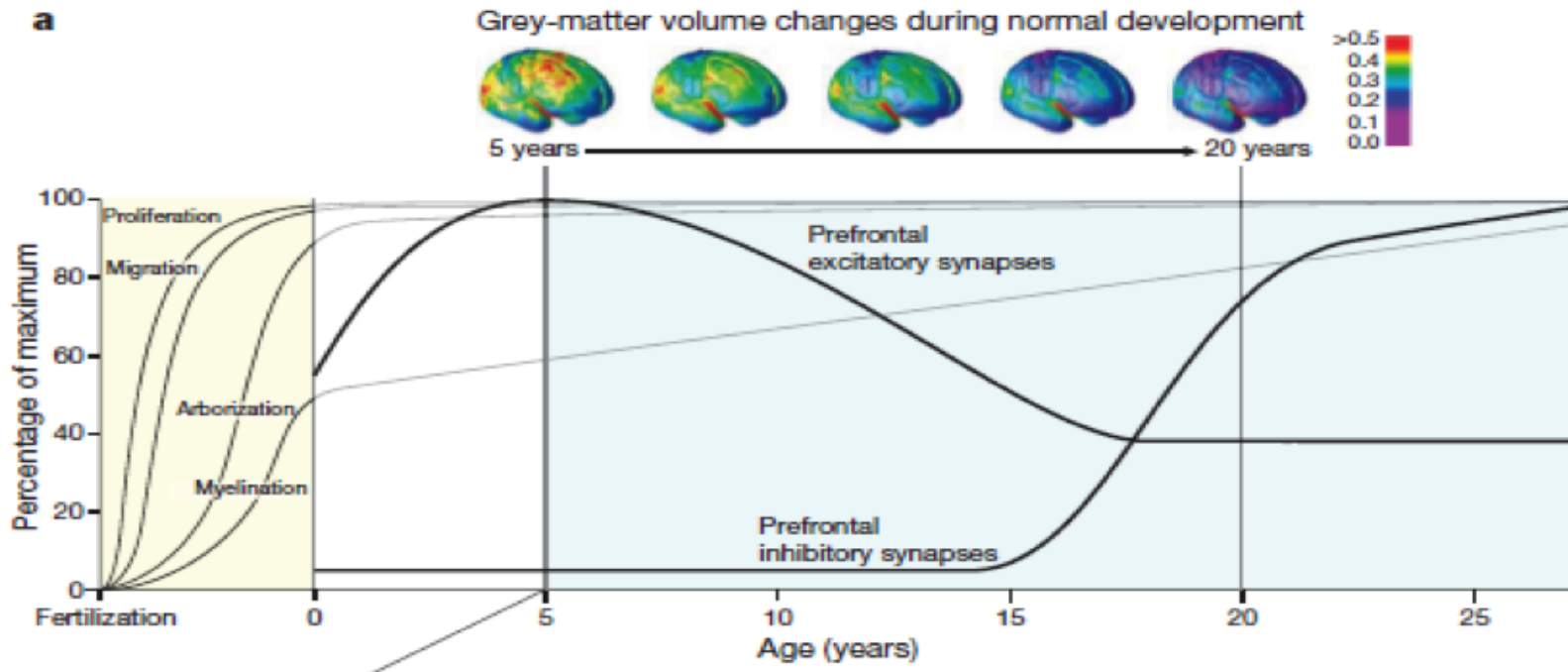


Transizioni significative:

- ❖ Funzionamento Neurologico
- ❖ Funzionamento Cognitivo
- ❖ Regolazione Emotiva
- ❖ Relazioni Interpersonali
- ❖ Sviluppo sessuale



Adolescenza e Sviluppo Cerebrale



- “Potatura” selettiva postero-anteriore connesso al contesto sociale
 - (*Frontalizzazione*)
- Mielinizzazione: passaggio dal pensiero rappresentativo a forme complesse di elaborazione dell’informazione
 - (*Capacità Metacognitive*)
- Maturazione cerebrale connessa all’aumentata capacità di *Regolazione Emotiva e Cognitiva*

Kendall Powell, 2006: “Neurodevelopment: How does the teenage brain work?”
Nature 442, 865-867

Empowerment Genitoriale

1. Trattamento Basato sulla Famiglia per AN (*FBT*)

- Comportamento Restrittivo

2. Trattamento Dialettico-Comportamentale per Adolescenti BN e BED (*DBT*)

- Disregolazione Emotiva

Agire nel particolare, pensando al generale



Treating Bulimia in Adolescents

A Family-Based Approach

Daniel Le Grange
James Lock

JAMES LOCK
E DANIEL LE GRANGE

ANORESSIA NERVOSA

MANUALE PER
IL TRATTAMENTO
BASATO SULLA
FAMIGLIA



GIOVANNI FIORITI EDITORE

Copyrighted Material
SECOND EDITION

Help Your Teenager Beat an Eating Disorder

- Learn why you need to act now
- Find out what the research says about which treatments work
- Take charge of changes in eating habits and exercise
- Put up a united family front to prevent relapse

James Lock, MD, PhD | Daniel Le Grange, PhD

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
ROMA 1

Finalità e Contesto del FBT

- Indicato per i pazienti adolescenti in condizioni mediche stabilizzate
- Intervento Ambulatoriale finalizzato a
 - a. Ripristino del peso corporeo
 - b. “Rimettere in carreggiata” l’adolescente lungo il suo percorso di sviluppo, bloccato dall’AN
- Il FBT è un un’intervento inserito all’interno di un approccio multiprofessionale
 - Terapeuta FBT: *Esperto di psicologia dell’Adolescente e di DA*
 - Pediatra/Nutrizionista: *Esperto degli aspetti organici*
 - Neuropsichiatra Infantile: *Esperto degli aspetti psicofarmacologici*
- Una breve ospedalizzazione finalizzata a una migliore stabilizzazione delle condizioni cliniche a volte può essere integrata nel trattamento FBT



Circolo della Sicurezza e Connect

**Trattamenti *evidence based* fondato sulla Teoria
dell'Attaccamento**

**Sostiene le capacità di cura dei genitori
(accudimento e sostegno all'esplorazione),
attraverso la guida dei terapeuti.**

**Il fine è quello di promuovere una maggiore
sicurezza personale nel bambino/adolescente e
consente di trovare la strada per una maggiore
autonomia**

Stile del trattamento

Genitori coinvolti e responsabili

- Controllo e sostegno
- Alla fine restituito al figlio

Atteggiamento del terapeuta

- Attivo – mobilita l'ansia dei genitori
- Rispetta la competenza dei genitori

Rispetto dell'adolescente

- Processo di sviluppo
- Ribaltamento (“upside down”) dei trattamenti tradizionali



Assunti di base del FBT

1. Prospettiva agnostica sulle cause della malattia

- Né i genitori né l'adolescente devono essere colpevolizzati

2. Atteggiamento terapeutico non autoritario

- Cooperare con la famiglia
- Terapeuta come consulente esperto

3. I genitori si fanno carico del ripristino del peso

- Empowerment

4. Esternalizzazione

- Separazione dell'adolescente dalla malattia

5. Focus iniziale sui sintomi

- Approccio pragmatico



Tre Fasi del FBT

Fase 1
(Sedute 1-10)

- I genitori assumono la responsabilità del ripristino del peso

Fase 2
(Sedute 11-16)

- I genitori restituiscono il controllo alimentare all'adolescente

Fase 3
(Sedute 17-20)

- Discussione sui compiti specifici dello sviluppo adolescenziale



Uno studio naturalistico italiano

l'esperienza della UOSD DCA ASL Roma1

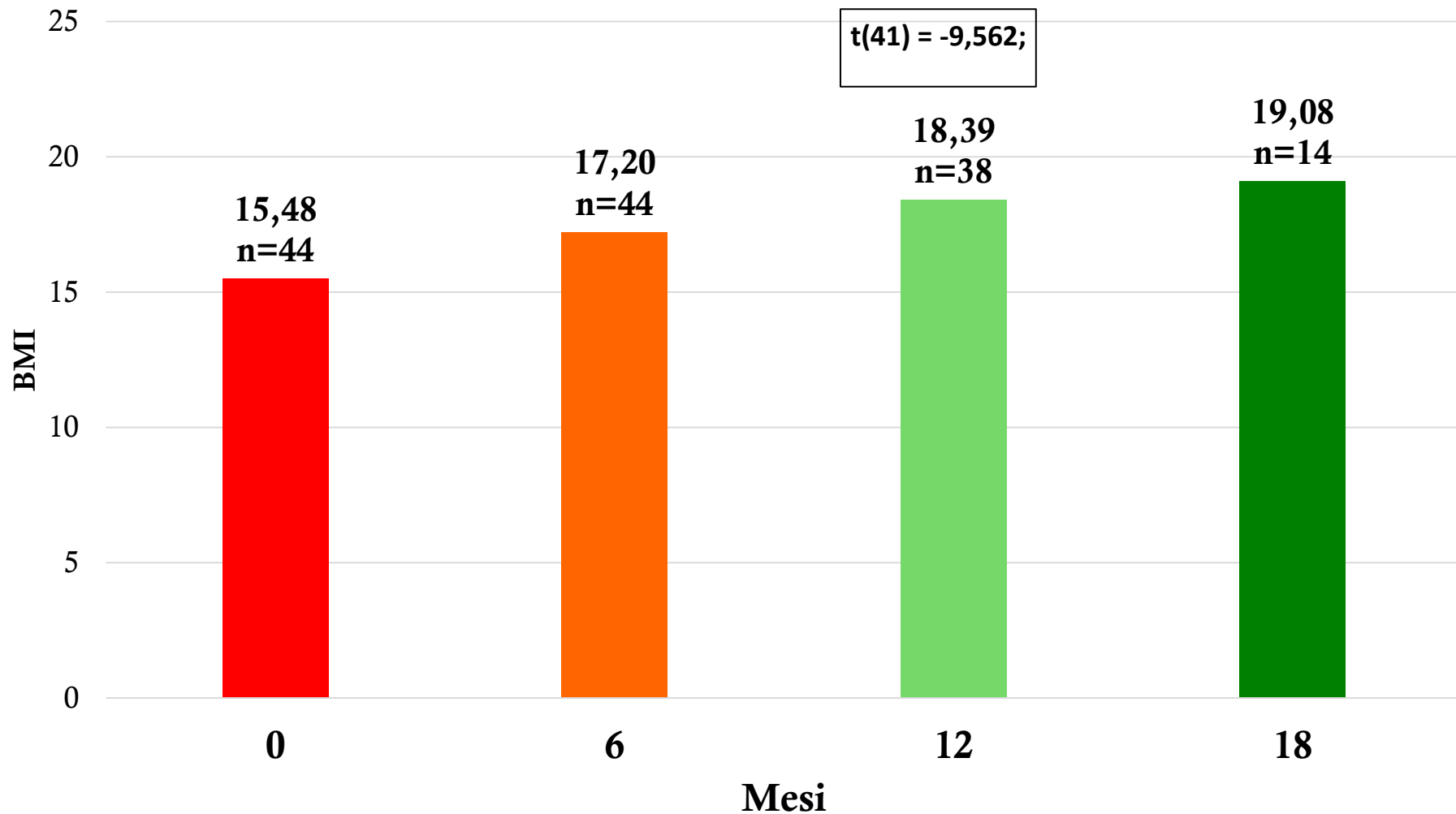
Caratteristiche del campione:

- 53 pazienti: 51 F; 2 M
- Età media: 16,2 anni (13-22)
- BMI medio basale: 15,4
- **Efficacia:** 44/53 (83%)
 - 24: conclusione a 12 mesi
 - 14: conclusione a 18 mesi
 - 6: ancora in trattamento (10° -12° mese) in miglioramento
- **Inefficacia:** 9/53 (17%)
 - 5 ricoveri+TAU
 - 3 TAU
 - 1 Drop out



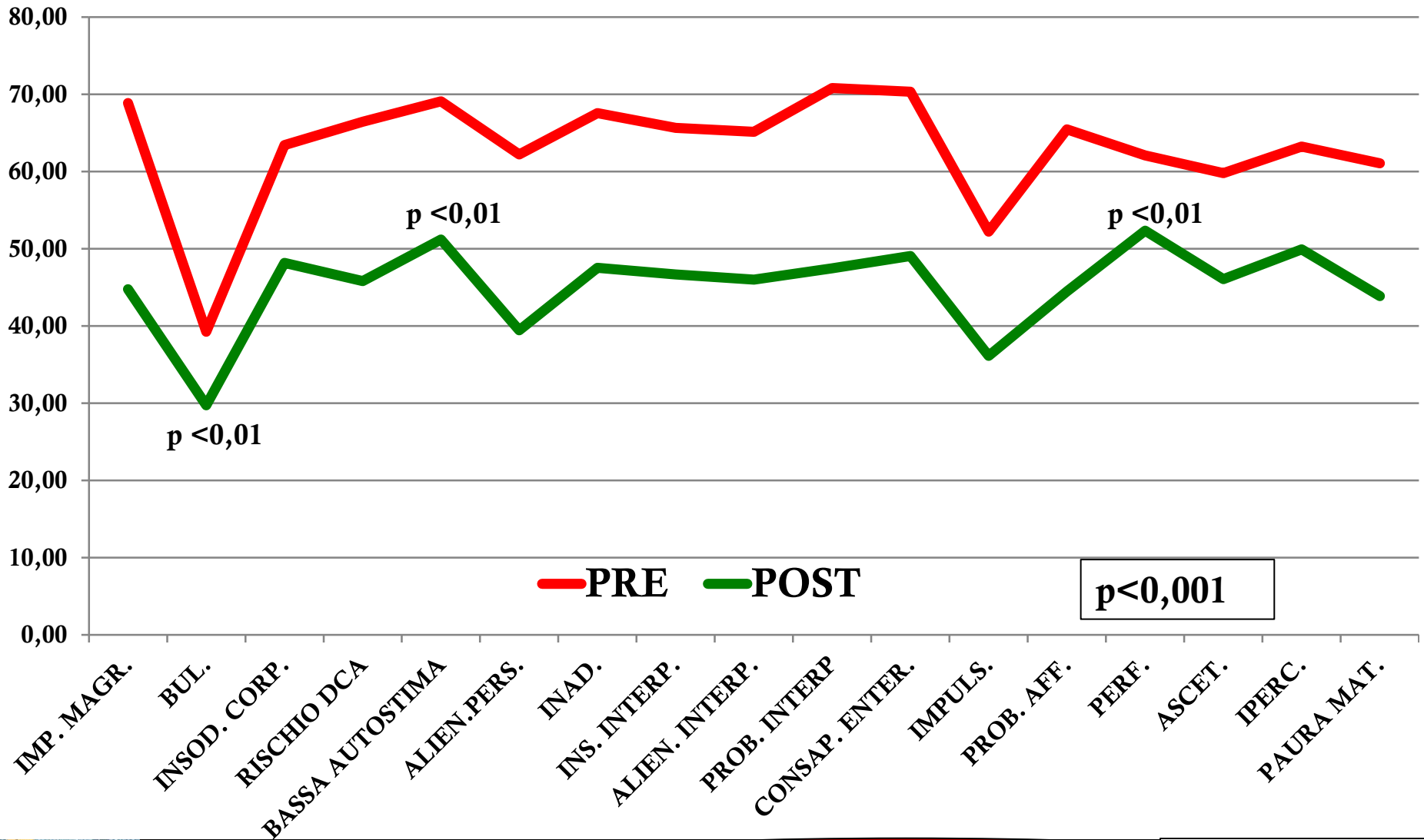
BMI

età media: 16,2



EDI-3

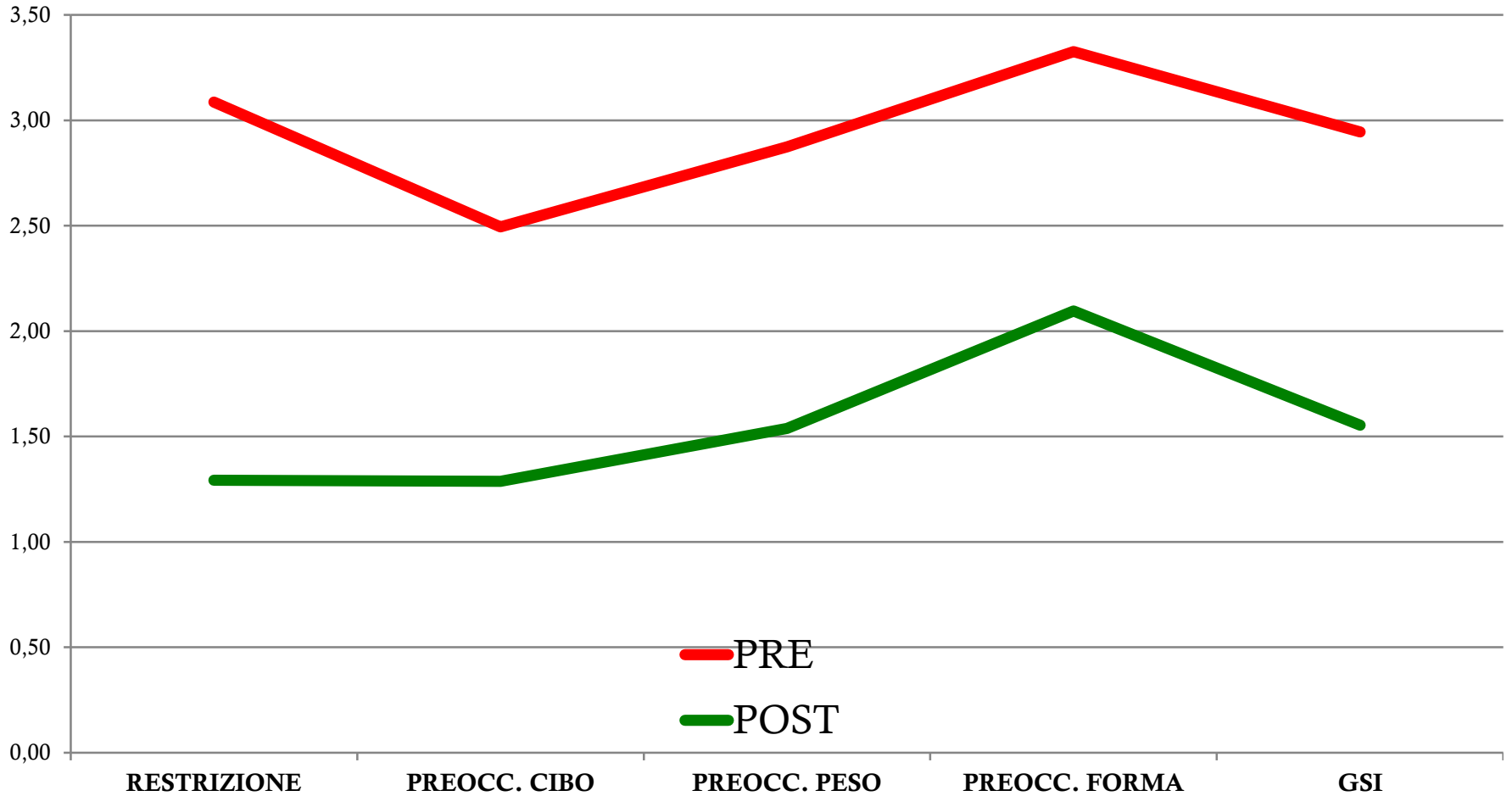
n° = 38



EDE-Q

n° = 38

p < 0,001

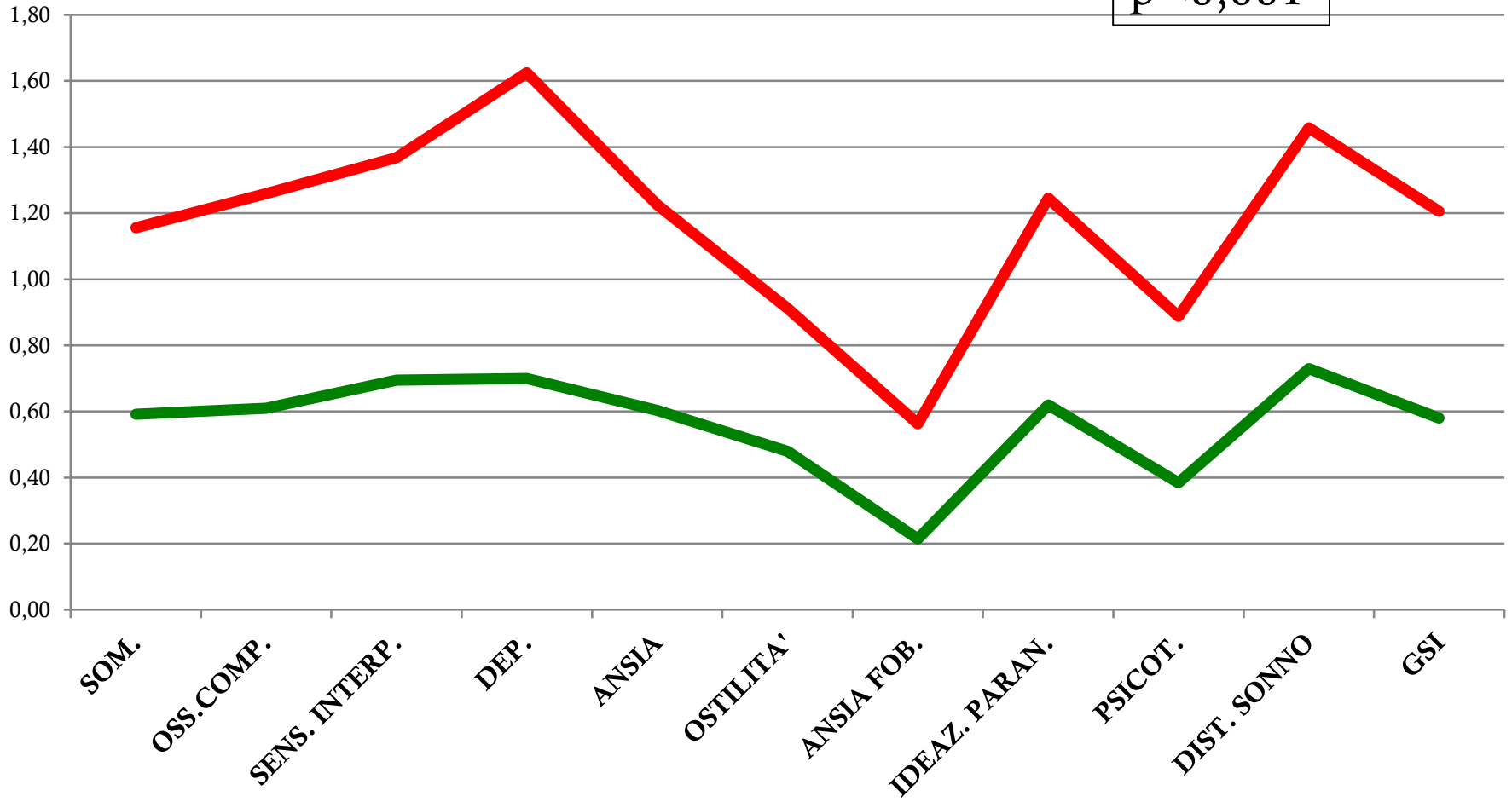


SCL-90

n° = 38

— PRE — POST

p < 0,001

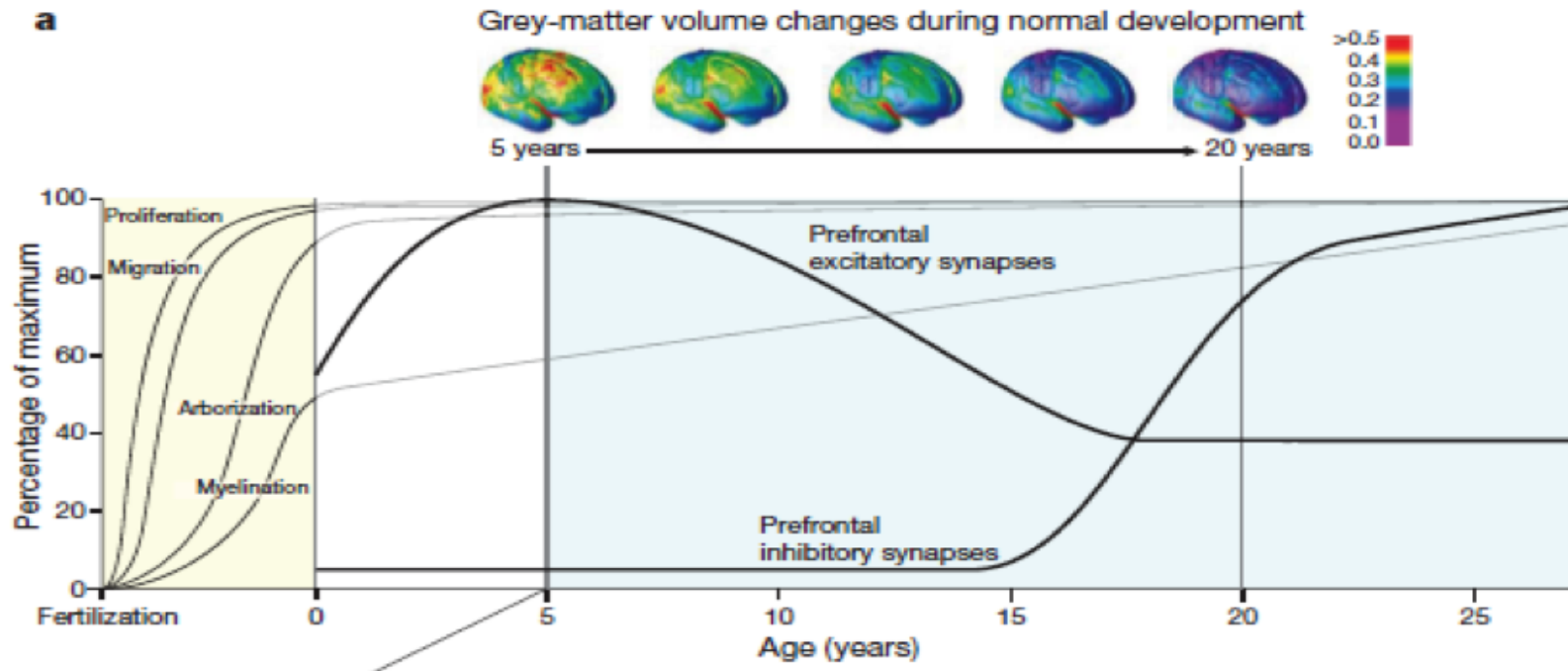


Modifiche del Protocollo Standard

- ❖ I/Le pazienti seguiti/e in FBT, intraprendono, *in itinere* o al termine del trattamento FBT, una psicoterapia individuale
- ❖ Importanza della co-terapia
- ❖ Maggiori difficoltà nei casi di ipercoinvolgimento familiare
- ❖ La durata media del trattamento è mediamente superiore ai 12 mesi



Adolescenza e Sviluppo Cerebrale



- “Potatura” selettiva postero-anteriore connesso al contesto sociale
 - (*Frontalizzazione*)
- Mielinizzazione: passaggio dal pensiero rappresentativo a forme complesse di elaborazione dell’informazione
 - (*Capacità Metacognitive*)
- Maturazione cerebrale connessa all’aumentata capacità di *Regolazione Emotiva e Cognitiva*

Kendall Powell, 2006: “Neurodevelopment: How does the teenage brain work?”
Nature 442, 865-867

AN, BN, BED e Disregolazione Emotiva

- CBT, IPT e BWL, trattamenti efficaci, anche se si riscontra una persistenza sintomatica significativa (Wilson et al., 2007)

Comportamento Restrittivo e Binging

- Modalità di regolazione emotiva (Telch, 1997a, 1997b)
- Tentativo comportamentale di influenzare, cambiare o controllare emozioni dolorose (Linehan & Chen, 2005; Waller, 2003; Safer et al, 2009)
- Necessità di **ACCETTARE** gli aspetti di vulnerabilità emotiva come preludio del **CAMBIAMENTO**

