

La resistenza ai trattamenti nell'anoressia nervosa: la psicoterapia psicodinamica adleriana ha una specifica indicazione?

SECONDO FASSINO

Summary – THE RESISTANCE TO TREATMENT IN ANOREXIA NERVOSA: HAS THE ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY A SPECIFIC INDICATION? Anorexia Nervosa (AN) is a serious disease difficult to treat and resistant to treatment. To date, evidence is lacking that the treatment modifies the outcome. A review of studies on resistance in AN highlights four main themes: denial of illness versus insight and motivation to change, maintenance factors, management of treatment resistance and treatment outcome, the therapeutic relationship and countertransference. In the treatment there is too much emphasis on cognitive and explicit factors, while the problem may lie in a failure to authentic encounter between patient and therapist. After the examination of research on family dynamics and personality of AN patients they are considered recent studies on the attachment style in AN, and the psychodynamic model. Thus there is a need to redefine the role of the therapist in the dynamic psychotherapy of AN. Recent studies on the attachment style in AN support a psychodynamic model of pathogenesis and treatment which considers the AN as a disease caused by an abnormal development of the self. To live without eating, and sometimes rather die are grandiose compensations for severe feelings of unworthiness and rooted discouragement, as proposed two decades ago by H. Bruch. It is necessary to redefine the role of the therapist in the psychodynamic psychotherapy of anorexia nervosa, that considers the lifestyle of the therapist and the patient. The reference to a network model consisting of psychiatrists, psychotherapists and nutritionists is indispensable. As the process of encouraging is the heart of change, phenomena as embodied simulation, intentional attunement, meeting moments, implicit communication, which have been conceptualized with reference to recent neurobiological findings and brain imaging, help to validate the empathic understanding as the core of the process of encouragement. The early experiences are repeated in the transference reaction, and affect emotional contagion and contamination, countertransference and metacountertransference in the therapist, including the risks of excessive zeal and discouragement. The Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, whose structure, theory and technique is always been the strategy of encouragement, even in the light of evidence-based reports, it seems particularly predisposed to the treatment of this severe disease of youth, enigmatic expression of post-modern cultures.

Keywords: RESISTANCE TO TREATMENT, EATING DISORDERS, ATTACHMENT, PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY

Lo spirito comanda al corpo, e subito gli si presta ubbidienza; lo spirito comanda a se stesso, e incontra resistenza...la volontà non comanda dunque tutt'intera...due sono allora le volontà
(Agostino di Ippona (398); *Le Confessioni* Piemme, Casale Monferrato, 2000 pag. 183)

I. Introduzione

La sfida alla resistenza al trattamento è oggi fondamentale nella pratica clinica psichiatrica e rappresenta un problema di sanità pubblica: ricerche recenti evidenziano che in malattie come schizofrenia, disturbi depressivi e bipolari, disturbi ossessivo-compulsivi, di personalità, etc., una risposta modesta, una non risposta o risposta cessata è la regola piuttosto che non l'eccezione [82]. I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono malattie mentali serie, specie l'Anoressia Nervosa (AN), difficili da trattare e resistenti alle cure, con tendenza alla cronicizzazione [37, 66], tipicamente cultural-dipendenti, caratteristiche di una cultura attuale post-moderna, dove sembra cadere l'illusione di controllare la morte e gli eccessi tecnologici di controllo sono considerati possibili portatori di morte [38]. A tutt'oggi mancano chiare evidenze che il trattamento modifichi l'outcome [65, 117] e le cure sono spesso ostacolate dall'elevato tasso di drop-out [39]. All'esordio un paziente affetto da AN raramente si ritiene malato. Tale atteggiamento può permanere per tutta la vita fino alla morte per AN [46].

Alcuni dei fenomeni associati alla negazione del disturbo e alla resistenza ai trattamenti sono automatici e immotivati, altri invece sono consapevolmente messi in atto dai pazienti con un'attiva opposizione; infine per molte pazienti vi può essere un pericoloso reward derivante dal digiuno e dall'emaciazione in cui si rimane invischiati [61, 127].

Nei DCA sono condensati alcuni aspetti peculiari della crisi della psichiatria e della sua ridotta efficacia [13]. Sono richiesti nuovi complessi approcci esplicativi che tengano conto delle recenti evidenze scientifiche sugli effetti neurobiologici della relazione interpersonale sulle cure e per il benessere dell'individuo, in una prospettiva della teoria dello sviluppo [13]. In tema di resistenza al trattamento, dai contributi di un recente BMC Psychiatry Special Issue *Treatment Resistance in Eating Disorders* (Guest Edited by Secondo Fassino Collection 7 November 2013) emergono spunti a favore di una riconsiderazione dei DCA, intesi come disturbi dello sviluppo del Sé [11, 97]. Il modello psicodinamico, dalle posizioni di A. Adler, H. Kouth, D. W. Winnicot, etc., trae conferme dalle acquisizioni neurobiologiche dell'attaccamento e delle relazioni primarie sulla complessa interazione geni-ambiente, sul ruolo del temperamento e della mancata crescita del carattere, sulla rigidità cognitiva e sui significati pseudo-positivi che tenacemente i pazienti attribuiscono ai loro comportamenti e sintomi.

La figura 1 è uno schema, tratto dall'Editoriale di presentazione dello Special Issue [30], degli Eating Disorders (ED), ovvero DCA concettualizzati come "Developmental Disorders", e del processo che alimenta un *circolo vizioso* attorno ad una fallimentare "ED identity": di qui si originerebbe la maggior parte delle resistenze al trattamento. Questo approccio enfatizza il disorientamento e il disagio della paziente rispetto

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

alle sue esperienze precoci, riattualizzate da quelle adolescenziali: vengono esaminati i fattori biopsicosociali che hanno interferito con lo sviluppo di un adeguato concetto di sé e i fattori che ostacolano la ripresa del percorso maturativo della personalità. L'approccio propone una chiara distinzione tra sintomi alimentari (le diagnosi descrittive del DSM) e la malattia vera e propria. I sintomi negli ED sono intensi e prevaricanti, ma il motore del disturbo risiede in un primitivo multideterminato deficit di sviluppo della personalità. Tale deficit di sviluppo in adolescenza produce il sintomo alimentare come segnale di disagio e al contempo tentativo di autocura. Purtroppo tale autocura è fallimentare e non fa altro che aumentare la malattia stessa. Il *processo circolo vizioso* è raffigurato graficamente come una cintura colore azzurro costituito da *contaminant emotions* [102]: significati consci e inconsci, dinamiche familiari, emaciazione, controtransfert e reazioni dei clinici, rabbia e aggressività, sono fenomeni che si rafforzano l'un l'altro, cosicché la malattia si cronicizza.

In altre parole il deficit di sviluppo - sostenuto da molteplici fattori - fa sì che il sintomo alimentare si instauri come via finale, e come risposta autoriparativa a un profondo sentimento di non valere nulla [12, 22, 50] e di non essere in grado di integrare vari aspetti della vita interiore e stimoli ambientali esterni. L'antico sentimento di inferiorità con l'insorgere della malattia si radica maggiormente, l'emaciazione e le modalità scissionali/ossessive del pensiero rinforzano la tendenza premorbosa al perfezionismo, ostacolando le relazioni sane con gli altri e le capacità decisionali della paziente e accrescendo vissuti di rabbia e solitudine.

In questa concezione il sintomo alimentare appare ambivalente: una prima valenza come segnale di una grave sofferenza, incapacità, inadeguatezza; una seconda come compensazione controproducente dei conflitti tipici dell'adolescenza (dipendenza-indipendenza, identificazione di genere, etc., creatività-vergogna, etc). Il controllo assoluto della fame e del peso significa recupero onnipotente e illusorio dell'autostima, essendo questa gravemente minacciata dalla dominante paura che mangiare, vivere e provare emozioni portino a perdere il controllo: i pazienti sono così precipitati in un circolo vizioso di stallo ed evitamento [125].

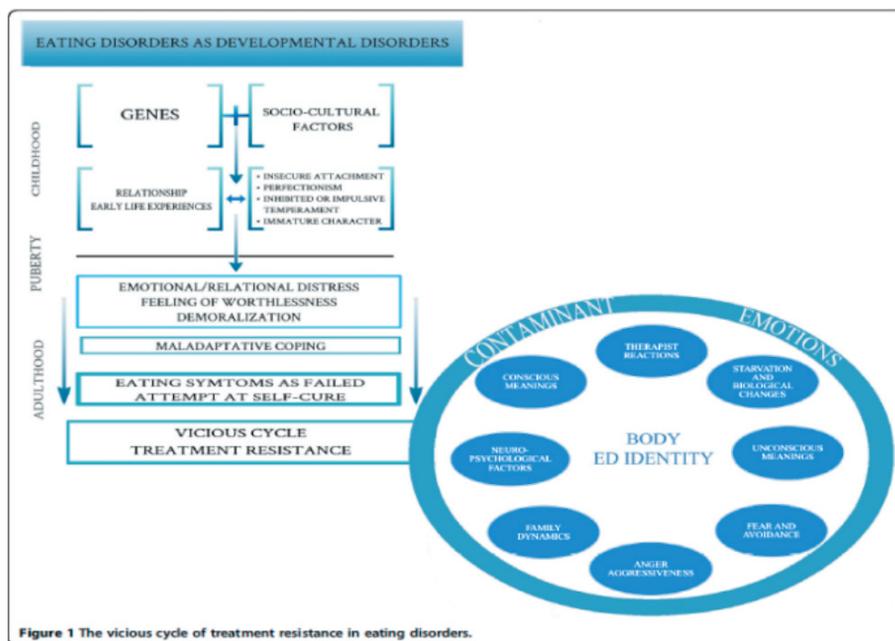
Per i clinici, pertanto, comprendere la valenza (pseudo)riparativa dei sintomi alimentari permette di considerare con la paziente stessa quei bisogni, quelle carenze e quei conflitti fra istanze, che sono alla base del disturbo, ed individuare obiettivi terapeutici condivisi. L'approccio di una nuova psichiatria dovrebbe condurre nel processo di cura a ridurre ed evitare sofferenze e dolori emotivi, mediante l'incoraggiare i pazienti a usare il loro potenziale di cambiamento e accrescendo le motivazioni a migliori comportamenti di difesa. La psicoterapia rivolta a pazienti DCA, e in genere a disturbi mentali gravi, dovrebbe fornire contesti socio-relazionali salutari che promuovano calore, comprensione, gentilezza verso se stessi e gli altri, in considerazione e nonostante la consunzione corporea e le emozioni per le paure nascoste [13].

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

Essendo la resistenza un regolatore della relazione terapeutica [85], gli interventi su di essa coinvolgono la consapevolezza degli aspetti transferali e controtransferali da parte del clinico psicodinamico attento alle proprie emozioni e a quelle delle pazienti [81]: continue revisioni e ricalibrature del progetto terapeutico e più in generale della strategia dell'intervento.

Solo in un ampio contesto di “disturbo dello sviluppo” si può inserire un percorso di recupero ponderale e/o correzione dei sintomi alimentari anoressici o bulimici. Solo all'interno di una consolidata relazione terapeutica attenta al contagio delle emozioni, via embodied simulation and intentional attunement [51], nuovi modi di essere, identità progressivamente più mature potranno essere acquisiti in sostituzione della “ED identity”.

Fassino and Abbate-Daga *BMC Psychiatry* 2013, **13**:282
<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/282>



II. Una rassegna degli studi internazionali sul problema della resistenza

Nello Special Issue di *BMC Psychiatry* 2013, di cui sopra, ricercatori clinici tra i più attivi sulla scena internazionale discutono alcuni dei molteplici fattori di resistenza al trattamento nei disturbi del comportamento alimentare: la gravità della specifica psicopatologia alimentare, la comorbilità psichiatrica in Asse I – DSM IV, la personalità nelle sue dimensioni temperamentali e caratteriali, la valutazione multidimensionale della paziente, lo studio della quality of life nei pazienti resistenti, un attento asses-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

sment degli stadi di cambiamento come utile strumento per predire la capacità dell'alleanza di lavoro, il ruolo nella non risposta svolta dai fattori cognitivi e neuropsicologici, quali il deficit di coerenza centrale e i deficit di attenzione, etc. Una sezione della Special Issue riporta un'analisi dei dati su come affrontare la resistenza ai trattamenti. In particolare un'overview sugli aspetti psicologici della resistenza ai trattamenti [1] discute le concezioni multidimensionali che emergono dalla letteratura dopo il 1990 riguardanti quattro principali tematiche: negazione versus insight di malattia, motivazione al cambiamento, fattori di mantenimento ed esiti dei trattamenti, relazione terapeutica, controtransfert e gestione della resistenza ai trattamenti.

II. 1. *Fattori di mantenimento e trattamento della resistenza*

Il nucleo condiviso è l'attenzione prevalente alla "cura del sintomo", che si alimenta in un circolo vizioso [32, 33, 34, 44], e agli effetti negativi che l'emaciazione corporea ha sull'attività cerebrale [47]. Particolare attenzione andrebbe posta alla distorsione dell'immagine corporea [19, 23]. Il dato consolidato è che non vi è *salute mentale* senza recupero del peso e della percezione corporea, scomparsa del pensiero ossessivo circa cibo e corpo e senza un'accettabile Qualità di Vita. I diversi modelli considerano gli aspetti della personalità e quelli interpersonali come fattori premorbose e/o di mantenimento. Alcuni autori considerano il ruolo della bassa autostima, del mood intollerance [23], del perfezionismo [23, 104], della body experience [75, 98], della psicopatologia generale [15, 20, 88], della personalità [32, 33, 34, 57, 58, 95, 122], delle relazioni interpersonali [23, 89], dell'inflessibilità cognitiva e dell'evitamento dell'esperienza e delle emozioni [2, 78, 89], dell'emotività espressa di care givers [14, 39, 54, 89], delle scarse capacità di problemsolving [41], dello scarso supporto sociale [20, 71] e delle ridotte capacità relazionali [15, 41, 67] come fattori favorenti la resistenza al trattamento e pertanto da considerare nelle terapie di pazienti resistenti (per una review più approfondita dei modelli più innovativi proposti vedere Hay et al. 2012).

Alcune evidenze della relazione tra drop out e/o risposta ai trattamenti e dimensioni temperamentali e caratteriali [33, 36, 39] incoraggiano la focalizzazione degli interventi sulla considerazione della personalità dei pazienti.