DBT e ACT nel BN, DAI e AN cronica

Mindful Eating



Bulimia Nervosa, BED e Disregolazione Emotiva

✓ Disregolazione Emotiva

- Paura
- Rabbia
- Tristezza
- Disgusto
- Vergogna

✓ Disturbo del Controllo degli Impulsi

- Condotte a rischio
- Comportamenti autolesivi
- Comportamento d'abuso

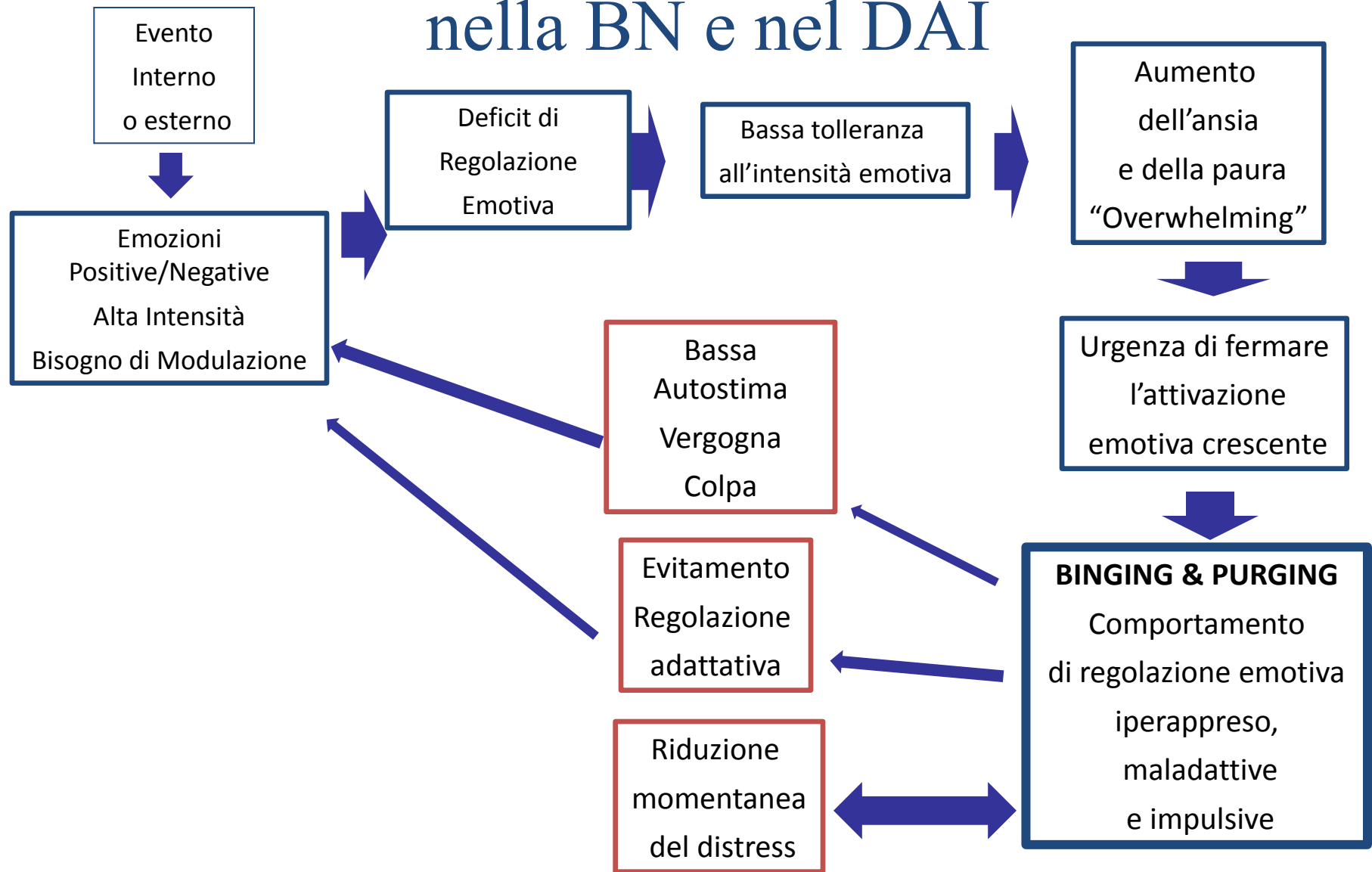
✓ Caoticità interpersonale

✓ Comorbidità con lo spettro borderline

- Stati dissociativi
- Disturbo dell'identità
- Instabilità affettiva



Modello della Disregolazione Emotiva nella BN e nel DAI



La DBT nella cura della BN e del Binge Eating

**Percorso mirato
all'Alimentazione Consapevole
(*MINDFUL EATING*)**

Obiettivo Generale:

interrompere i comportamenti alimentari disfunzionali

Obiettivi Specifici:

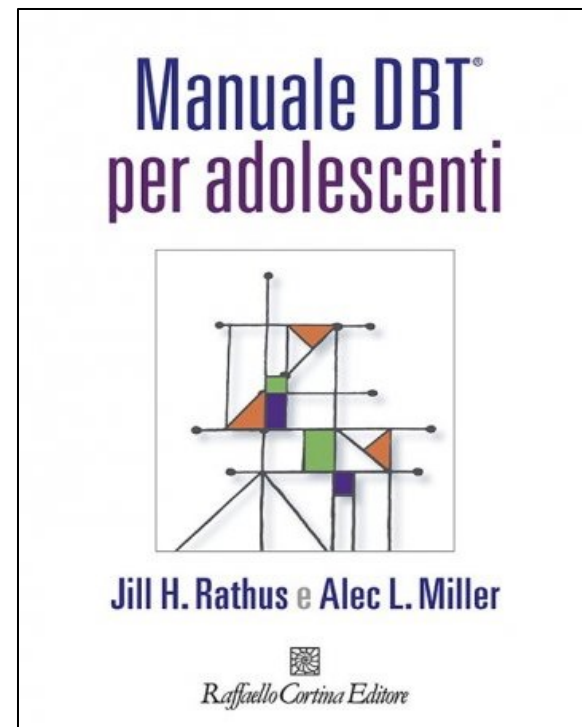
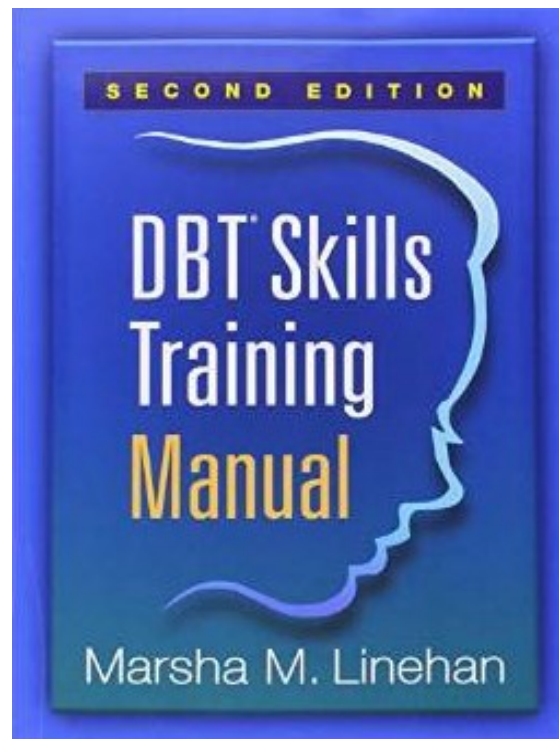
**apprendere delle abilità di *Regolazione Emotiva* adattative e
allenarsi a esercitarle per sostituire le
condotte alimentari disadattative**

Obiettivi Specifici

Comportamenti di Regolazione Emotiva da AUMENTARE

- Abilità di Mindfulness
- Abilità di Regolazione Emotiva
- Abilità di Efficacia Interpersonale
- Abilità di Percorrere il Sentiero di Mezzo
- Abilità di Tolleranza della sofferenza mentale/angoscia





Modularità del trattamento DBT

Trattamento Individuale

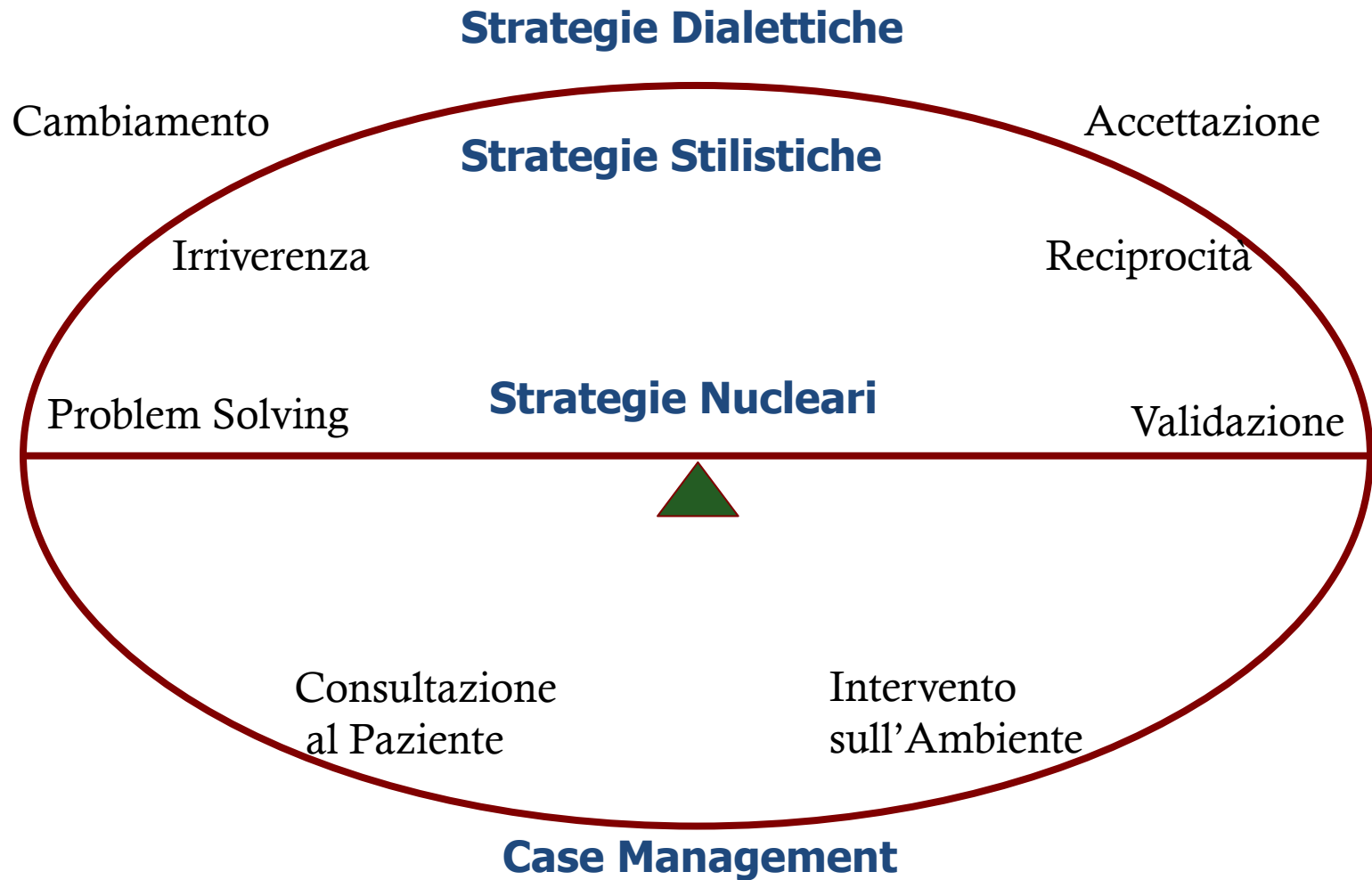
Skills Training

Esercizio tra le sedute & Consultazione Telefonica

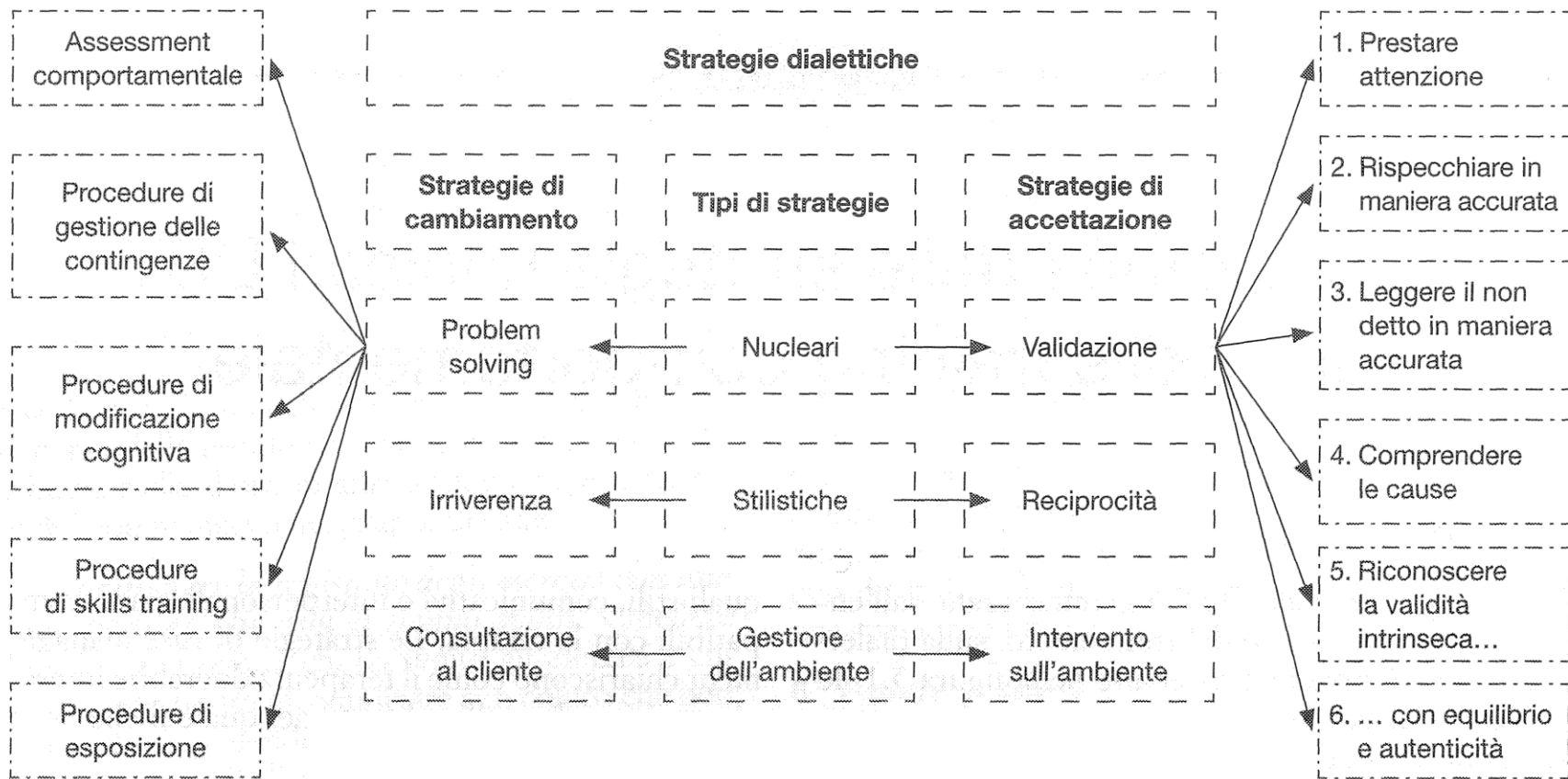
Coinvolgimento dei genitori



Strategie Terapeutiche della DBT



Strategie Dialettiche

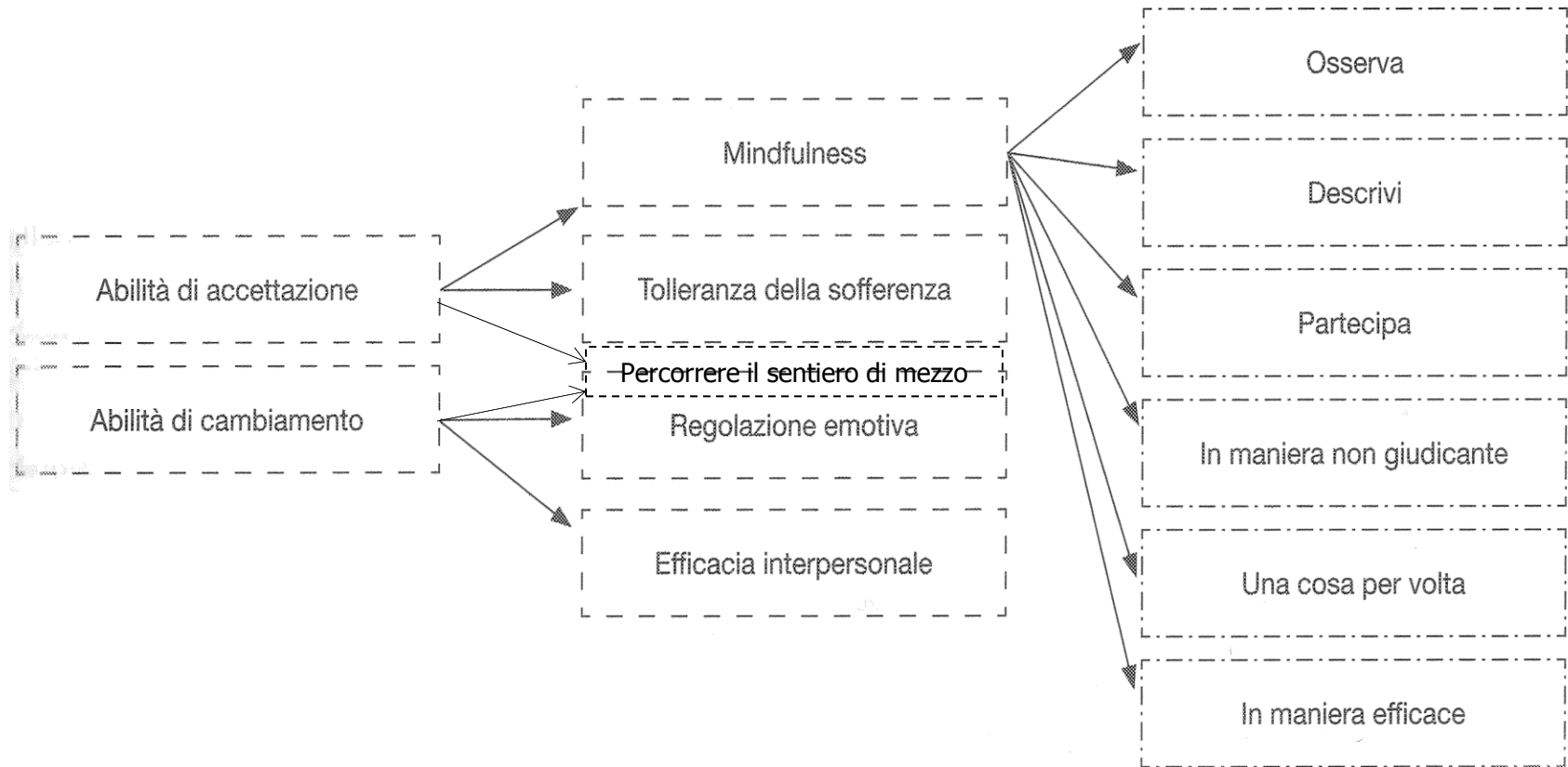


Modularità delle strategie di problem solving

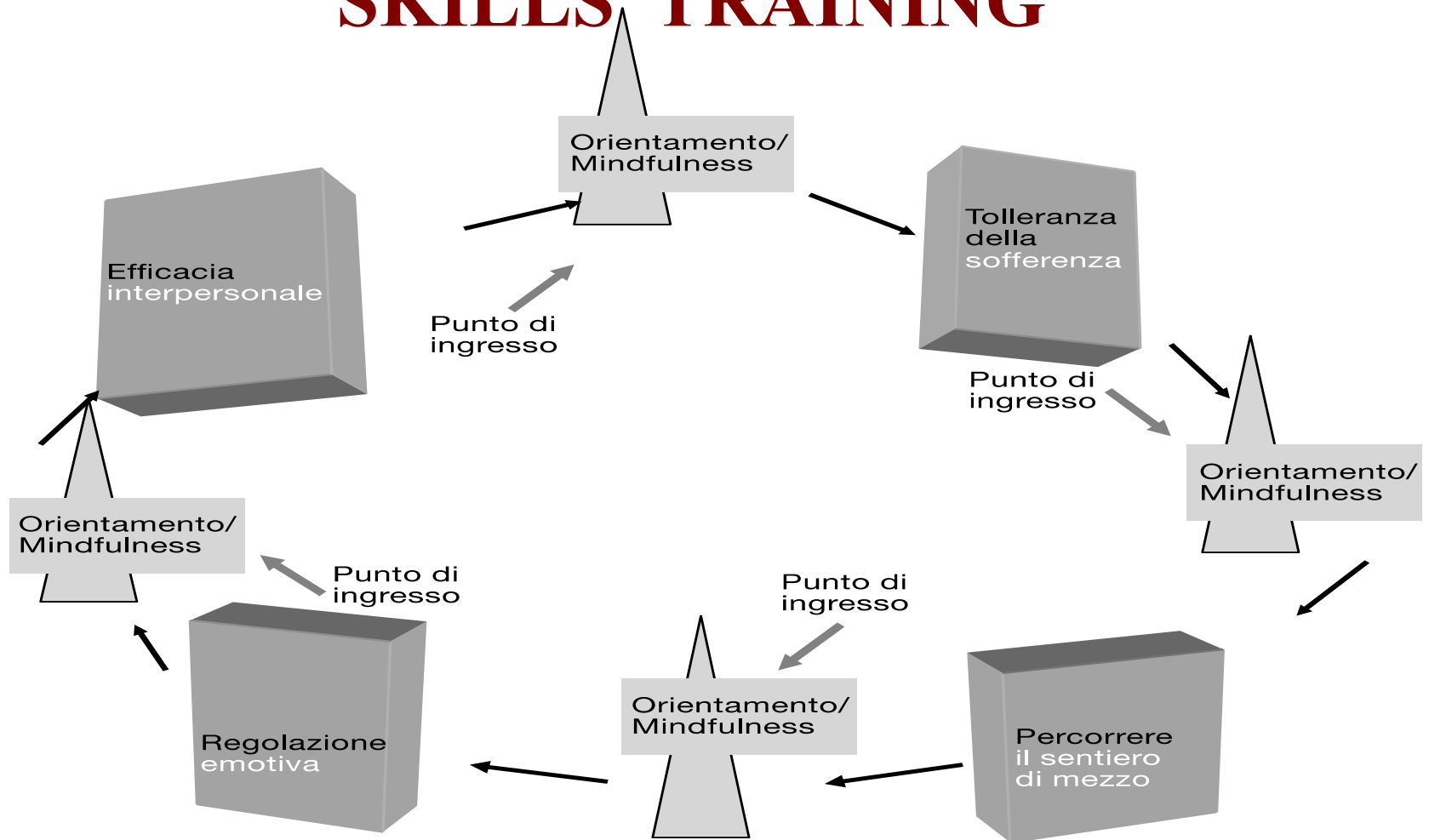
Modularità delle strategie di validazione



Accettare è un po' cambiare Cambiare è un po' accettare



Struttura dello SKILLS TRAINING



Ciclo moduli di trattamento: un percorso completo attraverso tutti i moduli dura circa 24 SETTIMANE (6 mesi) ma il terapeuta può facilmente modificarlo secondo lo schema 1+ 5 settimane, per ogni modulo diverso da quello della mindfulness.