Questa estensione delle ricerche ad altre aree rispetto alla sintomatologia alimentare appare opportuna e promette futuri sviluppi: potrà verosimilmente fornire ai clinici più strumenti per comprendere il proprio paziente, individualizzare le cure e affrontare la resistenza.

Attualmente, tuttavia, le prove che tale approccio più articolato ai DCA aumenti le percentuali di risposta ai trattamenti non sono definitive. Tali modelli, infatti, possono essere troppo dettagliati per pazienti meno complesse [25], e comunque non sono studiati con RCT [24]. Anzi l'unico modello testato con RCT [90] non ha mostrato effetti significativi nell'aumentare la risposta ai trattamenti. Per pazienti affette da molti

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

anni da DCA, ove i fattori di mantenimento sono consolidati, sono inoltre suggerite terapie supportive o riabilitative [72, 112, 114, 103]. Gli autori sottolineano che alcuni pazienti difficilmente rispondono pienamente ai trattamenti, accettando la resistenza come consustanziale alla malattia stessa e ponendo il tema della *limitazione del danno*. A tutt'oggi in letteratura non vi è accordo se esista e come definire la cronicità in caso di DCA [112], rendendo problematico individuare i soggetti cui *rivolgere tali interventi lenitivi*.

II. 2. Rilevi su relazione terapeutica, controtransfert, trattamenti

Benché vi sia ancora molto da capire, gli studi sopracitati portano un po' di luce sulla patogenesi dei DCA rispetto a 20 anni fa. Tale conoscenza tuttavia al momento non ha probabilmente modificato la prognosi [116]. Si rischia di perdere di vista l'insieme degli scambi emotivi che costituiscono la relazione psicoterapeutica [12, 97] e del suo complesso insieme di interazioni [56].

L'overview di Abbate Daga et al. evidenzia 71 studi dedicati al ruolo della relazione nella resistenza trattamento nei DCA. Significativamente tali lavori o risalgono a più di 10 anni fa o sono stati svolti solo di recente. Ciò evidenzia un buco nella letteratura che probabilmente ora ci si appresta a colmare, benché già Bruch (1982) e Garner (1982) avessero evidenziato il problema della iatrogenicità del terapeuta che non gestisce le sue emozioni; tale problematica è stata per vent'anni meno studiata. I lavori considerati comunque concordano sull'importanza degli aspetti emotivi della relazione terapeutica nel trattare la resistenza ai trattamenti dei DCA. Le pazienti stesse, quando parlano della loro guarigione individuano le relazioni e la psicoterapia come gli strumenti indispensabili per superare la resistenza ai trattamenti [115]. In particolare la psicoterapia viene descritta come esperienza fondamentale e significativa - una sorta di continuo work in progress - per la validazione del Sé [41, 62].

La resistenza ai trattamenti va perciò intesa nell'ambito dell'interazione paziente-terapeuta [74], ove rientrano da un lato fattori del paziente e delle caratteristiche del disturbo [118], dall'altro fattori legati al terapeuta [111] e l'interazione tra i due fattori [124]. In particolare i tratti di personalità delle pazienti DCA, evitanti [2, 32, 33, 34, 122], narcisistici [95] e con modalità disadattative di gestione della rabbia, rendono particolarmente difficile l'alleanza terapeutica rinforzando talora il disturbo e la chiusura relazionale.

I DCA, infatti, se si assumono i recenti contributi, sono disturbi dello sviluppo del Sé e della personalità, come era stato descritto dalla Bruch e come hanno riproposto Skarderud e Stanghellini et al., con conseguenti perduranti problematiche di attaccamento insicuro [3, 126] e di mentalizzazione [83, 97]. I vissuti profondi dei pazienti affetti da AN sono in genere di paura, vuoto, rabbia, demoralizzazione [2, 33, 118, 119]. L'AN è un tentativo disperato e distruttivo di controllare l'angoscia: talora evi-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

tando, talora lasciando andare le emozioni in modo eclatante, talora sviluppando un esasperato perfezionismo [110, 125]. L'evitamento e la disregolazione delle emozioni in genere sono più legati alla resistenza ai trattamenti [110].

Tali emozioni riverberano con le emozioni dei terapeuti, particolarmente se giovani [111] o senza supervisione [45]. Soprattutto frustrazione e rabbia, ma anche disperazione, preoccupazione eccessiva, sensazione di essere manipolati, dubbio, noia ed espulsività [45, 91, 111] sono diffusi quando si vanno a studiare le reazioni controtransferali dei terapeuti. Proprio la resistenza ai trattamenti è ritenuta l'aspetto più difficile dei trattamenti dei DCA dalla maggioranza dei clinici intervistati circa le loro emozioni [111]. In tal senso la resistenza ai trattamenti potrebbe essere legata a una contagiosa paura dell'aggressività e della disperazione che coinvolgerebbe anche i terapeuti (cfr. più avanti).

Le terapie attuali risentono di un'eccessiva enfasi su fattori tecnici cognitivi [97] e di comunicazione verbale esplicita, mentre il problema potrebbe risiedere in un coltoso evitamento del confronto emotivo sul sintomo e sulle esperienze di vita o più semplicemente in un mancato autentico incontro tra paziente terapeuta. Una terapia efficace per la resistenza al trattamento potrebbero essere quindi una psicoterapia cognitivo analitica e usare strumenti cognitivi ma in una competenza psicodinamica del terapeuta [18]. Tale modello psicodinamico non ha più avuto riscontro in letteratura se non sporadicamente [34] e attualmente può sembrare datato, ma viene riproposto alla luce degli avanzamenti degli studi sulle psicoterapie nell'ultimo decennio. A tutt'oggi pertanto siamo lontani dall'aver risolto il problema della resistenza nei DCA.

III. *Un approccio psicodinamico all'AN*

Gli studi attuali sul modello psicodinamico possono accrescere la comprensione dei casi difficili, soprattutto allo scopo di ridurre le resistenze [81] anche per quanto riguarda l'anoressia nervosa (AN). Proprio l'approccio psicodinamico consentirebbe di fruire clinicamente del modello biopsicosociale [48], superando i rischi di confuse giustapposizioni di terapie farmacologiche e psicologiche. I disturbi alimentari sono associati con complesse comorbidità biopsicosociali [37], alti livelli di mortalità e controtransfert del terapeuta che possono complicare i trattamenti psicologici. I modelli tradizionali, attualmente, si concentrano su fattori cognitivi, biologici o culturali, fino alla quasi esclusione del funzionamento dell'attaccamento e delle dinamiche dell'individuo. I modelli standard escludono considerazioni centrate sulla personalità e sullo sviluppo nel condurre le cure. Il modello psicodinamico contemporaneo proposto da Tasca e Balfour considera i sintomi del disturbo alimentare come una conseguenza della vulnerabilità alle pressioni sociali al corpo sottile e di predisposizioni biologiche per il peso corporeo [105].

Vulnerabilità individuali sono correlate a bisogni di attaccamento insoddisfatti, causando emozioni negative in eccesso che attivano difese mal adattive, ma persistono

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

come mezzi di coping i sintomi del disturbo alimentare. La psicoanalisi tradizionale, con la sua enfasi sull'interpretazione dei processi inconsci, è risultata inefficace, mentre un approccio che evochi *un'attiva partecipazione* da parte del paziente conduce a migliori risultati del trattamento. L'esperienza di essere ascoltati sembra essere della maggiore importanza. I caratteristici deficit nel concetto di sé e nella consapevolezza corporea possono essere correlati a una povertà o a un'assenza di risposte di conferma nell'interazione precoce madre-bambino [12]. Questo concetto rinforza il focus sull'*incoraggiamento* dell'iniziativa personale e l'autonomia durante la terapia [12]. L'anoressia nervosa (AN) è l'espressione di un disturbo dello sviluppo del Sé in soggetti con peculiari immaturità della personalità, cresciuti in contesti familiari/scolastici inadeguati a favorire negli stessi uno sviluppo armonioso [37]. Le pazienti con AN non soffrono quindi di una diminuzione dell'appetito. A causa di una *segreta fame divorante* - che presto rinvia ad una allarmante fame di sicurezza, *perfezione*, stima, accettazione, *attaccamento*..., amore - sono terrorizzate di perdere il controllo sulla loro alimentazione, essendo insicure nel riconoscimento della sensazione di fame.

Questa alterazione della consapevolezza della fame diventa pseudosoluzione di difficoltà di personalità e di adattamento. Il sottopeso progressivo provoca una *sregolazione dopaminergica* [127] che fornisce il supporto biochimico al fittizio sentimento di forza e di sicurezza. *Il costo* di questo meccanismo è la progressiva emaciazione del corpo, che a sua volta provoca ulteriori disfunzioni psicopatologiche. La loro rigida disciplina sull'alimentazione, con il visibile calo ponderale, dà loro la sensazione di essere efficienti almeno in quest'area di disciplina e austerità, in un mondo vorace e incontentabile [38]. La provocazione che mostrano non è un'espressione di forza o indipendenza, ma una difesa da sentimenti di non avere una personalità loro propria, di essere impotenti e incapaci. La malattia appare come pseudosoluzione in quelle circostanze esistenziali in cui queste ragazze devono fronteggiare nuove esperienze e aspettative, *come se*, sentendosi impreparate a incominciare a vivere al di fuori della famiglia, la malattia dovesse costituire una alternativa obbligatoria, per prendere tempo.

Adler [5] definì l'AN una malattia attraverso la quale si esprime una veemente rivolta, persino suicidio camuffato, di soggetti ambiziosi ma scoraggiati. Lo scopo che traduce l'intero atteggiamento è il rifiuto del ruolo femminile. Il rifiuto degli alimenti è un mezzo per acquisire potenza. Tuttora questo sembra essere l'asse portante della dinamica intrapsichica e interpersonale dell'anoressia. Le pazienti con AN esperiscono, infatti, un profondo sentimento inconscio di non valere nulla, al quale spesso contribuiscono inadeguate aspettative genitoriali. Attraverso complesse dinamiche d'interazione tra elementi biologici, psicologici e ambientali s'instaura una risposta di tipo compensatorio che si caratterizza come tentativo di sentirsi degne d'amore e attenzione, in quanto uniche e speciali [38].

Il quadro clinico è il risultato dello sforzo delle pazienti di compensare queste man-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

canze profonde. H. Bruch allieva di F. Fromm- Reichmann e di H. S. Sullivan, definì l'Anoressia in concetti tipicamente adleriani - come “una lotta per il controllo, per il senso di identità, per il senso di adeguatezza e di appropriatezza esistenziale”. Queste difficoltà nello sviluppo generale si manifestano attraverso l'inadeguata percezione di sé, il controllo delle sensazioni corporee e la grande paura di non essere accettate a livello sociale. Skarderud nel 2009 propone una riconsiderazione delle concezioni di H. Bruch [12] sottolineando l'ipotesi di fondo per cui la continua ricerca della magrezza rappresenta il tentativo disperato di compensare e celare questi disagi profondi [97].

III. 1. *Le dinamiche familiari*

L'osservazione delle famiglie delle pazienti con AN rivela gli aspetti precursori di sviluppo che distanziano queste ragazze dalla vita normale, ritirate dai loro stessi corpi, *scegliendo* la via della denutrizione. Cosa è fallito in queste famiglie in apparenza ben funzionanti che ha *scoraggiato* le figlie ad affrontare il futuro? Sebbene questo problema si manifesti in molte diverse modalità [9], il difetto è stato trovato nelle *finzioni ricorrenti* nelle interazioni intime tra genitori e bambina con poca autentica attenzione ai bisogni di questa [12]. Le pazienti AN hanno una carenza nel loro senso di separazione e si sentono controllate da forze esterne e impotenti sotto l'impatto dei loro bisogni corporei; in uno sforzo contro fobico iper-controllano loro stesse attraverso il digiuno autoimposto. In una serie di studi sulla personalità di genitori e delle loro figlie [40], la dimensione della *Autodirettività* (SD) familiare è l'unica alterata contemporaneamente nelle madri, nei padri e nelle figlie, e quindi delinea famiglie più fragili ed immature. La dimensione SD si riferisce all'attitudine con cui una persona identifica se stessa come un individuo unitario, integrato e propositivo, piuttosto che un insieme disorganizzato di impulsi reattivi. Una bassa SD, comporta una minor capacità a darsi e perseguire obiettivi ed è stata considerata un fattore di rischio per la suscettibilità ai messaggi “culturali anche subliminali del corpo snello”. Padri maggiormente disturbati e dipendenti e madri fragili potrebbero favorire due prevalenti problematiche nei rapporti con la figlia. La prima concerne la mancanza di definizione di ruoli e di trasmissione di sicurezza che si intreccia a carenze temperamentali (alto *Evitamento del Danno*, bassa *Ricerca di Novità*, alta *Persistenza*) e caratteriali (bassa *Autodirettività*) delle figlie con AN. I padri osservati, d'altronde, sono privi di quegli elementi di perseveranza e stabilità di fronte alla frustrazione (bassa *Persistenza*), che sono tipici delle figlie e delle madri.

L'altra principale problematica riguarda un più stretto legame madre-figlia; alimenta nuclei patologici temperamentali e rinforza nelle figlie stesse comportamenti rigidi e fortemente assertivi, compensativi della “debolezza familiare” (alta *Persistenza*) e della scarsa conoscenza e accettazione personale. Quantunque genitori non disturbati non siano eccezioni, la stragrande maggioranza di madri e padri presentano cluster di

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

diversi disturbi del temperamento (prevalenza di tratti esplosivi o passivo dipendenti) e del carattere (grave immaturità, scarsa capacità relazionale e di cooperazione). Anche i genitori più maturi presentavano una bassa autotrascendenza, connessa a scarsa capacità di coping e accudimento incoraggiante. Uno stile incoraggiante troppo scarso o nullo o addirittura la proibizione dell'indipendenza manterrà la bambina legata ai suoi genitori, deprivata dell'autonomia e della capacità di prendere decisioni. L'immaturità materna lascia prevedere un'importante difficoltà e instabilità relazionale madre-figlia derivata dalla sottostante struttura di personalità. A causa di tale modello instabile e inaffidabile per la strutturazione del carattere, nella figlia la personalità sarebbe altrettanto immatura e instabile tanto da non permettere un'adeguata gestione dell'elevato *Evitamento del Danno*. Questi aspetti suggeriscono l'ipotesi che le madri ricoprano verso le figlie una "funzione" vicariante, rispetto ai padri. Padri immaturi e dipendenti e madri fragili conducono a mancanza di definizione di ruoli e di trasmissione di sicurezza. Un più stretto legame vicariante madre-figlia rinforza nelle figlie AN comportamenti rigidi e fortemente assertivi (alta *Persistenza*).