FORMAT DEI MODULI

1- ORIENTARE

Il leader del gruppo definisce il significato dell'abilità in discussione, descrivendo il suo ruolo nel funzionamento generale umano

2- DESCRIVERE

*Descrizione degli effetti dell'assenza/presenza dell'abilità nel funzionamento generale umano
Descrizione di un'esperienza del leader (self disclosure) in casi di assenza/presenza dell'abilità*

3- DISCUSSIONE

*Il leader invita ciascun paziente a discutere:
1. Situazione in assenza dell'abilità
2. Situazione in presenza dell'abilità*

4- PRESENTAZIONE

*Presentazione delle modalità cognitivo-comportamentali attraverso cui si articola e si realizza l'abilità in discussione.
Presentazione della Scheda*

5- ESERCIZIO DI IMMAGINAZIONE GUIDATA

Il leader invita ciascun componente ad immaginare gli effetti dell'applicazione delle modalità cognitivo-comportamentali presentate



I. ABILITA' DI MINDFULNESS (Mente saggia)

a) Abilità di *contenuto* (cosa fare)

1. *Osservare*
2. *Descrivere*
3. *Partecipare*

Tecnica della *Chain Analysis*



b) Abilità *formali* (come fare)

1. *Assumere un atteggiamento non giudicante*
2. *Concentrarsi su una sola cosa alla volta*
3. *Essere efficaci*



ANALISI DELLE CATENE COMPORTAMENTALI

A partire da un episodio specifico, il terapeuta conduce un'Analisi della Catena Comportamentale per comprendere tutte le variabili emotive, somatiche, cognitive e comportamentali che aumentano la probabilità che il comportamento target (problematico) si verifichi, e i fattori che lo rinforzano e che lo mantengono



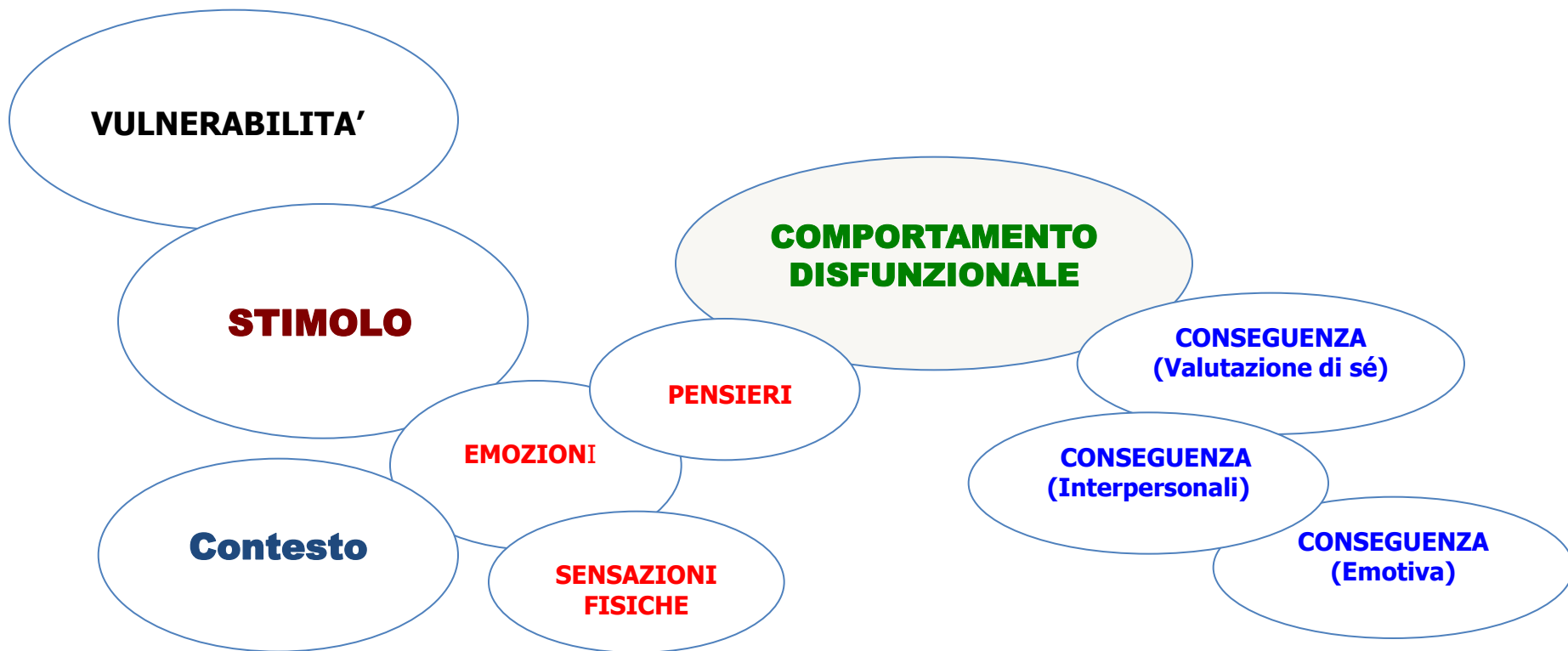
Gli Obiettivi dell'Analisi della Catena Comportamentale

Capire

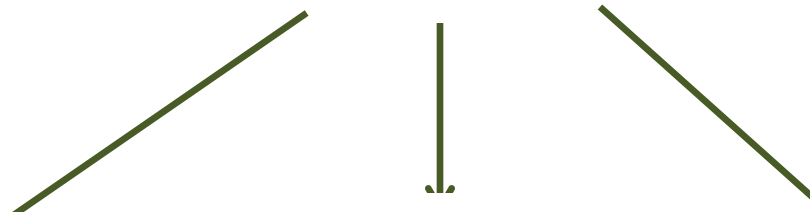
1. Qual'è il problema
2. Quali sono le cause del problema
3. Cosa interferisce con la soluzione del problema
4. Cosa si può fare per risolvere il problema



Strumento dell'Analisi delle ANALISI DELLE CATENE COMPORTAMENTALI



II. ABILITÀ DI TOLLERANZA DELLA SOFFERENZA MENTALE



**Abilità di
Accettazione
della realtà**

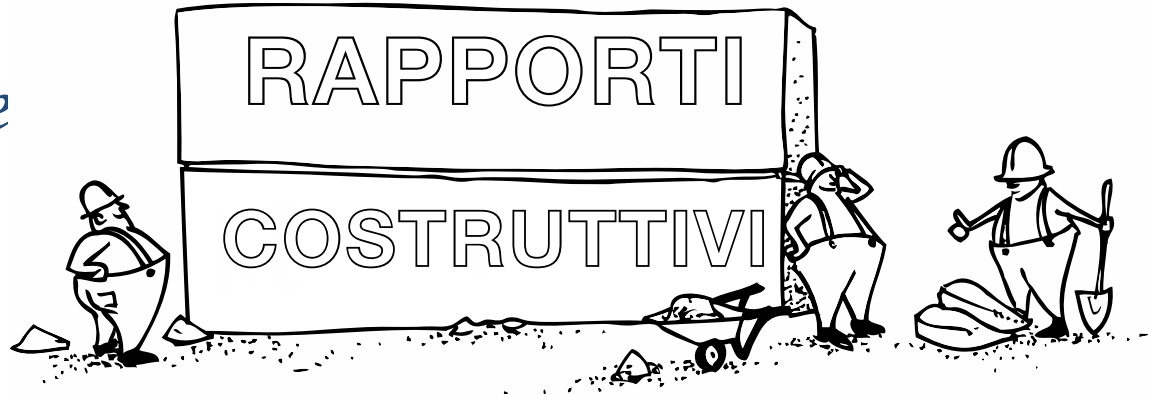
**Essere
Liberi
Rompere i
Ponti**

**Abilità per
sopravvivere
alla crisi**



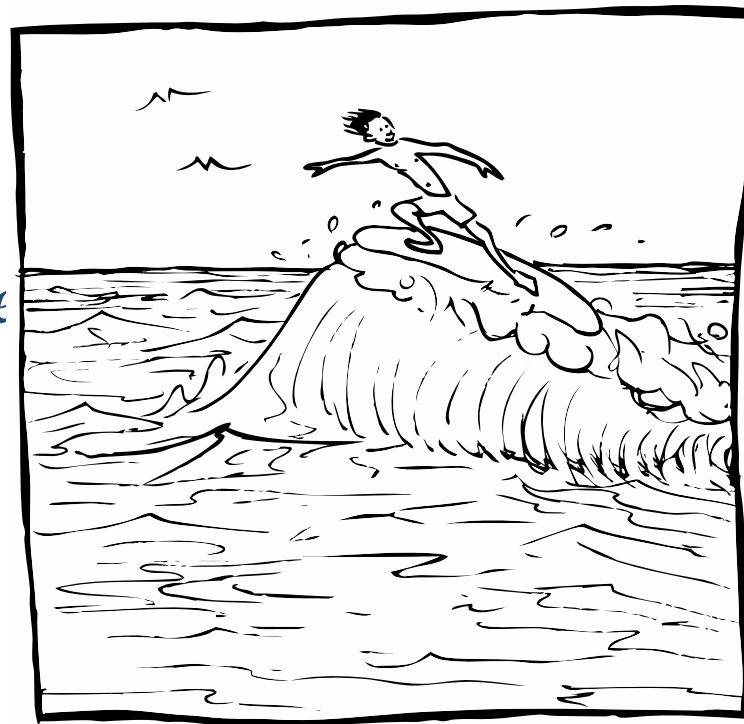
III. ABILITA' DI EFFICACIA INTERPERSONALE

1. *Aumentare l'autostima*
2. *Rispettarsi*
3. *Fare richieste*
4. *Dire di no*
5. *Fare critiche*
6. *Accettare critiche*
7. *Mantenere buone relazioni*



IV. ABILITA' DI REGOLAZIONE EMOZIONALE

1. *Dare un nome alle emozioni*
2. *Utilità delle emozioni*
3. *Aumentare le emozioni positive*
4. *Ridurre la vulnerabilità*
5. *Lasciar scorrere le emozioni*
6. *Affrontare le emozioni*



V. ABILITA' DI PERCORRERE IL SENTIERO DI MEZZO

1. *Pensiero Dicotomico (o...o) vs Pensiero Dialettico (e...e)* *(Inflessibilit  Cognitiva)*

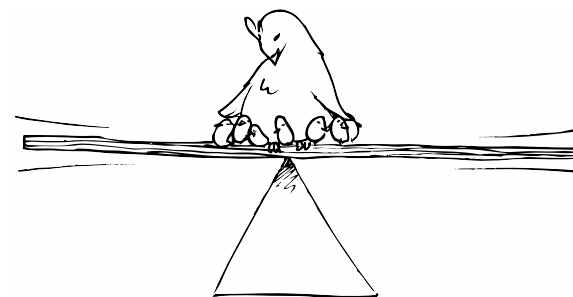
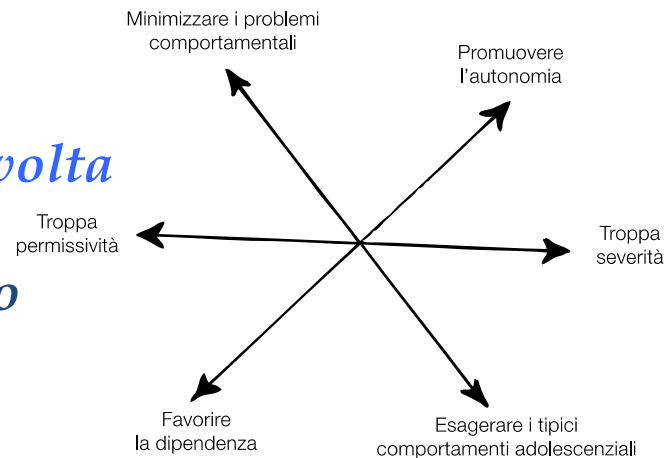
1. *Avere regole chiare e applicarle di volta in volta*

2. *Cosa   tipico in adolescenza e cosa   motivo di preoccupazione*

1. *Validazione (reazioni emotive)*

2. *Cambiamento (comportamenti)*

3. *Ridurre il comportamento problematico: Estinzione e Punizione*



Il coinvolgimento dei Genitori

COINVOLGIMENTO FAMILIARE

- Le relazioni familiari sono associate all'esito del trattamento, queste costituiscono l'obiettivo logico dell'intervento diretto sull'ambiente
- Il coinvolgimento familiare risulta necessario per il trattamento dei target clinici e per strutturare l'ambiente allo scopo di assicurare il progresso del trattamento (*Generalizzazione*)



Tipologie di Skills Training Familiare

1. Multifamily Skill Training Group (MFSTG)

I familiari apprendono le abilità insieme agli adolescenti

Vantaggi

Gli adolescenti mantengono un maggior controllo del comportamento se in presenza di adulti

Il programma è meno costoso rispetto alla costituzione di due gruppi separati per genitori e per adolescenti

Viene assicurata una maggiore aderenza al trattamento grazie alla presenza congiunta di familiari e adolescenti (i genitori accompagnano gli adolescenti)



Tipologie di Skills Training Familiare

2. Gruppi separati

Vantaggi

- ✓ Maggiore spazio per approfondire i propri sentimenti

Svantaggi

- ✓ Più costoso, perdita di opportunità di confronto



Tipologie di Skills Training Familiare

3. Skills Training individuali per la famiglia

in concomitanza con la terapia per il paziente condotta da operatori DBT differenti

Focus degli incontri familiari

- Analisi del comportamento familiare (chain analysis):
- Consente l'emergere di differenze di prospettiva fra genitori e adolescenti su un medesimo evento - generazione e gestione dei conflitti (*teoria della mente*)
- Gestione inefficace delle contingenze
- Abilità interpersonali deficitarie



DBT nel trattamento di BN e BED

Uno studio naturalistico: dati preliminari

Caratteristiche del campione:

- 10 pazienti BN e BED
- Età media: 17.7 ± 3.6 ;
- Prima ($T0$) e dopo ($T1$) lo Skills Training DBT è stata somministrata un'ampia batteria di test, al fine di valutare il cambiamento lungo quattro dimensioni:
 1. **sofferenza psicopatologica;**
 2. **disturbo dell'alimentazione;**
 3. **disregolazione emotiva;**
 4. **profilo neurocognitivo**
- Su ciascun test è stata condotta un'analisi *t test within subjects*, al fine di comparare i punteggi ottenuti ai singoli test
- Altre 16 pazienti sono state arruolate, per un complessivo numero di 26 pazienti



TEST CLINICI

1. Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3)
2. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)
3. Body Uneasiness Test (BUT)
4. Symptom Checklist -90 (SCL-90)
5. Dissociative Experience Scale (DES)
6. Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)
7. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
8. MetaCognition Questionnaire-30 (MCQ-30)
9. Attachment Style Questionnaire

TEST NEUROPSICOLOGICI

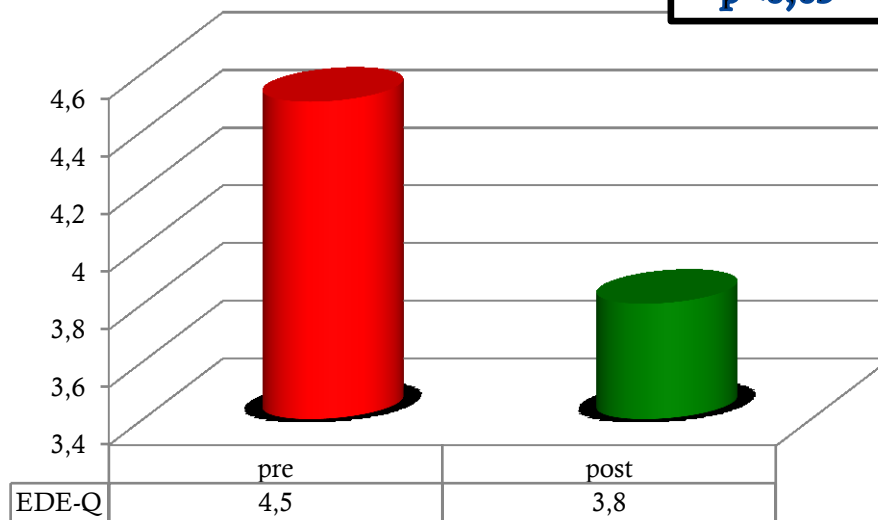
1. Mini Mental State Examination (MMSE)
2. Frontal Assessment Battery (FAB)
3. Stroop Color Word Interference Test
4. Rey-Osterrieth Complex Figure Test
5. Reading the Mind in the Eyes Test
6. Tower of London (ToL)
7. Trail Making Test A e B (TMT A e B)
8. Wisconsin Card Sorting Test (WCST)