Un lavoro diretto con la famiglia e la psicoterapia individuale si completano a vicenda. Gli studi citati sulle alterazioni temperamentali dei genitori indicano che probabilmente queste rivestono un ruolo patogenetico nella patologia dei figli. In sintesi: padri distratti e talora ostili, madri invischiate in legami disturbanti con la figlia per residua simbiosi o precoce espulsione, incapacità delle famiglie a riconoscere e affrontare i conflitti, confusione dei ruoli e delle responsabilità, fonte di distorsioni comunicative e confusive, relazione tra personalità disturbate dei genitori e dei figli rappresentano documentate dinamiche patologiche che devono essere considerate nel trattamento complessivo dell'anoressia delle figlie. Sebbene i problemi familiari esistano nel presente, la loro risoluzione da sola non è sufficiente, poiché il paziente ha integrato i pattern anomali e le concezioni erranee del passato, come suggeriscono le evidenze sui disturbi dell'attaccamento nei DCA [106]. Una libertà sufficiente dal coinvolgimento familiare ha bisogno di svilupparsi per il paziente per renderlo pronto a esplorare i suoi disabilitanti problemi profondi. I membri della famiglia stessi hanno bisogno di aiuto e supporto per permettere al giovane individuo una maggiore libertà; hanno bisogno di aiuto in particolare sulla loro ansia in modo da prevenire una precoce interruzione del trattamento.

III. 2. *Gli studi su attaccamento e modello psicomodinamico*

Troppo spesso il trattamento dei disturbi alimentari è condotto in una maniera meccanica attraverso il rinforzo di un metodo comportamentista che lascia intatta la sottostante angoscia individuale, come pure le dinamiche della famiglia di appartenenza. Gli psicoterapeuti non di rado commettono l'errore di non prestare attenzione a un peso pericolosamente basso e alle ripercussioni della personalità dei genitori. Il fatto è che non può essere formulato un vero quadro dei problemi psicologici, né una psi-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

coterapia può essere efficace, finché la malnutrizione grave non sia stata corretta e il paziente, individuato all'interno delle dinamiche famigliari, sia diventato capace di assimilare e processare nuove informazioni [37]. La tradizione cognitivo-comportamentale può sottovalutare la gravità di alcuni DCA, nel senso che è pericolosamente riduttivo riportare la psicopatologia a sole disfunzioni cognitive [106]. Se è vero che le pazienti AN sono dominate da un'idea centrale e prevalente che riguarda un aspetto del sé, il proprio valore dipende ed è rappresentato dal peso e dalla forma del corpo" [121]; questa "idea" va interpretata come la *manifestazione di un disturbo del sé più profondo*, e queste difficoltà nascoste sono proprio l'obbiettivo centrale della psicoterapia (H. Bruch). Lo scopo inconscio che traduce l'intero atteggiamento di scoraggiamento è il rifiuto del ruolo femminile; il rifiuto degli alimenti è un mezzo per acquisire potenza [5].

I dati che supportano la prevalenza e il significato dell'Attaccamento insicuro tra gli individui con disturbi alimentari sono molto forti. Recenti reviews stimano tra il 70% e il 100% la prevalenza dell'attaccamento insicuro tra gli individui con DCA, e la ricerca sul tema è in rapida crescita anche in quanto a rigore metodologico. Tuttavia, l'importanza dello stile di attaccamento nel trattamento dei DCA è in gran parte trascurata. Il ruolo dell'attaccamento nell'eziologia, mantenimento, o trattamento dei disturbi alimentari è omissso da tutti i principali approcci "evidence-based" di trattamento [108].

Anche se ancora relativamente nuova, la ricerca sull'attaccamento nei disturbi del comportamento alimentare ha un'importante utilità clinica, poiché aiuta i clinici a essere informati sulle specifiche linee terapeutiche efficaci per il tipo di paziente con attaccamento insicuro. Come indicato, la ricerca longitudinale in campioni di comunità dimostra che, in generale, l'attaccamento insicuro e quello disorganizzato nella prima infanzia sono indici di un maggior rischio di sviluppo di una psicopatologia in età adulta [106]. Al momento non è ancora certo se questo accresca rischio specifico per un disturbo alimentare, anche se una ricerca *cross-sectional* indica alcuni meccanismi attraverso i quali l'attaccamento insicuro potrebbe influenzare i sintomi di un disturbo alimentare [16, 64]. La ricerca sul funzionamento dell'attaccamento nei soggetti AN favorisce una migliore comprensione dei fattori di rischio dello sviluppo, del mantenimento dei sintomi, dei processi di trattamento adeguato e dell'outcome [106]. In un nostro studio [3] abbiamo studiato le interazioni tra stile di attaccamento personalità e soddisfazione del proprio corpo in un gruppo di ragazze con AN. Tra le dimensioni dell'attaccamento valutato dal Attachment Style Questionnaire, il bisogno di approvazione appare essere il maggior predittore di insoddisfazione corporea, valutata dal Body Shape Questionnaire, come pure la sintomatologia depressiva.

Anche se servono ulteriori conferme, è ormai evidente l'importanza dell'attaccamento insicuro nella comprensione psicopatologica dell'AN. La ricerca è fondamentale per chiarire i ruoli e le relazioni causa-effetto tra attaccamento insicuro, funzione riflessi-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

va e regolazione delle emozioni nello sviluppo e mantenimento dei DCA. Al momento si può prevedere che solo interventi orientati in senso psicodinamico consentano di porre un focus sulla funzione riflessiva, per ottenerne uno specifico beneficio per i pazienti con attaccamento evitante/distanziante e ambivalente/preoccupato; come pure solo un'attenta considerazione psicodinamica della storia "evolutiva" del paziente e dei pattern affettivi inconsci può avviare un speciale ruolo trasformativo per i pazienti con attaccamento evitante/distanziante e ambivalente/preoccupato. Solo l'attenta attenzione psicodinamica agli aspetti del transfert e controtransfert possono consentire, aiutare il paziente a *dirigere* il proprio processo terapeutico [108].

III. 3. *I modelli psicodinamici per l'AN sono rimasti alla periferia della ricerca*

Modelli non-psicodinamici attuali per i DCA (ad esempio, CBT) sono principalmente inerenti a pressioni che incidono sul singolo quali: fattori cognitivi di mantenimenti, fattori socioculturali relativi a moda e dieta, fattori biologici come il *punto di regolazione* per il peso corporeo. Sebbene questi abbiano un ruolo, non si considerano i problemi dello sviluppo che conferiscono una vulnerabilità all'interno dell'individuo a queste pressioni. Il modello psicodinamico postula che le esperienze vissute durante lo sviluppo portino allo sviluppo di un attaccamento insicuro, del tipo distanziante o preoccupato. L'attaccamento insicuro favorisce problemi di regolazione emotiva, e i problemi di regolazione emotiva favoriscono il persistere dei sintomi alimentari. Un recente studio longitudinale ha evidenziato che l'attaccamento insicuro non predice direttamente i sintomi alimentari, ma può avere un effetto moderatore su certe relazioni; in particolare, le ragazze con attaccamento insicuro e non quelle con attaccamento sicuro, hanno mostrato risposte disfunzionali associate a elevati indici di massa corporea (BMI) e ad aumenti di peso in età puberale [73].

La teoria dell'attaccamento consolida un modello psicodinamico generale entro il quale si può comprendere la complessa interazione tra vulnerabilità basate sullo sviluppo come lo stile interpersonale, la regolazione degli affetti, concomitante funzionamento difensivo e il loro impatto sui sintomi. Tale approccio evolutivo e centrato sulla persona è al nucleo del pensiero psicodinamico contemporaneo, specie negli aspetti concernenti l'intersoggettività (cfr. Fonagy, Gabbard, Westen, Rovera, Ferrero, etc.). Le radici sono nel modello di H. Bruch [12] a sua volta riferibile alle concezioni di Fromm-Reichman, Sullivan e Adler. La riconcettualizzazione dell'intersoggettività è anche il frutto di recenti acquisizioni neurobiologiche. Recenti studi di brain imaging confermano una neurodinamica come base di una psicodinamica [76] utile a ridefinire il Sé non esclusivamente come autocoscienza, ma piuttosto come risultato della relazione con l'ambiente e quindi con l'Altro. Queste acquisizioni rafforzano la teoria dell'intersoggettività, sviluppo teorico recente della psicoanalisi [80]. L'approccio intersoggettivo sposta la psicoanalisi da una psicologia monopersonale a una

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

psicologia bipersonale, basata sul riconoscimento che l'aspetto più importante ed efficace del lavoro clinico è lo scambio di due soggettività, da cui nasce "materiale non prevedibile cocreato" [100]. Lo studio delle basi neurali della nostra capacità di essere connessi alle relazioni interpersonali degli altri dà ulteriore valore empirico al modello dell'intersoggettività. Attraverso la consonanza intenzionale, "l'altro" è molto più di un diverso sistema rappresentazionale: diventa un sé corporeo come noi. Questo nuovo approccio epistemologico all'intersoggettività ha il vantaggio di essere in grado di formulare predizioni specifiche sull'intrinseca natura funzionale delle nostre operazioni cognitive sociali, "superando e non essendo subordinato a una specifica ontologia della mente.." (p.20). I risultati delle ricerche neurobiologiche sui mirror neurons suggeriscono "che quando assistiamo all'espressione delle emozioni e delle sensazioni degli altri un'importante aspetto dell'intersoggettività consista nel riutilizzo degli stessi circuiti neurali su cui si fondano le nostre esperienze emozionali e sensoriali" (p.30) [7].

Le ascendenze teoriche di questo sviluppo sono senz'altro riconosciute nell'approccio interpersonale di Sullivan, ma in modo ancor più evidente nella IP di Adler, sia a livello metapsicologico che di teoria della tecnica. Oltre alla istanza dell'autoaffermazione, l'altra fondamentale istanza della vita psichica secondo l'IP è il *sentimento/interesse sociale*: legame affettivo-sociale primario che determina un "bisogno" di cooperazione e di compartecipazione emotiva con i propri simili.

IV. Ridefinizione del ruolo del terapeuta nella psicoterapia dinamica dell'AN

Le pazienti con AN soffrono di un sopraffacente, globalmente pervasivo, senso di inferiorità rispetto ai compiti che credono confusamente gli altri attendano da loro, sentimenti di non avere il controllo dei loro corpi, di disconoscere come finzione o inganno ogni pensiero o sentimento che provenga da loro stessi come pure dagli altri. Solo diventando partecipi del trattamento essi possono raggiungere la differenziazione di sé dagli altri, il riconoscimento delle sensazioni corporee e degli stati emotivi e andare oltre alla passività impotente, della sottomissione odiosa e del negativismo indiscriminato. Per loro il setting psicoanalitico tradizionale ha rappresentato una ripesperienza disperante di inadeguatezza, come se "*qualcun altro conoscesse cosa loro provavano ma che loro stessi non lo sapessero o non lo sentissero... Insight per loro era stata solo un'altra "cosa" che avevano passivamente accettato dal loro terapeuta ma poi svalutandola come se non significasse nulla* [12]. Il compito del terapeuta non è tanto interpretare il significato simbolico dei sintomi quanto quello di aiutare, incoraggiare la paziente ad affrontare la sua vita, nel passato e nel presente. "*Se non fossi malata non mi presterebbero attenzione*". Queste pazienti raccontano con grandi dettagli quanto abbiano sempre fatto ciò che pensavano gli si richiedesse di fare. Il problema ora è scoprire il loro sé genuino, quello che c'è di vero in loro, a partire da una attenta considerazione del "falso Sé" [12]. Hanno bisogno di affrontare la vita nel

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

presente, ricostruire quello che è successo nelle fasi *pre-morbose* della malattia per capire come le loro esperienze interferiscano con la loro vita attuale. All'inizio del trattamento è utile un breve chiarimento sul senso, al momento più come *significato* generale della malattia. Al fine di non compromettere ulteriormente la loro autostima si può solo accennare alla funzione "riparativa" dei sintomi della malnutrizione e come questa interferisca con i loro processi psicologici. La insistente pervasiva domanda di riconoscimento e conferma è alla fine agita nel comportamento anoressico che riflette la *vera deprivazione*, non solo durante i primi anni di vita ma che continua nel presente.

Il perfezionismo ostinato può essere corretto con un lavoro di ascolto incoraggiante e accettazione molto lento e faticoso per il terapeuta. Essendo sintonizzato sulla più sottile distorsione del loro senso di realtà, il terapeuta può incoraggiare, senza esser giudicante, le necessarie rivalutazioni. Le pazienti hanno vissuto così a lungo nella loro presunzione di non valere nulla che sono scoraggiate specie quando sono stati esposti a trattamenti inefficaci o meccanici. Esse compensano la loro inferiorità con aspirazioni grandiose ed è per loro un vero e proprio sacrificio dell'orgoglio richiedere di ridurle a proporzioni umane. Per molte pazienti la terapia è la prima esperienza rilevante di essere, come dicono, ascoltate come importanti, invece di ricevere un'interpretazione dei loro sentimenti e del significato delle loro comunicazioni.

Il focus terapeutico principale dai contenuti e/o dall'interpretazione più meno disvelatrice dei deficit e dei conflitti profondi *si deve spostare* quindi a un'enfasi sulla interazione relazionale "qui e ora", funzionale a contenere fin da subito lo scoraggiamento profondo anche se dissimulato. È indispensabile quindi una ridefinizione del ruolo del terapeuta. Il deficit di base, che risulta in deficit del concetto di sé, è stato riconosciuto nella carenza di risposte incoraggianti alle richieste originate da quelle *brave bambine* [12]. Questa formulazione è utile per l'indagine delle interazioni e delle attitudini familiari e promuove un *nuovo* processo di cura, con un accento sulla necessità di incoraggiare l'autonomia e l'iniziativa nel paziente. È necessario che il terapeuta si sintonizzi sul fallimento delle loro esperienze intrapsichiche, sulle loro modalità disfunzionali di esprimere [3], organizzare e definire i loro bisogni, e sulla loro confusione emotiva nel relazionarsi agli altri. La terapia rappresenta un tentativo di correggere i difetti e le distorsioni cognitive, così come anche il senso di insoddisfazione e inadeguatezza, accanto alle convinzioni che queste pazienti hanno di un Sé vuoto e incompiuto e quindi costretto in un generale senso di impotenza, corretto da un grandioso *vivere senza mangiare!*

IV. 1. *Il processo di incoraggiamento è il cuore del cambiamento nella terapia psicodinamica con AN*

Le *strategie di incoraggiamento* designano una modalità di gestione della relazione

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

terapeutica in vari contesti di trattamento [84, 86]. Questa procedura relazionale, detta anche processo di transmotivazione, si riferisce tipicamente alla Psicologia Individuale (IP) Adleriana. Essa configura un'insieme di elaborazioni cognitivo-affettive, di atteggiamenti e modi di essere, di fare e di pensare del terapeuta caratterizzati dalla fiducia di quest'ultimo nei confronti del paziente: questo processo è finalizzato a (ri) attivare in modo empatico nel malato la fiducia e l'autostima e la speranza. Proprio nelle psicoterapie time limited il processo di incoraggiamento assume speciale pregnanza ed è il risultato del vissuto di cooperazione col terapeuta [42].

La relazione incoraggiante è quindi il prerequisito di ogni intervento psicoterapeutico con le ragazze con AN, e rappresenta il nucleo teorico e tecnico della revisione psicodinamica attuale negli interventi con AN. Per l'Individual Psicologia (I. P.) Adleriana, se la relazione terapeutica è il nucleo motore dell'intervento clinico, il processo di incoraggiamento, nella peculiare accezione IP, rappresenta il cuore della relazione terapeutica [27, 82]. L'empatia è la *conditio sine qua* non dell'incoraggiamento: configura quei modi di pensare, sentire, fare, essere (*"tardiva assunzione della funzione materna...vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie.. sentire col suo cuore"* [6]) del terapeuta, che mediante comunicazioni empatiche più spesso non verbali trasmette al paziente i propri sentimenti di fiducia, in modo che *"il paziente impari a fidarsi di se stesso"*. Il lavoro terapeutico non consiste tanto nello "scavare" nell'inconscio della mente, ma nel costruire un dialogo denso di *coinvolgimento empatico*, il quale attraversa il mondo esperienziale sia del paziente che del terapeuta ed è tale da considerare la gravidanza del *co-transfert incoraggiante*, in rapporto alle reciproche attività organizzatrici di entrambi i soggetti [86]. Nella *Metodologia Clinica* -scrive Rovera [86]- è innanzitutto importante valutare le attitudini all'incoraggiamento del terapeuta. A seconda del tipo di cliente è necessario indirizzarsi: o *versus* la revisione dello Stile di Vita; oppure *versus* la realtà. È utile privilegiare a seconda delle fasi della terapia e pure a seconda del disturbo psicopatologico, un *approccio di tipo espressivo piuttosto che supportivo o viceversa*. Ferrero [42] considera quattro principali assi della strategia di incoraggiamento: *processo d'incoraggiamento propriamente detto, asse degli strumenti tecnici, asse intensivo-supportivo, asse mutativo-conservativo*. Per un esame completo della teoria della tecnica del processo di incoraggiamento si rinvia all'articolo di Ferrero [42].

In un precedente contributo su questa Rivista [27] - cui si rimanda per un eventuale approfondimento - sono discussi contributi della recente ricerca neurobiologia e brain imaging al problema dell'empatia, anche nel versante clinico e psicoterapeutico. I concetti di *emodysimulation, intentionalattunement, now moment, moment meeting*, le evidenze brain imaging delle reti neuronali dei *mirrorneurons*, dei processi della memoria *procedurale implicita*, di *attachment process*, favoriscono una revisione pratica della psicoterapia analitica, come già nel 2007 indicavano Gallese et al. e Stern e

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

il gruppo di Boston [51,101] in un lavoro centrato sul processo implicito e momenti di incontro e di significato in rapporto a conflitto, difesa e inconscio dinamico. C'è un'*imitazione implicita inconscia reciproca* tra terapeuta e paziente che è responsabile del processo di cambiamento, più consistente rispetto agli interventi verbali. La relazione terapeutica è caratterizzata da continue inconsapevoli e reciproche *embodiedsimulations* tra paziente e terapeuta: è probabile che la simulazione da parte del paziente dell'espressione *modificata* dal terapeuta dell'esperienza del paziente svolga funzioni terapeutiche regolatrici. Il modello dell'*embodiedsimulation* [42] è importante per la psicoterapia per diversi motivi: fornisce un resoconto unitario degli aspetti preverbal delle relazioni interpersonali, che probabilmente giocano un ruolo importante nella costruzione del Sé; contribuisce a nuove definizioni dei processi psicopatologici e soprattutto rivela la possibilità di analizzare da una prospettiva diversa, le specifiche dinamiche preverbal interpersonali che caratterizzano il setting psicoterapeutico. Queste acquisizioni sullo sviluppo del sé come processo *psiconeurodinamico* (che possono essere approfondite in testi recenti come per es. i saggi di Ammaniti e Gallese; Northoff; Stern, etc.) [7,76,100] incoraggiano una speciale revisione dei trattamenti psichiatrici specie nei pazienti resistenti, come sostiene Plakun [81], ma soprattutto la psicoterapia psicodinamica delle pazienti con AN potrebbe riportarne considerevoli progressi. Antesignani sono stati gli studi clinici di H. Bruch fondati su una speciale partecipazione accompagnata da perspicacia analitica, in tempi in cui la clinica non disponeva di altre metodi che l'*osservazione partecipante*!

IV. 2. *Comprensione empatica come nucleo del processo di incoraggiamento*

La relazione terapeutica nell'AN, a motivo delle profonde difficoltà di attaccamento, specie nelle manifestazioni implicite, e nella devastante *finzione di onnipotenza*, è quindi pregiudizialmente *incoraggiante*! Il principale obiettivo della terapia è costruire una relazione che permetta sicurezza mentre promuove intimità, basata su un atteggiamento di accettazione verso il paziente e di fiducia nelle sue capacità di cambiamento. Speciale attenzione viene data alla comprensione, da parte del terapeuta, della qualità del transfert, che però di norma non è elaborato con la paziente durante le sedute, eccetto quando è utile a scoraggiarne l'influenza negativa sull'alleanza.

Da un punto di vista relazionale, lo scopo è quello di modulare autonomia e dipendenza, scoraggiando un attaccamento regressivo e idealizzante nei funzionamenti borderline di molte pazienti AN.

L'incoraggiamento empatico si basa su indagini e responsività [43], ma è nella comprensione empatica, risultante del processo empatico, che si collocano i principali fattori di cambiamento.

Esemplificativamente, nel *setting* si succederebbero alcune fasi: a) il terapeuta in atteggiamento di ascolto accettante si *lascia contagiare in modo sorvegliato* tramite *Embodied Simulation* da atti, rabbia emozioni, difese, ambivalenze, resistenze del-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

la sua paziente; b) egli “metabolizza” le emozioni della paziente *accogliendole così come sono*; c) le elaborazioni di transfert del terapeuta, del suo controtransfert, e soprattutto *metaccontrotransfert* inducono in lui risposte – *emozioni, enactments, parole contenute e tono prosodico, gesti* – modulate o complementari a quelle della paziente e in grado prima o poi di *contagiarla*; d) la paziente, prima o poi, se il terapeuta non si scoraggia nella sua empatica fermezza, *copia* e attiva su questi momenti la propria *embodied simulation*; e) cui succedono *intentionalattunements* da cui possono nascere *moment meeting* [100] portatori di cambiamento. Questi possono, alla fine, venir interiorizzati a costituire un diverso stile di attaccamento più adatto a sostituire i sintomi.

La disponibilità all'ascolto nell'accezione di Bruch consente di percepire e modulare il quantum di vicinanza/distanza [40], che il quel momento la paziente è in grado di tollerare senza ri-attivare i meccanismi di difesa regressivi dei sintomi. Un intempestivo *avvicinamento* emotivo da parte del terapeuta provocherebbe ansia e insicurezza tale da rinforzare i sintomi... Il concetto di *metaccontrotransfert*, che Rovera [87] deriva da L. Michel [70], sarebbe “... *la risultante di interiorizzazione gruppale intergenerazionale*. Nel terapeuta sono richieste motivazioni alte supreme del *guaritore ferito* [55]. Pur contagiato dalla disperazione rabbiosa e distruttiva della paziente, è in grado di riconoscere e accogliere in sé stesso queste emozioni, soffrirne, ma impiegandole a favore del cambiamento della paziente, e non in una competizione o evitamento aggressivi. Il sistema *mirrorneurons*, necessario per la sintonizzazione, non è però sufficiente di per sé per garantirla. Sebbene il sistema specchio e la simulazione incorporata siano universali, ci sarebbe un'ampia gamma di differenze individuali nella capacità delle persone di comprendere gli altri e di empatizzare [51]. Michel si riferisce alla relazione interculturale, considerando in senso antropologico la cultura dei terapeuti e la cultura dei pazienti.

La comprensione empatica – basata su simulazione incorporata e sintonizzazione intenzionale – è quindi il contesto emotivo affettivo in cui i momenti presenti diventano momenti di incontro: queste interazioni renderebbero l'*esperienza di essere ascoltate, di cui necessiterebbero soprattutto le pazienti AN* [12], modello implicito, testimonianza fruibile, agente necessario di sviluppo del Sé e di cambiamento in queste pazienti così scoraggiate e resistenti.

Le ipotesi IP sono da sempre focalizzate sul cambiamento come risultato di nuovi stili relazionali sperimentati *hic et nunc* nel *setting* e trovano nelle acquisizioni neurocognitive importanti convalide. Rispetto alle ipotesi sulle interpretazioni sui vissuti del paziente sembra quindi decisivo “*l'essere con*” nella relazione con il paziente [86]. I momenti di significato sono tali perché momenti d'incontro [28]: l'esperienza ripetuta di un nuovo tipo di relazione durante la psicoterapia entra a far parte della memoria procedurale attraverso momenti impliciti di incontro significativi esperiti nel *setting* durante la relazione con il terapeuta [51]. Per la IP l'agente di cambiamento è

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

nell'esperienza relazionale in vivo di un nuovo sentimento di appartenenza e di cooperazione che promuove un attaccamento più sicuro tramite il reciproco coinvolgimento empatico di paziente e terapeuta. C'è nella paziente, costretta al perfezionismo, un'occasione per nuovo collaudo creativo della stima di sé: il terapeuta la vive come persona meritevole di attenzione, impegno, apprensione e autonomia in un coinvolgimento relazionale ottimale che modifica entrambi. Tale trasmissione empatica di fiducia verso una persona *capace di sofferenza, solitudine e frustrazione* ri-attiva il Sé Creativo [6] per ri-prendersi cura di sé. Spesso per le malate, dopo anni, è questa la prima esperienza di ricevere ascolto e attenzione per "quelle che sono" ora e lì, invece di ricevere un'interpretazione sui loro sentimenti e comunicazioni [12].

Nei *moments of meeting* c'è l'incontro regressivo col deficit, la "segreta forza" di cui argomenta Seidel [93]. «Solo se il paziente non si sentirà punito, per quelle mete compensatorie errate, solo se gli viene fornito implicitamente un modello di accoglimento di Sé per perdonarsi di essere stato un tempo tanto debole da dover orientare la sua vita verso la perfezione, egli potrà rinunciare a quelle mete fittizie che rendono necessaria la sua depressione. Perdonato egli potrà perdonare se stesso». Durante questo processo empatico di accettazione si avvia la ricostituzione di un *modello relazionale intrapsichico accettante il deficit*. Questa esperienza autentica del *deficit* in terapia è vissuta dal paziente *insieme al suo terapeuta* e potrebbe progressivamente correggere la *per -versione* verso una *con-versione* delle istanze di accudimento di Sé così gravemente compromesse come gli studi sull'attaccamento ci stanno confermando.

È consigliabile al terapeuta assumere un atteggiamento "ingenuo" e "puro" [12], che si soffermi sull'ascolto del paziente e sulla stimolazione della curiosità e della sensibilità dentro se stessi. Occorre evitare, invece, l'atteggiamento di chi vuole insegnare cosa dovrebbe sentire o pensare.

Il cardine della teoria di H. Bruch per l'AN fu quello di accettare le potenzialità dell'insicurezza. Tutte le pazienti AN devono costruire una nuova personalità dopo anni di esistenza fittizia. Esse sono eternamente preoccupate dall'immagine che hanno creato negli occhi degli altri; hanno un'attitudine di base alla diffidenza che permea le loro relazioni - convinte che tutti guardino a loro con disprezzo e diffidenza e di dover proteggersi da ciò. Questa diffidenza abitualmente è nascosta al terapeuta dalla facciata di cooperazione compiacente. Presto o tardi compariranno critica e negativismo e quindi aperta ostilità. I tratti che si sviluppano dalla necessità di essere così accondiscendenti e complianti si trasferiscono nel trattamento.

IV. 3. *Personalità stile di vita e stile di terapia*

Gli studi consolidati [31] sulla personalità, temperamento e carattere delle ragazze con AN evidenziano tre dimensioni costanti: bassa Ricerca della Novità, alto Evitamento del Danno, alta Persistenza e bassa Autodirettività. Un attaccamento insicuro e

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

un elevato bisogno di approvazione correlano con una maggiore insoddisfazione per il corpo. Il temperamento ha un ruolo centrale nel circolo vizioso patogeno [1, 60, 61, 63, 121] e quindi nella comprensione delle attitudini mentali, della psicofisiopatologia delle persone con AN. Le pazienti mostrano precocemente nella vita vincoli comportamentali estremizzati, disciplina e perfezionismo, evitamento delle novità e dell'emozionalità. La patologia è egosintonica, poiché la sua psicopatogenesi deriva da un conflitto tra aspetti evolutivi fisiologici della pubertà e adolescenza e tratti temperamentali individuali preesistenti rigidi e inflessibili.