Comportamento Alimentare

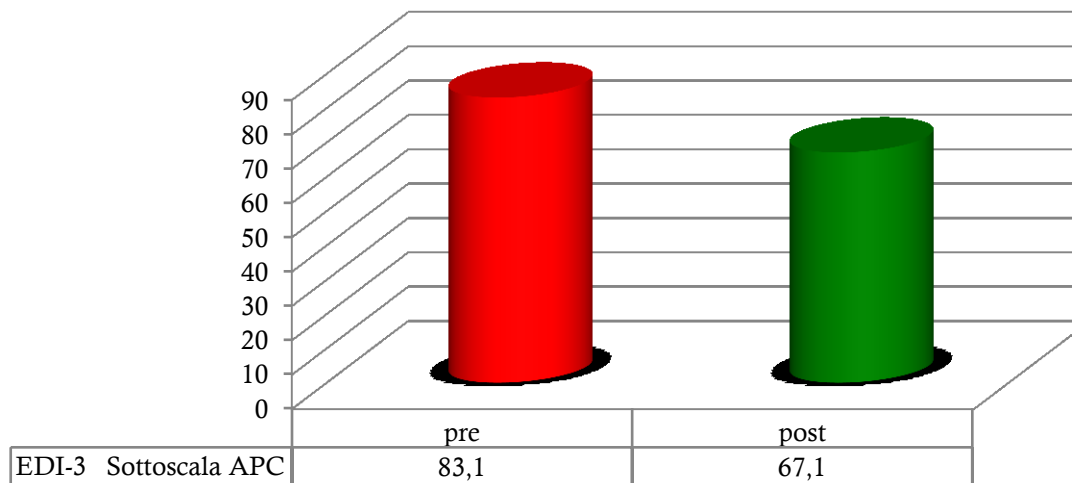
EDE-Q

$p < 0,05$

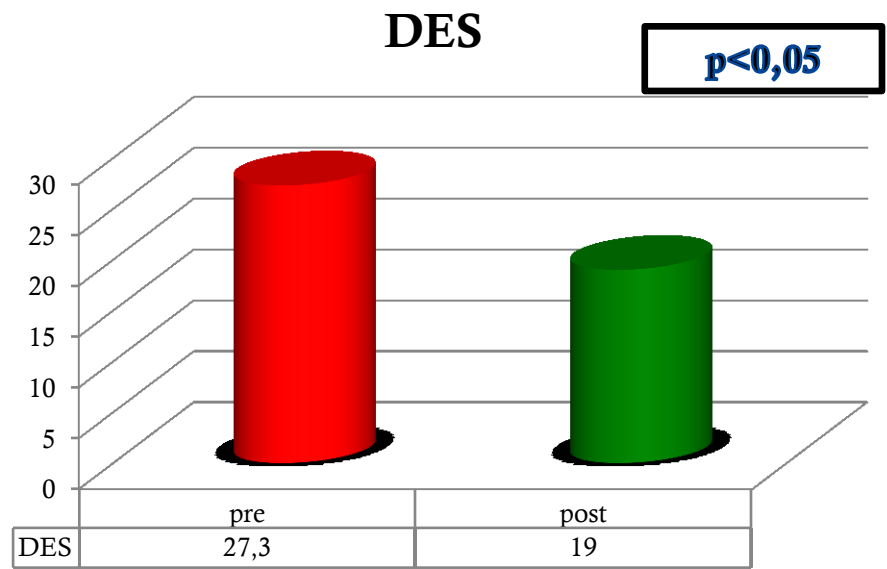
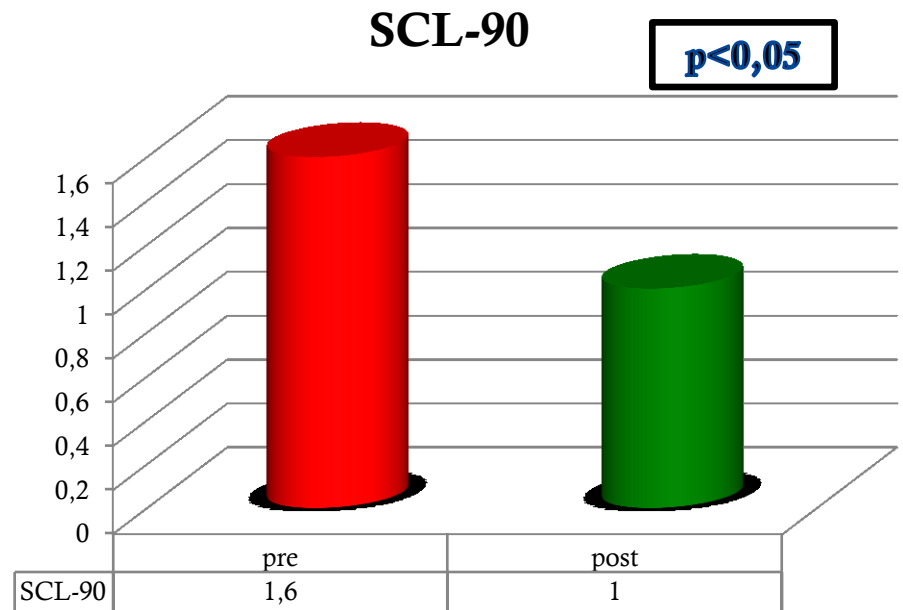


EDI-3 Sottoscala APC

$p < 0,05$



Dimensioni Psicopatologiche

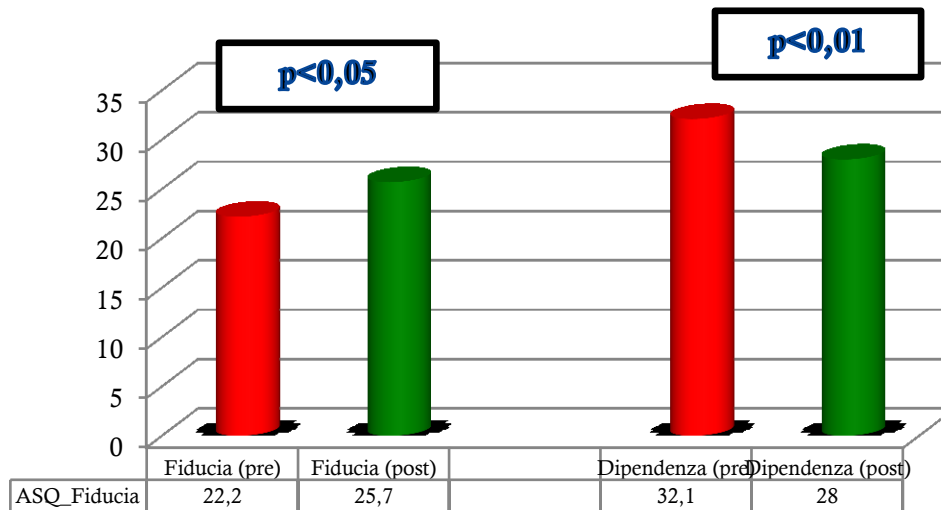


DERS

$p < 0,01$

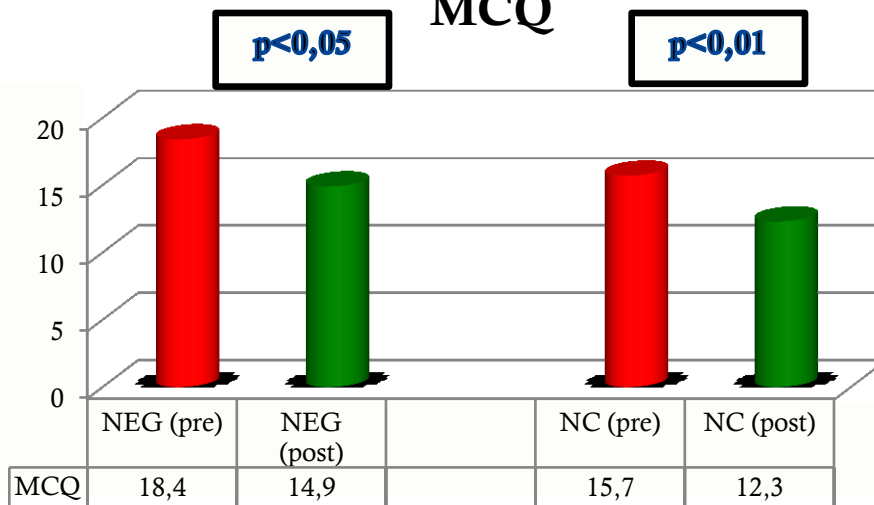


ASQ

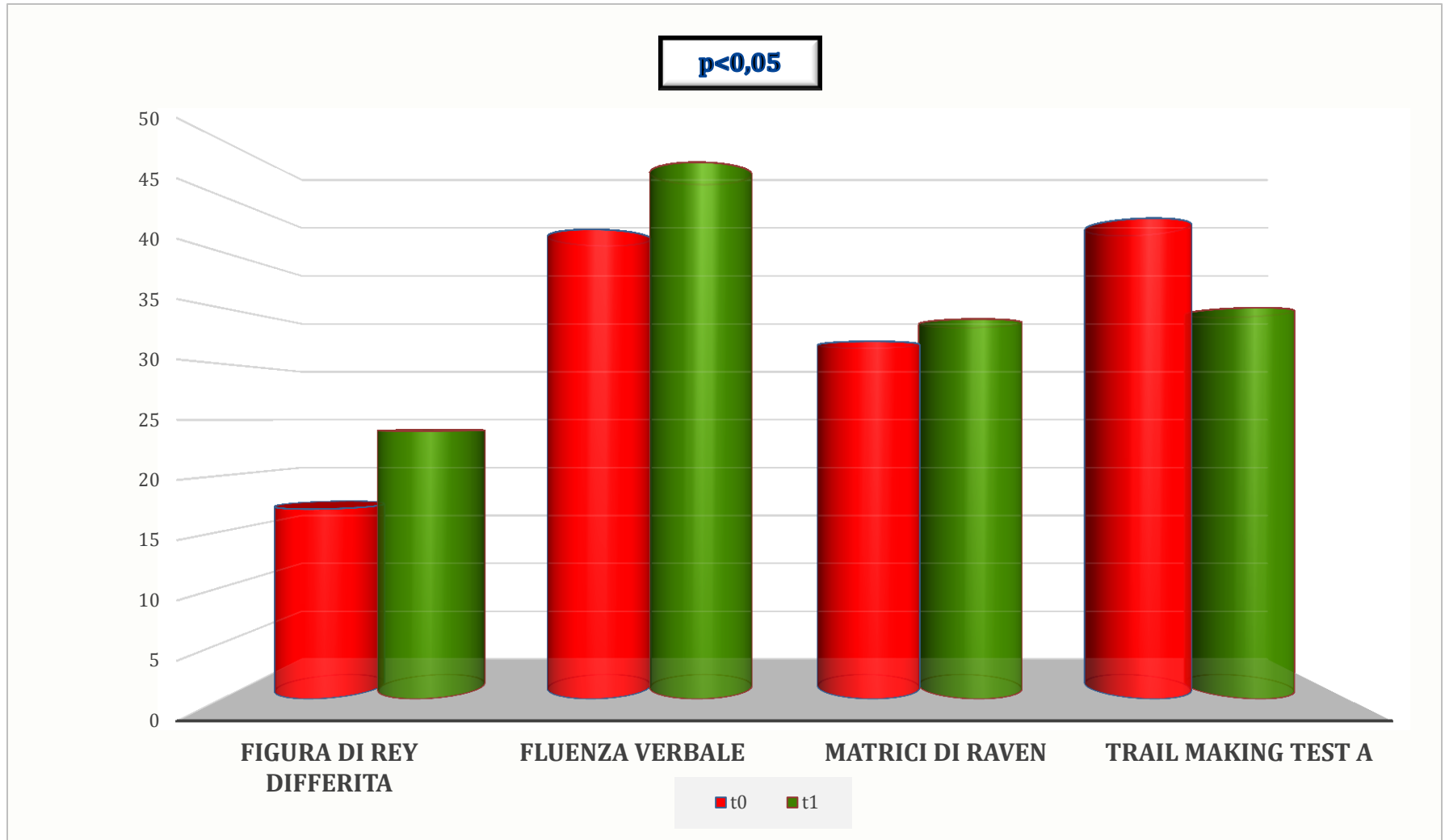


REGOLAZIONE EMOTIVA

MCQ



Dimensioni Neuropsicologiche

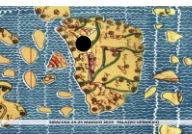


Conclusioni

Le analisi preliminari, hanno mostrato significativi miglioramenti in diverse aree sintomatologiche,

- Aree specifiche dei DA
- Sofferenza Psicologica Generale
- Miglioramento della Regolazione Emotiva
- Miglioramento di alcune funzioni Capacità Metacognitive
- Miglioramento della Flessibilità Cognitiva e delle Funzioni Attentive

I risultati, pur confortanti, necessitano di essere sostenuti da una maggiore numerosità del campione e di un'analisi più specifica degli aspetti psicopatologici e delle funzioni psicologiche che appaiono più sensibili all'intervento DBT nei DA



ho!conosciuto!eroi!
non!indossano!divise!
indossano!!loro!difficili!corpi!
nelle!loro!mani!non!armi!
ma!le!loro!vite!sensibili,!!
anime!tumultuose.!
una!più!di!tutte!conosco!
trasparente!come!il!vetro!
buia!come!una!notte!senza!una!!
delicata,!fragile!
forte!come!una!roccia!
combatte!ogni!ora!della!sua!vita!
per!la!sua!vita!
I