Questi aspetti della personalità spiegano gli atteggiamenti dapprima invisibili, cui il terapeuta deve presto prestar attenzione: pur muovendosi troppo, tendenza *star ferme* e resistenza passiva, esagerata sensibilità a piccoli segnali negativi di pericolo per le loro mete fittizie, cocciutaggine ostinata, incapacità a correlare metodi e obiettivi in programmi minimi di cambiamento di piccole abitudini, che esulino dalla pervicace propensione a difendere la loro malattia, etc. etc. Sono tendenze sottostanti ai sintomi alimentari che occorre considerare per regolare lo stile della terapia, pena lunghe adesioni funzionali o precoci drop out. I pazienti hanno bisogno di percepire che un'attenzione focalizzata e viva è ripagata con ciò che loro hanno da dire e da condividere. Le pazienti esprimeranno la loro consapevolezza che questo è mancato nel loro passato con frasi come "*se non fossi malata non mi presterebbero attenzione*" [12]. Se si esplora al riguardo essi racconteranno con grandi dettagli quanto abbiano sempre fatto ciò che pensavano gli fosse richiesto di fare. Il problema ora è scoprire il loro sé genuino – quello che c'è di vero in loro. Hanno bisogno di affrontare i loro problemi di vita nel presente, ricostruire quello che è successo nelle fasi premorbuse della malattia e capire come le loro esperienze interferiscano con lo sviluppo di un senso di sé e auto-determinazione. La frenetica domanda di riconoscimento e conferma è alla fine agita nel comportamento AN riflettendo la vera deprivazione, iniziata nei primi anni di vita, ma che continua nel presente. La chiarificazione delle ragioni che giustificano il sentimento delle pazienti che l'approvazione possa arrivar loro solo a condizione di *performance perfette superiori* è un lavoro lento e richiede la revisione delle loro convinzioni erronee e delle loro mete fittizie che *alimentano* i sintomi fino all'emaciazione corporea.

IV. 4. *Le esperienze precoci si ripetono nelle reazioni di transfert e condizionano lo stile della cura*

Il contatto con il paziente AN coinvolge il terapeuta in un'esperienza del tutto differente dalla psicoterapia convenzionale di altre patologie, perché la paziente sta sfuggendo dai contrasti che alimentano il cambiamento, il focus essenziale della terapia, nel mentre il suo corpo ulteriormente si consuma. Il terapeuta, mentre si spaventa, presto riconosce l'illusione dell'alleanza terapeutica e del contratto. La paziente AN cronica non accetta il trattamento come una forza determinante nella sua vita e l'a-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

desione finzionale al trattamento, come si è detto, è la più pericolosa delle resistenze [30]. Malata da tempo non è in genere disposta a rimuginare sulla sua condizione né può immaginare giorni di miglior qualità raggiunti attraverso il faticoso e lacerante processo della psicoterapia. L'accordo tra il terapeuta e il paziente con AN cronica deve tenere presente queste contrastanti percezioni che richiedono un modello fondamentalmente diverso. La maggior parte desidera liberarsi dalla tirannia della malattia, ma alla fine, cercherà costantemente di evitare il cambiamento [102].

Le esperienze precoci giocano, come noto, un ruolo decisivo nelle reazioni di transfert. La necessità di essere così accondiscendenti si trasferisce nel trattamento. Sono spesso convinte che le loro madri sapessero sempre come loro si sentivano. Nella terapia esse sono sconcertate quando le loro aspettative che il terapeuta possa capire cosa provano e cosa stanno passando, senza che loro lo dicano a parole - a motivo della prevalente alessitimia e perfezionismo [1] -, non sono soddisfatte. Le aspettative irrealistiche circa la loro sensazione che "la mamma sappia sempre cosa penso" deve essere riesaminata - infatti è vero l'opposto, che la madre spesso disconosceva i loro sentimenti e che è compito della terapia aiutare a scoprire i loro bisogni e valori [12]. Il terapeuta a lungo deve aspettarsi poche soddisfazioni da queste pazienti.

Lavorare con pazienti AN richiede una prospettiva di speranza. Il vero incoraggiamento sta nel far sentire al paziente che "*vale comunque sempre la pena di tentare*" [79]. Sono richieste particolari abilità e qualità umane: tolleranza della monotonia, sicurezza professionale che non esiga precoci consensi dai pazienti, privacy e solitudine; facilità di esplorare le ferite e le deprivazioni di una vita passata nella rabbia repressa, accettazione del silenzio, abilità di affrontare la fragilità e la grave malattia senza farsi travolgere emotivamente. Gli obiettivi di questi interventi devono spesso essere circoscritti, riflettendo la natura spesso cronica della psicopatologia dell'AN. Occorre *ripensare* spesso che *anche* queste malate mantengono per sempre la dignità umana, così come la possibilità sempre di una miglior qualità di vita. Il terapeuta deve tener conto di ciò e anche *senza parole* incoraggiare sub limen la paziente in questo senso. La capacità psicodinamica del terapeuta è decisiva nel favorire questo atteggiamento di speranza nonostante le continue minacce di rinuncia e di disperazione.

Si richiede più che un insieme di conoscenze tecniche, l'acquisizione di una serie di virtù - atteggiamenti di *mente e cuore* - che sono incorporati nel carattere e nella personalità del terapeuta [10]. Brenner e Khan esplorano queste virtù psicodinamiche: sottile e richiedente empatia, attitudine ad accettare e confermare, curiosità e confidenza con i significati sottostanti, umiltà a fronte di incertezze ambiguità, apertura a coinvolgimenti transferali, capacità a provare soddisfazione e gratificazioni per piccole cose. Sono capacità di per sé fondamentali, ma irrinunciabili nei trattamenti di disturbi egosintonici come l'AN. I training di apprendimento dovrebbero promuovere e supervisionare lo sviluppo e l'interiorizzazione di queste competenze e capacità,

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

incoraggiare l'opportunità di apprendere dal proprio mondo interiore.

Le pazienti hanno vissuto così a lungo nella loro assunzione di realtà auto-svalutante che si sono convinte di non poter cambiare, soprattutto quando sono stati esposti a tentativi di trattamento inefficaci o meccanici. Esse possono concordare educatamente con le proposte di chiarificazione e allo stesso tempo mantenere la segreta convinzione che "io ne so di più – so che per me le cose sono diverse". Noi siamo a confronto con una paziente la cui vita è in ogni modalità pratica tristemente estinta, che ora sembra così difficile da recuperare [102].

IV. 5. *Un contratteggiamento del terapeuta tra zelo eccessivo e scoraggiamento*

Gli sforzi continui del terapeuta di comprendere questo strano e perverso disturbo in persone che vogliono *vivere senza mangiare, e talvolta piuttosto morire*, possono provocare reazioni esagerate che dipendono dall'intensa attivazione emotiva nel terapeuta, con alternanza di eccesso di zelo oppure perdita di impegno e di pazienza e persino aggressività e rifiuto. Occorre ripetutamente richiamare alla mente che l'AN è un disturbo dello sviluppo del Sé, dove un controllo esasperato della fame - di cibo e di sicurezza - rappresenta per queste malate, sensibili e intelligenti, un'estrema, perversa appunto, paradossale modalità di sopravvivenza. La funzione del processo di cura, si è detto, pone un accento speciale sulla necessità di incoraggiare nonostante tutto l'autostima, l'autonomia e l'iniziativa nel paziente. L'interpretazione del contenuto, si è detto, è stata riconosciuta come meno importanti [12]. Il terapeuta deve ponderare attentamente quando ricorrervi; è preferibile lavorare per ricostruire dei pattern di interazione nello sviluppo e la correzione delle concezioni errate infantili.

Uno dei principali fattori che complicano il trattamento psicologico dell'AN è che i terapeuti fanno sovente esperienza di controtransfert negativo ostinato e difficile da gestire. Molti medici hanno registrato esperienze complesse, tra cui la rabbia, incompetenza, e noia. La disregolazione emozionale, la compressione dell'affettività e un più basso livello di funzionamento nelle pazienti sono stati particolarmente associati con la rabbia del terapeuta. Al contrario, la diagnosi del paziente non spiega molto la variabilità nelle esperienze controtransferali quando altri fattori, come la personalità del paziente e quella dei terapeuti, sono stati controllati. I manuali di trattamento DCA di rado considerano questi problemi dei terapeuti e neppure che i pazienti hanno disturbi di personalità [111]. La comprensione delle ragioni della paziente è un mezzo per evitare la contro-aggressività, lo scoraggiamento dei terapeuti alimenta rabbia e controllo verso la paziente. Il contratto terapeutico concordato è importante per stabilire obiettivi piccoli ma raggiungibili e per motivare la paziente a un controllo più sano: tuttavia sono prevedibili continue infrazioni e ri-contrattazioni con fermezza, empatia e pazienza quasi infinita. Questa defatigante proposta relazionale ripara le profonde ferite della paziente e poco per volta le fa sentire pregiudizialmente degne.

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

Un'alternanza troppo rapida tra atteggiamenti diversi può iatrogenicamente accrescere la forza maligna dell'AN: pena vs rabbia; impotenza vs furore terapeutico; accudimento vs espulsione; contagio della disperazione al posto della speranza; etc. Treasure et al. [117] avvisano i terapeuti che essi stessi possono svolgere un ruolo involontario nel perpetuare l'AN e incoraggiare inconsapevolmente l'ostilità, quando per esempio propongono con eccessiva insistenza una rialimentazione e quando il loro pessimismo ostacola la motivazione al cambiamento: bassa autostima, perfezionismo ed estrema competitività sociale possono costituire uno schema negativo processuale comune a molte pazienti con AN, che si rafforza a causa di uno zelo fuori controllo dei terapeuti. Ogni tentativo di modificare i rituali alimentari, anche se mediante un approccio gentile e razionale, verrà vissuto come la richiesta di un *salto nel buio* un pericoloso assalto, di rinuncia a difese irrinunciabili. Il digiuno, nell'AN, dà forza *morale* e psichica, nel mentre compromette progressivamente le funzioni vitali.

Gli studi sulla disregolazione dopaminergica nell'emaciazione del corpo confermano la funzione "dopante" del digiuno [127]. Le pressioni verbali o implicite del terapeuta possono rendere la paziente angosciata e propensa a un ulteriore esacerbazione dei sintomi: pretendere il cambiamento da una paziente che non può, dal suo punto di vista, cambiare, pena la morte, significa rifiutarla e aggredirla. Incoraggiare l'alimentarsi non è, infatti, per la paziente quella giustificabile e attenta richiesta per una vita migliore. L'urgenza del clinico di muoversi velocemente con queste pazienti spaventosamente malate è comprensibilmente difficile da trattenere, ma il rischio di iatrogenia è alto. L'enigma dell'AN è che i sintomi che compromettono la vita del corpo e della mente riescono molto bene a mitigare la patologia psichica.

Ciò che è certamente unico e peculiare riguardo all'AN è rappresentato dalle innumerevoli modalità attraverso le quali predisposizione, personalità, patologia e adattamento sono intrecciati [102]. Le numerose difficoltà sono soprattutto collegate alla mancanza di valutazione e comprensione che alcuni terapeuti hanno per questi complessi disturbi e ai sentimenti controtransferali che possono indurre un approccio drastico di trattamento, mentre "il prerequisito essenziale per essere un buon psicoterapeuta con queste pazienti è l'umiltà", virtù psicodinamica per eccellenza [10].

Gli atteggiamenti dei terapeuti, per essere fruibili come embolie simulation e quindi evolutivi per l'attaccamento della paziente, devono essere filtrati tramite le elaborazioni metacontrotransferali (vedi sopra).

Per tutti questi motivi l'AN è un disturbo paradigmatico delle nuove aree cliniche e delle sfide cui lo psichiatra oggi è chiamato: si evidenzia qui la nuova identità di esperto *manager del cambiamento* del paziente e della sua famiglia, competente e capace di impiegare e articolare trattamenti medici e psicosociali, ma soprattutto la dinamica sofisticata delle proprie e altrui emozioni [36].

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

V. La rete dei curanti per una gestione strategica della cura dell'AN

Le difficoltà che incontriamo, non ultime quelle controtransferali, nell'approccio con questo gruppo di pazienti richiedono un modello profondamente differente nel quale la "gestione strategica" necessariamente rimpiazza i tradizionali metodi di "cura". Per "strategia" s'intende un progetto terapeutico elaborato in seguito a una valutazione psichiatrica e medica complessiva e adeguato alla patogenesi biopsicosociale; l'approccio strategico considera le resistenze al trattamento come *di per sé caratterizzanti* una malattia di regola espressione di disturbi egosintonici di personalità, come l'AN. *La rete dei curanti è la strategia principale.* Soprattutto, ma non solo nelle fasi iniziali del trattamento, è di primaria importanza arrestare il peggioramento acuto del calo ponderale e costituire la rete dei curanti [cfr. 35]. La rete richiede gli interventi coordinati di due /tre terapeuti. Un *primo terapeuta* imposta un'eventuale terapia psicofarmacologica, necessaria anche se frequentemente osteggiata, per controllare l'angoscia spesso dissimulata dalle pazienti più gravi. Un secondo terapeuta è il *medico nutrizionista*, che guida la necessaria riabilitazione nutrizionale. Le terapie nutrizionali e farmacologiche, oltre a una precisa indicazione clinica, hanno un rilevante significato "relazionale" protesico, regolando il "controatteggiamento" da parte del terapeuta, per prevenire e limitare lo scoraggiamento. È il *primo terapeuta* che potrebbe avviare o motivare una psicoterapia individuale psicodinamica. Un terzo *terapeuta* fornisce un appoggio più o meno strutturato ai genitori. Il coinvolgimento della famiglia rappresenta, come si è detto, un importante irrinunciabile intervento supportivo, tanto più utile quanto più è giovane la paziente e non vi è ancora decorso cronico. Incontri con i membri della famiglia, anche tramite interventi di counselling adleriano di gruppo [9], per informarli sulla psicopatologia dell'anoressia nervosa, per fornire conforto e supporto, si sono rivelati molto utili per moderare le resistenze e accrescere la motivazione delle figlie ai trattamenti.

Sono necessari frequenti raccordi di coordinamento tra i terapeuti coinvolti, per evitare il caos delle comunicazioni, verbali e non, frequente nelle famiglie di queste pazienti. Il controatteggiamento dei terapeuti di questa rete richiede una costante supervisione di gruppo per condividere emozioni e apprensioni, anche in ospedale o day hospital. L'alleanza tra i curanti è adatta ad intercettare e limitare le resistenze e le regressioni iatrogene [115, 106]. Le pazienti con AN sono considerate difficili da trattare, ed evocano nei terapeuti intensi sentimenti di impotenza, stress e logoramento, come si è detto. Lavorare con pazienti, si è ripetuto, così malate, resistenti che non ricercano aiuto, presto diventa esasperante, opprimente e noioso. Pietà, irritazione, frustrazione, noia, il desiderio di essere liberato dei pazienti sono naturalmente possibili e subito devono essere discussi in supervisione. La supervisione ha il compito di aiutare i terapeuti della rete a rassicurare le pazienti che i vitali, compensatori aspetti della psicopatologia sono compresi in modo profondo, che la loro apprensione sarà attentamente

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

considerata nel definire gli interventi terapeutici intrapresi e che i cambiamenti ricercati saranno calibrati alle effettive risorse ora disponibili dalla paziente per prevenire drop out frequenti. Esse sono in terapia ma non prevedono, né in fondo auspicano, un cambiamento, né ricercano spiegazioni del processo psicopatologico.

I terapeuti devono essere *incoraggiati ad incoraggiare i loro pazienti*, a sviluppare in se stessi un *meta controtransfert* [84] verso un empatica fermezza accogliente e non troppo esigente, che li aiuti ad aiutare la paziente a rimediare inizialmente agli effetti distruttivi della malattia. Attraverso questa modalità di contratteggiamento, supporto e conforto, si fanno piccoli passi cercando di compensare parzialmente o attenuare gli effetti regressivi della malattia. Talvolta i passi sono quasi invisibili, ma percepirli per i curanti è necessario. La presenza nella rete di un medico nutrizionista rassicura gli altri, terapeuti e pazienti e famigliari, che un miglioramento nella nutrizione non comporti un mutamento di peso allarmante per la paziente e quindi boicottato.

Soprattutto viene offerto dal gruppo dei curanti, così incoraggiati, un modello di coping, accudimento, attaccamento fruibile dalle pazienti per una ripresa dello sviluppo del Sé. L'esempio e la testimonianza (procedurale) sono più incisivi della parola (dichiarativa)!

VI. *Primi resoconti evidence-based dell'utilizzo della Psicoterapia Psicodinamica in AN*

VI. 1. *Lo studio Antop*

È stata appena pubblicata all'inizio del 2014 su *The Lancet* la conclusione del progetto di ricerca Antop, Anorexia Nervosa Treatment of Out Patients, condotto presso l'Università di Tubinga da Zipfel e collaboratori [128]. Lo studio rappresenta un'autorevole importante evidenza, la più rilevante finora, circa la maggior efficacia a lungo termine della terapia psicodinamica focale in comparazione sia alla terapia cognitivo comportamentale che al trattamento ottimizzato consueto in pazienti ambulatoriali con AN. Lo studio randomizzato controllato evidenzia come la terapia focale psicodinamica si è dimostrata vantaggiosa in termini di guarigione al follow up dei 12 mesi rispetto ad altri trattamenti in soggetti con Anoressia Nervosa.

La terapia cognitivo comportamentale potenziata risultava invece più efficace rispetto alla velocità di recupero ponderale e a miglioramenti nella psicopatologia del disturbo alimentare. Il trattamento era della durata di 10 mesi, con complessive 40 sedute a cadenza settimanale, ed è stato organizzato secondo una scelta individualizzata del focus in 4 principali fasi: 1) alleanza terapeutica, significato del sintomo ed autostima; 2) associazione tra relazioni e sintomo; 3) separazione-autonomia e progettazione del post terapia. Il trattamento abituale ottimizzato o la terapia psicodinamica focale o la terapia cognitivo comportamentale potenziata ha portato a rilevanti aumenti di peso e a una riduzione nella psicopatologia generale e specifica del disturbo alimentare durante il corso del trattamento. Tuttavia, rispetto alla misura di outcome globale, i

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

pazienti assegnati alla terapia psicodinamica focale avevano tassi di guarigione più alti confrontati con quelli assegnati al trattamento ottimizzato abituale al follow up di 12 mesi.

Altri studi sui trattamenti psicodinamici dell'AN stanno negli ultimi anni rifiorendo. D'altronde, per quanto riguarda la psicoterapia psicodinamica nell'AN, le linee Guida APA 2012 riferiscono crescenti evidenze sull'utilizzo ed efficacia della psicoterapia psicodinamica nei DCA, anoressia compresa. Thompson-Brenner et al. [109], in uno studio naturalistico in un gruppo di adolescenti con AN, riportano risultati favorevoli sia sulla sintomatologia che sugli aspetti di personalità. In uno studio condotto da Tobin D. L. [113] sono stati intervistati 265 clinici sui trattamenti che loro utilizzano nella cura dei DCA; nel 98% dei casi hanno dichiarato di impiegare interventi di tipo psicodinamico.

VI. 2. *I trattamenti psicodinamici Adleriani brevi*

Negli ultimi anni sono stati effettuati alcuni studi in aperto circa i trattamenti psicodinamici Adleriani brevi, in particolare sui predittori di outcome, le caratteristiche dei pazienti non-responder, il fenomeno del drop-out su pazienti AN trattate con una terapia multimodale "a rete", comprendente la Psicoterapia psicodinamica adleriana nella forma breve B-APP [28]. Come noto, la B-APP si fonda su alcuni assunti: 1) l'individuo costituisce un'unità psicosomatica integrata nel contesto sociale; 2) l'individuo ha la necessità di costruire e di regolare l'immagine di sé; 3) moduli di legame regolano le relazioni umane e rappresentano il simbolico "file rouge" che collega gli elementi dello stile di vita. Gli obiettivi della terapia sono costituiti da: 1) una risoluzione almeno parziale del problema connesso al focus; 2) una diminuzione o non incremento dei sintomi; 3) un miglioramento complessivo della qualità di vita. I risultati dipendono da cambiamenti intrapsichici e relazionali.

Negli studi sono impiegati due cicli di B-APP, per complessive 30 sedute. Per valutare i risultati dei pazienti, sono state utilizzate le differenze statistiche di misurazione dell'outcome tra T0 e la fine del trattamento, il giudizio clinico dei terapeuti e diverse misurazioni della personalità, della sintomatologia alimentare e della psicopatologia generale.

Nel primo studio [32], sono stati valutati 42 pazienti AN di tipo restricter; il campione è stato studiato in fase di valutazione iniziale e ritestato dopo 180 giorni usando il Temperament and Character Inventory (TCI), e l'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), per determinare i predittori pre-trattamento della risposta. Il 52% delle pazienti ha mostrato rilevanti miglioramenti clinici, con un livello di risposta positiva a breve termine, in linea o anche più alto di quello riportato dai dati della letteratura. I soggetti che hanno risposto favorevolmente avevano una più alta Ricerca della Novità, più bassi livelli di Ascetismo e di paura della maturità.

Nel secondo studio [34], sono stati rilevati i fattori di esito correlati al trattamento con

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

la B-APP nei disturbi alimentari, utilizzando il Karolinska Psychodynamic Profile. Il 66% dei soggetti ha mostrato un miglioramento sotto diversi aspetti psicopatologici e del funzionamento psicologico; il miglioramento negli items del KAPP ha dimostrato un cambiamento nel funzionamento della personalità, anche se non nell'organizzazione complessiva della personalità.

Due studi di Fassino et al. del 2002 e 2003 [35, 36] hanno investigato il fenomeno del drop-out dalla B-APP su 99 pazienti con AN e 83 con bulimia nervosa. Il livello di drop-out dalla B-APP risultava pari al 31% tra le pazienti con AN: queste, all'inizio del trattamento, presentavano più alti livelli di Rabbia e più bassi livelli nelle dimensioni caratteriali dell'Autodirettività e della Cooperatività. Questi studi hanno evidenziato alcuni predittori di drop-out dalla B-APP, utili per ridurre ulteriormente l'entità in futuro.

In una ricerca in corso di pubblicazione, Fassino, Abbate Daga et al. [30 bis] descrivono gli esiti di un gruppo di 84 pazienti con AN in psicoterapia B-APP, rilevando le variazioni della sintomatologia, della psicopatologia alimentare, dello stile di attaccamento, della struttura della personalità secondo il modello psicobiologico, del funzionamento familiare, attraverso una batteria di tests sulla psicopatologia generale e alimentare, attaccamento e funzionamento familiare. Nelle pazienti (a seconda della diagnosi di AN-R o di AN-BP) erano migliorati significativamente al termine di 30 sedute di B-APP i risultati di queste valutazioni: Clinical Global Impression, Body Mass Index, Autodirettività, Depressione e Funzionamento Familiare, mentre risultavano invariate la Sfiducia interpersonale, Paura della maturità, Insicurezza Sociale e Accettazione di Sé. La B-APP in questo studio risulta quindi efficace in termini di global improvement, alcune dimensioni della personalità, tra cui l'Autodirettività, caratteristiche psicopatologiche, attaccamento e funzionamento familiare.

Gruppi di genitori di pazienti con AN sono stati sottoposti ad un tipo di counseling di orientamento psicodinamico adleriano (APC) e sono stati valutati con strumenti di funzionamento familiare [9]. Dopo il APC, le madri hanno mostrato più bassi livelli di funzionamento, ma sono migliorati i sentimenti di inadeguatezza e ansia relazionali; i padri hanno ridotto la rabbia introvertita e migliorata la fiducia sociale. APC riduce le differenze di valutazione sul funzionamento familiare dei diversi componenti.

La B-APP è stata utilizzata anche nel corso di trattamenti semiresidenziali in Day Hospital in pazienti con AN, con particolare focalizzazione sulle emozioni [4]. Le scale di misurazione prima e dopo il trattamento hanno evidenziato ottimi miglioramenti specialmente per quanto riguarda il controllo e l'espressione della rabbia, la soddisfazione corporea e il BMI.

VII. Conclusioni

La resistenza e la riluttanza al trattamento, caratteristiche dell'AN, la rendono una

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

delle malattie più difficili da curare [62, 75]. Le pazienti affette da questo disturbo, infatti, mostrano spesso una scarsa motivazione che si traduce in un'elevata percentuale di drop-out [39, 123] e di *out come* negativi, con cronicizzazione del disturbo e talvolta decesso della paziente [46]. Prevalgono al momento più modelli teorici che prove scientifiche di come effettivamente affrontare questa resistenza. Emerge comunque un profilo oggi più definito della paziente che tenacemente si oppone e resiste al trattamento. I DCA non colpiscono random [103], ma prediligono soggetti con un certo temperamento e tratti fortemente immaturi di personalità [33, 37], che odiano l'idea di cambiare e farebbero di tutto pur di evitare le cure. Questi soggetti fin dall'infanzia a motivo di trascuratezze educative e/o traumi dubitavano di sé ed erano paralizzati dal timore di commettere errori, oltre al fatto di non sopportare l'idea di essere umiliati. Per aiutare un paziente che resiste alle cure bisogna prima riconoscere la natura difensiva del sintomo alimentare che cerca di riparare i profondi sentimenti di angoscia. Sotto l'ipercontrollo della forma corporea e del cibo, stanno demoralizzazione [2] e rabbia [8, 33], un senso profondo di non essere amabili, una *voracità* di approvazione e di rassicurazione. Il paziente affetto da DCA desidera e teme l'incontro con l'altro: le relazioni si sviluppano inconsciamente in un clima di dipendenza e di giudizio, dove persiste uno stile di attaccamento disturbato. Le capacità di coping sono difettose: le emozioni sono ignorate ed evitate in un blocco alessitimico o al contrario sono incontrollabili e distruttive e precipitano negli acting out. Il contagio induce l'alessitimia nel medico [37] o una speculare rabbia, impotenza ed espulsività [111]. Occorre esperienza, fermezza, conoscenza dei fattori di mantenimento del disturbo e soprattutto una certa "sapienza relazionale", persino saporosa, nel senso di R. Barthes "nessun potere, un po' di sapere e quanto più sapore possibile".

Non vi è cura dei sintomi e degli aspetti cognitivi senza momenti di *sintonizzazione* [51, 101]. Chi può convincere la paziente resistente al trattamento ad attivare "una volontaria sospensione della sfiducia" [68] per andare oltre i sintomi totalizzanti? Solo il terapeuta che potrà comprendere empaticamente il senso di inutilità, solitudine e morte che la paziente si porta dentro e da cui tenacemente si difende. La cura del paziente che resiste alle cure è una strada lunga e tortuosa, costellata di rotture e di riparazioni dell'alleanza terapeutica.

La resistenza ai trattamenti nei DCA rimane quindi una questione aperta, dove vi sono a tutt'oggi più domande che risposte. Se rimane da chiarire ancora molto su come tutto ciò si sviluppa nell'interazione geni ed ambiente, dal punto di vista del trattamento il problema centrale è come creare un'autentica e salda alleanza con le pazienti più resistenti alle cure, senza che il trattamento diventi una sfida muro contro muro ed un fallimento. L'obiettivo primario è mantenere tra terapeuti pazienti e famigliari un clima di speranza, fiducia e di condivisione di obiettivi e di compiti, con la rassicurazione ricorrente che le loro difficoltà sono comprese in modo profondo e che le loro preoccupazioni saranno accolte e considerate nel progettare le cure, e che i cam-

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

biamenti saranno proposti e ricercati calibrandoli con la loro tolleranza alle angosce. La mente umana è di per sé conflittuale, come già scriveva Agostino d'Ippona. Anche le pazienti AN portano in sé, a loro modo disperante, il conflitto tra mente e corpo e tra vita e morte. Esse destano in noi angosce e sentimenti di impotenza, come pure a ben riflettere di compassione e di stimolo a soccorrere. Permane comunque l'enigma dell'anoressia nervosa [102]: i sintomi che compromettono la vita psichica e debilitano fisicamente riescono, ahinoi, molto bene nel mitigare la sottostante profonda angoscia. Solo un'altrettanto ostinata *capacità* dei terapeuti all'empatica fermezza orientata ad un'alleanza di fondo - sulla via di un *attaccamento meno confusivo e più sicuro*, difficile ma, alla fine, spesso possibile - sembra contrastare la *disperazione onnipotente e distruttiva* della paziente.

Appare del tutto attuale al proposito la suggestiva osservazione di A. Adler riportata da Ansbacher: "Non posso dimenticare ciò che uno dei miei pazienti guariti una volta ha risposto quando gli ho chiesto: "cosa crede sia stato il motivo del successo per la sua cura dopo tutti questi anni di miseria?" Egli rispose: "Sono diventato malato perché avevo perso ogni speranza. E lei mi ha dato speranza."

Un approccio orientato dinamicamente per la maggior parte dei pazienti difficili, tra i quali si ascrivono le pazienti con AN, arricchirà la capacità professionale di psichiatri e psicologi clinici e accrescerà la capacità, il senso di padronanza del clinico sui misteri della psiche umana [50]. Tale approccio, allo stato delle ricerche, appare ora indispensabile a comprendere i problemi quotidiani di controtransfert che interferiscono con diagnosi e trattamenti efficaci. Per queste pazienti un focus sull'alleanza terapeutica diventa centrale. Gli sforzi espliciti per stabilire e mantenere un'alleanza sono una chiave, primo passo, nell'orientarli verso la possibilità di beneficiare del trattamento [81]. Per prima cosa occorre focalizzarci sul loro coinvolgimento nel lavoro di terapia anche durante le tempeste di transfert negativo ostile, regressivo verso compromissioni ed emaciazione corporea grave: per tali pazienti il sopravvivere è la principale condizione di trattamento. Il deficit di base è nella carenza o nell'assenza di risposte incoraggianti alle richieste originate dalla bambina, che risultano in deficit del concetto di sé. Da qui si possono esplorare le interazioni e le attitudini familiari, verso un nuovo focus sulla funzione del processo di cura, con un accento sulla necessità di incoraggiare l'autonomia e l'iniziativa nel paziente [12].

La psicoterapia psicodinamica si sta riproponendo in psichiatria con rinnovata forza [59], soprattutto come disciplina integrativa e *science of intimacy* per una psicopatologia dello sviluppo, oltrepassando il classico concetto di scienza dell'interpretazione [101]. Le neuroscienze hanno evidenziato in modo significativo come la nostra mente sia relazionale [94] e che noi siamo cablati per essere sociali [7]. Prove iniziali dimostrano che le emozioni condivise sono in grado di sincronizzare l'attività cerebrale [77]: dallo studio metanalitico delle psicoterapie dinamiche [69], già sapevamo che

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

tanto più una psicoterapia considera gli aspetti emozionali affettivi tanto più è efficace [21]. Nelle psicoterapie dinamiche due fattori mutativi chiave sono considerati: a) una sensibile, sicura e interattiva work alliance e b) la facilitazione di esperienze di precedenti evitati sentimenti dolorosi [92]. È ora di (re)introdurre tali processi terapeutici nello studio dei trattamenti dei DCA. Oltretutto, il concetto di resistenza ai trattamenti nasce con la psicoanalisi [80], rifacendosi alle iniziali osservazioni di Freud nel 1912 [49]: “La resistenza si accompagna al trattamento ad ogni passo... rappresentando un compromesso tra le forze tendenti alla guarigione e quelle che si oppongono ad essa”.

Al clinico che si occupa di DCA le pazienti chiedono accettazione, vitalità, sfida e soprattutto competenza esperta [56]. Ciò ci interroga certo rispetto alle nostre conoscenze, ma ancor di più rispetto alle nostre capacità relazionali: comprendere l'altro empaticamente perché egli possa riconoscere se stesso, contenere la sua angoscia e comprendere empaticamente se stesso [28]. Un modello psicodinamico dei disturbi alimentari si basa sul rispetto dei bisogni di attaccamento per la sicurezza, che rimangono in gran parte insoddisfatti e inconsci [106]. Questi danno luogo ad ansia o ad affettività negativa, che a sua volta precipitano meccanismi di difesa controproducenti e sintomi del disturbo alimentare come un mezzo di coping. A causa dei timori di abbandono in coloro che hanno tali stati mentali preoccupati, o delle paure non riconosciute di continue delusioni in coloro che hanno un attaccamento evitante, le loro relazioni non forniscono una base sicura da cui possono gestire le loro esperienze interne ed esplorare il loro ambiente [106].

Dalla psicoterapia non può essere eliminata l'imprevedibilità della relazione ove i manuali non bastano. Le azioni richiedono una firma personale, implicita ed empatica, non verbale, che sia in grado di far fare un salto di qualità alla relazione terapeutica [101]. Se la sintonizzazione si realizza e si concretizza in un embodiedsimulation [51] basata su mirrorneurons [26], il contagio implicito dell'angoscia, come pure il contagio del suo contenimento è probabilmente decisivo ai fini del miglioramento. Gli studi sulla personalità dei pazienti AN confermano come spesso sia compromessa la dimensione del coping emotivo [38]. Il coping del terapeuta *per se stesso e per il paziente* diventa il modello fruibile per uno sviluppo delle capacità di coping. Allora il paziente può sentire implicitamente, percepire e pensare al cambiamento, iniziando a superare le resistenze e le paure.

Il modello neurobiologico dell'embodiedsimulation e dell'intentionalattunement [51] comprova come la relazione incoraggiante empatica sia il cuore della psicoterapia dinamica, utile nei casi difficili perché rivela la possibilità di analizzare, da una prospettiva diversa, le specifiche dinamiche che si intrecciano all'interno e all'esterno della paziente, ma soprattutto nell'interazione col terapeuta durante le sedute [28]. La psicoterapia dinamica adleriana è fin dall'origine concepita come un'esperienza

* Alla stesura di questo contributo ha collaborato per la parte bibliografica ed editoriale la Dott.ssa AMBRA GALIA.

relazionale che cambia entrambi, paziente e terapeuta, costitutivamente basata sul processo di incoraggiamento come modo di fare e di essere del terapeuta [6]. Le virtù psicodinamiche [10, 28] specialmente la competenza *umile* nel terapeuta a percepire le dinamiche controtransferali negative, di disperazione e impotenza, sono preziose per il paziente AN. Specie se il terapeuta sa orientarle a un metacontrotransfert [87] di profonda compassione per la sofferenza umana, questa può essere attenuata dal suo modo calmo di tollerare questi regolari incontri con pazienti che disprezzano l'essenza della vita.

Che ne facciamo di ciò che è stato evocato in noi dall'emozione disperante della paziente AN? La dimensione implicita è decisiva, essenziale nel setting di queste pazienti. Un'implicita partecipazione affettiva virtuosa piuttosto che schermo vuoto [28]. Anche le virtù del terapeuta agiscono per via implicita? La ferita del guaritore [55] appare la premessa-condizione della propensione empatica, cioè compassionevole, dell'agire terapeutico. Il cambiamento nasce non tanto da interpretazioni smascheranti le finzioni, ma dal vissuto di sentirsi ascoltati, sentiti e trattati come persone meritevoli, nonostante tutto. Conoscenza implicita e sistema delle finzioni, specie nel terapeuta, rappresentano un crogiolo di imitazione empatiche, appartenenza e cooperazione, di per sé incoraggianti, utili ad arrestare la via verso la disperazione. La relazione implicita condivisa come fulcro incoraggiante del cambiamento: nell'hic et nunc un incontro intersoggettivo significativo del Sé con l'Altro. Ora che sono noti gli effetti contaminanti, ma pure positivamente contagiosi favorevoli attaccamenti più sicuri, aldilà della consapevolezza, di questi sentimenti, si può ben ritenere che tale nucleo empatico incoraggiante del metodo IP renda la psicoterapia psicodinamica adleriana particolarmente predisposta alle cure di questa malattia, così enigmatica che ancora oggi interroga la scienza e la coscienza di medici, educatori, genitori e responsabili della sanità pubblica.

Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., DE BACCO, C., DELSEDIME, N., FASSINO, S. (2013), Resistance to treatment and change in eating disorders. A review on psychological aspects, *BMC Psychiatry*, 13: 294.
2. ABBATE DAGA, G., BUZZICHELLI, S., AMIANTO, F., ROCCA, G., MARZOLA, E., MCCLINTOCK, S.M., FASSINO, S. (2011), Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study, *BMC Psychiatry*, 11: 162.
3. ABBATE DAGA, G., GRAMAGLIA, C., AMIANTO, F., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2010), Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 198: 520-524.
4. ABBATE DAGA, G., MARZOLA, E., GRAMAGLIA, C., BRUSTOLIN, A., CAMPISI, S., DE-BACCO, C., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2012), Emotions in eating disorders: changes of anger control after an emotion-focused day hospital treatment, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 20(6): 496-501.
5. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
6. ADLER, A. (1935), The fundamental view of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
7. AMMANITI, M., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano.
8. AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., MORANDO, S., SOBRERO, C., FASSINO, S. (2011), Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology?, *Psych. Res.*, 187: 401-408.
9. AMIANTO, F., CAROPPO, P., D'AGATA, F., SPALATRO, A., LAVAGNINO, L., CAGLIO, M., RIGHI, D., BERGUI, M., ABBATE DAGA, G., RIGARDETTO, R., MORTARA, P., FASSINO, S. (2013), Brain volumetric abnormalities in patients with anorexia and bulimia nervosa: a voxel-based morphometry study, *Psych. Res.*, 30; 213(3): 210-216.
10. BRENNER, A., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists: The Concept of "Psychodynamic Virtue", *Psychodyn. Psychiatry*, 41 (1): 57-74.
11. BRUCH, H. (1978), *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano 2003.
12. BRUCH, H. (1982), Anorexia Nervosa: therapy and theory, *Am. J. Psychiatry*, 139: 1531-1538.
13. BRÜNE, M., BELSKY, J., FABREGA, H., FEIERMAN, H. R., GILBERT, P., GLANTZ, K., POLIMENI, J., PRICE, J. S., SANJUAN, J., SULLIVAN, R., ET AL. (2012), The crisis of psychiatry—insights and prospects from evolutionary theory, *World Psychiatry*, 11(1): 55-57.
14. CASTRO, J., TORO, J., CRUZ, M. (2000), Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa, *Psychol. Med.*, 30: 61-67.

15. CLAUSEN, L. (2008), Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors, *Nord J. Psychiatry*, 62:151-159.
16. DAKANALIS, A., TIMKO, C. A., ZANETTI, M. A., RINALDI, L., PRUNAS, A., CARRA, G., ET AL. (2014), Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psych. Res.*, 30; 215(1): 176-184.
17. DARCY, A. M., KATZ, S., FITZPATRICK, K. K., FORSBERG, S., UTZINGER, L., LOCK, J. (2010), All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 18: 260-270
18. DARE, C., EISLER, I., RUSSELL, G., TREASURE, J., DODGE, L. (2001), Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of out-patient treatments, *Br. J. Psychiatry*, 178: 216-221.
19. DANIELSEN, M., RØ, Ø. (2012), Changes in body image during inpatient treatment for eating disorders predict outcome, *Eat. Disord.*, 20: 261-275.
20. DETER, H. C., SCHELLBERG, D., KÖPP, W., FRIEDERICH, H.C., HERZOG, W. (2005), Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa, *Eur. Psychiatry*, 20: 165-172.
21. DIENER, M. J., HILSENROTH, M. J., WEINBERGER, J. (2007), Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis, *Am. J. Psychiatry*, 164: 936-941.
22. FAIRBURN, C. G., (2005), Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 37(26-30): 41-42.
23. FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., SHAFRAN, R. (2003), Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment, *Behav. Res. Ther.*, 41: 509-528.
24. FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., DOLL, H. A., O’CONNOR, M. E., PALMER, R. L., DALLE GRAVE, R. (2013), Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study, *Behav. Res. Ther.*, 51: R2-R8.
25. FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., DOLL, H. A., O’CONNOR, M. E., BOHN, K., HAWKER, D. M., WALES, J. A., PALMER, R. L. (2009), Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up, *Am. J. Psychiatry*, 166: 311-319.
26. FAN, Y., DUNCAN, N. W., DE GRECK, M., NORTHOFF, G. (2011), Is there a core neural network in empathy? An fMRIbased quantitative meta-analysis, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 35: 903-911.
27. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell’incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
28. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 59-79.
29. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues And Process Indicators, *Panminerva Med.*, 50(2): 165-175.
30. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2013), Resistance to treatment in eating disorders: acritical challenge, *BMC Psychiatry*, 7;13: 282.

- 30.bis. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PAGNANELLI, R., AMIANTO, F. (2014), The improvement and the resitances in the Brief Adlerian Psicodynamic Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa, *submitted*.
31. FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., BOGGIO, S., ROVERA, G. G. (2002), Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory, *Int. J. Eat. Disord*, 32(4): 412-25.
32. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., FORNAS, B., GARZARO, L., D'AMBROSIO, G., ROVERA, G. G. (2001), Outcome predictors in anorectic patients after 6 months of multimodal treatment, *Psychother. Psychosom.*, 70: 201-208.
33. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., ROVERA, G. G. (2001), Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: predictors of outcome, *Eur. Psychiatry*, 16: 466-473.
34. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., DELSEDIME, N., BUSSO, F., PIERO, A., ROVERA, G. G. (2005), Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: preliminary data, *Eat. Weight Disord.*, 10: 40-50.
35. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-206.
36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2003), Predictors of dropout from brief psychotherapy for bulimia nervosa, *Psychother. Psychosom.* 72: 203-210.
37. FASSINO, S., AMIANTO, F., GRAMAGLIA, C., FACCHINI, F., ABBATE DAGA, G. (2004), Temperament and character in eating disorders: ten years of studies, *Eat. Weight Disord.*, 9: 81-90.
38. FASSINO, S., PIERÒ, A., NOVELLI, A., BRUSTOLIN, A., BARBIERI, E., ABBATE DAGA, G. (2004), Il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare secondo la prospettiva della psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 15-34.
39. FASSINO, S., PIERÒ, A., TOMBA, E., ABBATE-DAGA, G. (2009), Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review, *BMC Psychiatry*, 9: 9-67.
40. FASSINO, S., SVRAKIC, D., ABBATE-DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., STANIC, S., ROVERA, G. G. (2002), Anorectic family dynamics: temperament and character data, *Compr. Psychiatry*, 43(2): 114-120.
41. FEDERICI, A., KAPLAN, A. S. (2008), The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 16: 1-10.
42. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.
43. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-92.
44. FICHTER, M. M., QUADFLIEG, N., HEDLUND, S. (2006), Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 39: 87-100.
45. FORGET, K., MARUSSI, D. R., LE CORFF, Y. (2011), Counter-transference in

- eating disorder treatment: a systematic review, *Can. J. Psychiatry*, 56: 303–310.
46. FRANKO, D. L., KESHAVIAH, A., EDDY, K. T., KRISHNA, M., DAVIS, M. C., KEEL, P. K., HERZOG, D. B. (2013), A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Am. J. Psychiatry*, 1;170(8): 917-25.
47. FREEDMAN, M. P. (2010), Nutrition and psychiatry, *Am. J. Psychiatry*, 167: 244-247.
48. FRIEDMAN, R. C., DOWNEY, J., ALFONSO, C., INGRAM, D. (2013), What is “Psychodynamic Psychiatry”? *Psychodyn. Psychiatry*, 41 (4): 511-512.
49. FREUD, S. (1912), Dinamica della traslazione, *Opere*, vol.6, Boringhieri, Torino 1974.
50. GABBARD, G. O. (2000), *Psychodinamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2002.
51. GALLESE, V. (2007), Before and below “theory of mind”: embodied simulation and the neural correlates of social cognition, *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 362: 659-669.
52. GALLESE, V. (2009), Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification, *Psychoanal. Dialogues*, 19: 519-536.
53. GARNER, D. M., GARFINKEL, P. E. (1982), Perceptive and cognitive disturbances, in GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M., *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*, Brunner&Mazel, New York, pp. 123-163.
54. GODDARD, E., MACDONALD, P., SEPULVEDA, A. R., NAUMANN, U., LANDAU, S., SCHMIDT, U., TREASURE, J. (2011), Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers, *Br. J. Psychiatry*, 199: 225-231.
55. GUGGENBUHL-CRAIG, A. (1983), *Al di sopra del malato e della malattia*, Raffaello Cortina, Milano 1987.
56. GULLIKSEN, K. S., ESPESET, E. M., NORDBØ, R. H., SKÅRDERUD, F., GELLER, J., HOLTE, A. (2012), Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient’s perspective, *Int. J. Eat. Disord.*, 45: 932-941
57. HELVERSKOV, J. L., CLAUSEN, L., MORS, O., FRYDENBERG, M., THOMSEN, P. H., ROKKED, A. L. K. (2010), Transdiagnostic outcome of eating disorders: A 30-month follow-up study of 629 patients, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 18: 453-463.
58. HJERN, A., LINDBERG, L., LINDBLAD, F. (2006), Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up, *Br. J. Psychiatry*, 189: 428-432.
59. HOLMES, J. (2012), Psychodynamic psychiatry’s green shoot, *Br. J. Psychiatry*, 200(6): 439-41.
60. KAYE, W. H., FUDGE, J. L., PAULUS, M. (2009), New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa, *Nat. Rev. Neurosci.*, 10: 573-584.
61. KAYE, W. H., WIERENGA, C.E., BAILER, U.F., SIMMONS, A.N., BISCHOFF-GRETHER, A. (2013), Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa, *Trends Neurosci.*, 36(2): 110-120.
62. KAPLAN, A. S., GARFINKEL, P. E. (1999), Difficulties in treating patients with eating disorders: a review of patient and clinician variables, *Can. J. Psychiatry*, 44: 665-670.

63. KARWAUTZ, A., HAIDVOGL, M., WAGNER, G., NOBIS, G., WÖBER-BINGÖL, C., FRIEDRICH, M. H. (2002), Subjective family image in anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: a controlled study, *Z. Kinder. Jugendpsychiatr. Psychother.*, 30(4): 251-259.
64. KEATING, L., TASCA, G. A., HILL, R. (2013), Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eat. Behav.*, 14: 366-373.
65. KEEL, P. K., BROWN, T. A. (2010), Update on course and outcome in eating disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 43: 195-204.
66. KLUMP, K. L., BULIK, C. M., KAYE, W. H., TREASURE, J., TYSON, E. (2009), Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses, *Int. J. Eat. Disord.*, 42: 97.
67. KRUG, I., PENELO, E., FERNANDEZ-ARANDA, F., ANDERLUH, M., BELLODI, L., CELLINI, E., DI BERNARDO, M., GRANERO, R., KARWAUTZ, A., NACMIAS, B., RICCA, V., SORBI, S., TCHANTURIA, K., WAGNER, G., COLLIER, D., TREASURE, J. (2013), Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: a multi-centre European case control study, *J. Health Psychol.*, 18: 26-37.
68. KOHUT, H. (1997), *The Restoration of the Self*, International Universities Press, New York.
69. LEICHSENRING, F., RABUNG, S. (2008), Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis, *JAMA*, 300: 1551-1565.
70. MICHEL, L. (1999), Des stereotypes culturels au transfert-contre-transfert dans. La relation psychothérapique Interculturelle, *Psychothérapies*, 19; 4: 247-255.
71. LÖWE, B., ZIPFEL, S., BUCHHOLZ, C., DUPONT, Y., REAS, D. L., HERZOG, W. (2001), Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study, *Psychol. Med.*, 31: 881-890.
72. MCINTOSH, V. V., JORDAN, J., LUTY, S. E., CARTER, F. A., MCKENZIE, J. M., BULIK, C. M., JOYCE, P. R. (2006), Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 39: 625.
73. MILAN, S., ACKER, J. C. (2014), Early attachment quality moderates eating disorder risk among adolescent girls, *Psychol. Health.*, 29(8): 896-914.
74. MOYERS, T. B., ROLLNICK, S. (2002), A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy, *J. Clin. Psychol.*, 58: 185-193.
75. NORDBØ, R. H., ESPESET, E. M., GULLIKSEN, K. S., SKÅRDERUD, F., GELLER, J., HOLTE, A. (2012), Reluctance to recover in anorexia nervosa, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 20: 60-67.
76. NORTHOFF, F. (2011), *Neuropsychoanalysis in Practice: Brain, Self and Objects*, tr. it. Neuropsicoanalisi in pratica. Cervello, Sé e Oggetti, Ananke, Torino 2014.
77. NUMMENMAA, L., GLERAN, E., VIINIKAINEN, M., JÄÄSKELÄINEN, I. P., HARI, R., SAMS, M. (2012), Emotions promote social interaction by synchronizing brain activity across individuals, *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 12; 109(24): 9599-9604.

78. OLDERSHAW, A., HAMBROOK, D., STAHL, D., TCHANTURIA, K., TREASURE, J., SCHMIDT, U. (2011), The socioemotional processing stream in Anorexia Nervosa, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 35: 970-988.
79. PAGANI, P.L. (2009), Comunicazione e incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 131-139.
80. PERSON, E. S., COOPER, A. M., GABBARD, G. O. (2005), *Psicoanalisi. Teoria, clinica, ricerca*. Raffaello Cortina, Milano.
81. PLAKUN, E. (2012), Treatment resistance and psychodynamic psychiatry: concepts, *Psychodyn. Psychiatry*, 40(2): 183-209.
82. POSSE, P. R., NEMEROFF, C.B. (2012), The problem of treatment-resistant major psychiatric disorders, In NEMEROFF, C.B., Management of treatment-resistant major psychiatric disorders, *Oxford University Press*, Oxford, pp. 3-22.
83. ROTHSCHILD-YAKAR, L., LEVY-SHIFF, R., FRIDMAN-BALABAN, R., GUR, E., STEIN, D. (2009), Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 198: 501-507.
84. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una teoria dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
85. ROVERA, G. G. (2000), La resistenza in psicoterapia, in: "L'Universo del corpo", vol. 5, *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma, pp. 305-307.
86. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
87. ROVERA G. G. (2014), Comunicazione personale, *XVI Congr. Naz. ANSISA, «Alimenti, culture, malattie»*, Torino.
88. SALBACH-ANDRAE, H., SCHNEIDER, N., SEIFERT, K., PFEIFFER, E., LENZ, K., LEHMKUHL, U., KORTE, A. (2009), Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study, *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, 18: 701-704.
89. SCHMIDT, U., TREASURE, J. (2006), Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice, *Br. J. Clin. Psychol.*, 45 (Pt 3): 343-366.
90. SCHMIDT, U., OLDERSHAW, A., JICHI, F., STERNHEIM, L., STARTUP, H., MCINTOSH, V., JORDAN, J., TCHANTURIA, K., WOLFF, G., ROONEY, M., LANDAU, S., TREASURE, J. (2012), Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial, *Br. J. Psychiatry*, 201: 392-399.
91. SATIR, D. A., THOMPSON-BRENNER, H., BOISSEAU, C. L., CRISAFULLI, M. A. (2009), Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: relationships to clinician and patient factors, *Int. J. Eat. Disord.*, 42: 511-521.
92. SHEDLER, J. (2010), The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *Am. Psychol.*, 65: 98-109.
93. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologische Therapie, *Beiträge zur Individualpsychologie*, 6: 90-94.
94. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, The Guilford Press Inc. and Mark Paterson, New York.

95. SIGNORINI, A., BELLINI, O., PASANISI, F., CONTALDO, F., DE FILIPPO, E. (2003), Outcome predictors in the short-term treatment of anorexia nervosa: an integrated medical-psychiatric approach, *Eat. Weight Disord.*, 8: 168-172.
96. SKÅRDERUD, F. (2007), Eating one's words, part I: "Concretised metaphors" and reflective function in anorexia nervosa—an interview study, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 15: 163-174.
97. SKÅRDERUD, F. (2009), Bruch revisited and revised, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 17: 83-88.
98. STANGHELLINI, G., CASTELLINI, G., BROGNA, P., FARAVELLI, C., RICCA, V. (2012), Identity and eating disorders (IDEA): a questionnaire evaluating identity and embodiment in eating disorder patients, *Psychopathology*, 45: 147-158.
99. STEINHAUSEN, H. C. (2002), The outcome of anorexia nervosa in the 20th century, *Am. J. Psychiatry*, 159: 1284-1293.
100. STERN, D. N. (2004), *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano.
101. STERN, D. N., and BOSTON GROUP (2007), The foundation level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense, and the dynamic unconscious.
102. STROBER, M. (2004), Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 36: 245-255.
103. STROBER, M. (2010), The Chronically Ill Patient with Anorexia Nervosa. Development, Phenomenology, and Therapeutic Considerations, In GRILO, C., MITCHELL, J. E., *The treatment of eating disorders: a clinical handbook*, Guilford Press, New York, pp. 225-233.
104. SUTANDAR-PINNOCK, K., BLAKE WOODSIDE, D., CARTER, J. C., OLMSTED, M. P., KAPLAN, A. S. (2003), Perfectionism in anorexia nervosa: a 6-24-month follow-up study, *Int. J. Eat. Disord.*, 33: 225-229.
105. TASCA, G. A., BALFOUR, L. (2014), Eating disorders and attachment: a contemporary psychodynamic perspective. *Psychodyn. Psychiatry*, 42(2): 257-276.
106. TASCA, G. A., BALFOUR, L. (2014), Attachment and Eating Disorders: A Review of Current Research, *Int. J. Eat. Disord.*, 47(7): 710-717.
107. TASCA, G. A., SZADKOWSKI, L., ILLING, V., TRINNEER, A., GRENON, R., DEMIDENKO, N., KRYSANSKI, V., BALFOUR, L., BISSADA, H. (2009), Adult Attachment, depression, and Eating Disorder Symptoms: The mediating Role of Affect Regulation Strategies. *Personality and Individual Differences*, 47: 662-667.
108. THOMPSON-BRENNER, H. (2014), Discussion of "Eating disorders and attachment: a contemporary psychodynamic perspective:" does the attachment model of eating disorders indicate the need for psychodynamic treatment?, *Psychodyn. Psychiatry*, 42(2): 277-84.
109. THOMPSON-BRENNER, H., BOISSEAU, C. L., SATIR, D.A. (2010), Adolescent eating disorders: treatment and response in a naturalistic study, *J. Clin. Psychol.*, 66(3): 277-301.
110. THOMPSON-BRENNER, H., EDDY, K. T., FRANKO, D. L., DORER, D. J., VASHCHENKO, M., KASS, A. E., HERZOG, D. B. (2008), A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study, *Compr. Psychiatry*, 49: 551-560.

111. THOMPSON-BRENNER, H., SATIR, D. A., FRANKO, D. L., HERZOG, D. B. (2012), Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature, *Psychiatr. Serv.*, 63: 73-78.
112. TIERNEY, S., FOX, J. R. (2009), Chronic anorexia nervosa: a Delphi study to explore practitioners' views, *Int. J. Eat. Disord.*, 42: 62-67.
113. TOBIN, D. L., BANKER, J. D., WEISBERG, L., BOWERS, W. (2007), I know what you did last summer (and it was not CBT): a factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 40(8): 754-757.
114. TOUYZ, S., THORNTON, C., RIEGER, E., GEORGE, L., BEUMONT, P. (2003), The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa, *Eur. Child. Adoles. Psy.*, 12 (Suppl. 1): 65-71.
115. TOZZI, F., SULLIVAN, P. F., FEAR, J. L., MCKENZIE, J., BULIK, C. M. (2003), Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective, *Int. J. Eat. Disord.*, 33: 143-154.
116. TREASURE, J., CLAUDINO, A. M., ZUCKER, N. (2010), Eating disorders, *Lancet*, 13; 375(9714): 583-593.
117. TREASURE, J., RUSSELL, G. (2011), The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors, *Br. J. Psychiatry*, 199:5-7.
118. TREASURE, J., SCHMIDT, U. (2004), Anorexia Nervosa, *Clin. Evid.*, 11: 1192-1203.
119. TRUGLIA, E., MANNUCCI, E., LASSI, S., ROTELLA, C. M., FARAVELLI, C., RICCA, V. (2006), Aggressiveness, anger and eating disorders: a review, *Psychopathology*, 39: 55-68.
120. TOBIN, D. L., BANKER, J. D., WEISBERG, L., BOWERS, W. (2007), I know what you did last summer (and it was not CBT): a factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 40(8): 754-757.
121. VITOUSEK, K., WATSON, S., WILSON, G. T. (1998), Enhancing motivation for change in treatment resistant eating disorders, *Clin. Psychol. Rev.*, 18: 391-420.
122. VRABEL, K. R., RØ, O., MARTINSEN, E. W., HOFFART, A., ROSENVINGE, J. H. (2010), Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 43: 22-28.
123. WALLER, G. (2012), The myths of motivation: time for a fresh look at some received wisdom in the eating disorders?, *Int. J. Eat. Disord.*, 45:1-16.
124. WARREN, C. S., CROWLEY, M.E., OLIVARDIA, R., SCHOEN, A. (2009), Treating patients with eating disorders: an examination of treatment providers' experiences, *Eat. Disord.*, 17: 27-45.
125. WILDES, J. E., MARCUS, M. D. (2011), Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series, *Int. J. Eat. Disord.*, 44: 421-427.
126. ZACHRISSON, H. D., SKÅRDERUD, F. (2010), Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders, *Eur. Eat. Disord. Rev.*, 18: 97-106.
127. ZINK, C. F., WEINBERGER, D. R. (2010), Cracking the moody brain: the rewards of self Starvation, *Nat. Med.*, 16(12): 1382-1383.

128. ZIPKEL , S., WILD, B., GROß, G., FRIEDERICH, H. C., TEUFEL, M., SCHELLBERG, D., GIEL, K. E., DEZWAAN, M., DINKEL, A., HERPERTZ, S., BURGMER, M., LÖWE, B., TAGAY, S., VON WIETERSHEIM, J., ZEECK, A., SCHADE-BRITTINGER, C., SCHAUENBURG, H., HERZOG, W., ANTOP STUDY GROUP (2014), Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy, and optimized treatment asusual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomized controlled trial, *Lancet*, 11; 383(9912): 127-37

Secondo Fassino
Via Milazzo 2
I-10133 Torino
E- mail: secondo.fassino@unito.it