

Counseling Parentale Adleriano per i genitori di pazienti con DCA

FEDERICO AMIANTO*, ANTONELLA BERTORELLO*, ANGELA SPALATRO*,
GIOVANNA CAZZANIGA*, ALESSANDRA BIANCONI*, SILVIA CAVARERO*,
CATERINA SIGNA*, GIOVANNI ABBATE DAGA*, SECONDO FASSINO*

Summary – PARENTAL COUNSELING FOR PARENTS OF EATING DISORDERS PATIENTS. Adlerian Parental Counseling (CPA) is an hetero-centered treatment which aims to increase awareness of relational problems that may affect families with an eating disorder. The CPA is a brief intervention in which the counselor focuses on the problems pertaining the eating habits and relational attitudes of the affected family member. These are defined and clarified with the parents, while other issues not directly related to the focus are delegated to a psychotherapeutic treatment. In all mental disorders and in particular in eating disorders, therapeutic team must take in charge not only the individual patient, but the entire family, with a psychodynamic attitude and supportive purposes, being the family a fundamental core of the disorder. The liabilities should be recognized and defined, but the family members should not be blamed as the cause of the disorder, but conceived as a resource for the healing process. Especially in families with high maternal criticism and in adolescent or young adult patients, who go in search for the definition of an independent identity the CPA may be a cost-effective tool to take care of the family that must be used as a key ally in the healing process of the patient.

Keywords: PARENTAL COUNSELING, FAMILY THERAPY, COMBINED THERAPIES

I. Basi teoriche del Counseling Adleriano

L'etimologia della parola "Counseling" deriva dal termine inglese "to counsel", letteralmente consigliare, che non viene però tradotto come "dare consigli", bensì con il senso di "fornire una consulenza". Fare counseling non vuol quindi dire dare consigli di buon senso, ma fornire una consulenza tecnica sulla soluzione di problemi di vita reale in cui il "cliente" si trova coinvolto, in modo che egli possa affrontarli più consapevolmente e con efficacia.

Il counseling è un intervento supportivo e conservativo, che ha l'obiettivo di fornire un aiuto nella gestione di problemi di adattamento all'ambiente circostante,

* Dipartimento di Neuroscienze Università di Torino

nei rapporti familiari, nel contesto lavorativo, relazionale o altri problemi di vita, senza chiedere al cliente di modificare le proprie caratteristiche di personalità individuali e i meccanismi di difesa personali. La tecnica di counseling si propone di rielaborare i problemi espressi da diversi punti di vista. Tramite l'aiuto di un "esperto" (che viene chiamato counselor e non psicoterapeuta), grazie ad un nuovo insight della situazione esaminata e alla relazione creata con il cliente viene definita una soluzione rispetto alla necessità di cambiare determinati comportamenti ed atteggiamenti.

Presso il Centro Pilota Regionale per i Disturbi Alimentari dell'Ospedale Molinette di Torino un percorso di Counseling Parentale Adleriano (CPA) viene proposto a tutte le famiglie di pazienti affette da Disturbi del Comportamento Alimentare in cui le pazienti vivono in casa con i propri genitori e in tutti quei casi dove la criticità familiare è tale da poterne beneficiare.

La tradizione adleriana relativa al counseling familiare parte dalla psicoterapia familiare adleriana [18, 50] e tiene conto delle esperienze di Psicoterapia Psicodinamica Breve Adleriana [26], di psicoterapia familiare breve cognitivo-comportamentale [17] e della terapia strategica [20] sviluppate e adattate al contesto specifico dei disturbi alimentari.

I.1. Premesse metapsicologiche

La Psicologia Individuale (PI) di Alfred Adler [3, 4] si fonda su tre paradigmi:

1. L'unità psicosomatica dell'individuo: descrive la relazione tra il corpo e la mente ed è in gran parte in linea con le attuali concezioni del modello psicobiologico della personalità [13, 14, 54]. A differenza della psicoanalisi, i processi mentali non sono concepiti come derivati delle pulsioni (libido, destrudo). Adler ha suggerito l'ipotesi che tutti gli individui trascorrono la loro vita con un sentimento inconscio di inferiorità [3, 4, 7], che si radica e si esprime sia attraverso i tratti biologici del temperamento sia attraverso i tratti psicologici del carattere. Gli individui cercano di compensare questo senso di inferiorità con una reazione psichica / somatica in due modi diversi: aumentando le loro competenze (volontà di potenza) o aumentando la loro cooperatività (sentimento sociale) o entrambi.
2. Il paradigma della autoregolamentazione [55]: sottolinea la preliminare necessità dell'individuo ad acquisire una coerente immagine di sé (psicologia del sé). Si presta attenzione ai contributi psicoanalitici di Kohut e Stolorow su questo argomento. La costruzione di una coerente immagine di sé e identità è legata alla soddisfazione del bisogno di tenerezza primario, che sostengono / sostengono lo sviluppo dell'autostima [21]. Gli individui modulano la propria immagine di sé per sviluppare adeguate strategie di coping per affrontare la vita. Il complesso di queste strategie cosce e inconse è lo "Stile di vita".

Ogni individuo gestisce la propria vita costruendo il suo stile di vita unico e irripetibile, che è l'unico modo in cui egli reagisce e si adatta agli eventi della vita e ai sentimenti interiori.

3. Il paradigma dei moduli di legame: secondo cui le interazioni dell'individuo con gli altri esseri umani sono indispensabili per l'attribuzione di un senso psicologico ai propri comportamenti. Gli individui registrano le proprie esperienze relazionali nell'inconscio e adottano queste registrazioni come "immagini guida" per affrontare la vita. Queste immagini guida inconscie sono denominate "finzioni" da Adler [3, 4, 7]. Sono anche descritti come "schemi emotivi" da Bucci [12] e da Gabbard e Westen [31], e sono coerenti con la "teoria dell'attaccamento" di Bowlby [11] e Fonagy e Target [29]. In questo modo, i moduli di legame rappresentano anche il simbolico "fil rouge", che collega i vari elementi dello "Stile di vita", anche se sono in conflitto tra loro (psicologia del conflitto). In accordo con altre scuole psicodinamiche, i sintomi psichiatrici sono concepiti come espressione simbolica di un problema primario che è inconscio per l'individuo. Ogni sintomo, sia mentale o somatico, deriva da una reazione del singolo ad un ostacolo che non è in grado di affrontare e risolvere in un processo di adattamento e causa sensazioni di inferiorità nell'individuo.

A differenza di altre scuole psicoanalitiche, ma secondo alcune recenti scoperte psicodinamiche [32, 43], per la psicologia individuale le disposizioni biologiche innate e le predisposizioni individuali (vale a dire il temperamento) determinano risposte istintive a stimoli ambientali prima che la persona sia in grado di interpretare la realtà [13, 15]. Ciò comporta un notevole problema diagnostico perché più è alta la disfunzione neuronale e minore è la risposta alla psicoterapia [34, 51], mentre la gravità dei sintomi è spesso un fattore meno significativo.

Analogamente alle scuole interpersonali [17], l'IP riconosce la rilevanza delle dinamiche socio-relazionali, del contesto culturale come anche dei fattori genetici nel mantenimento dei disturbi mentali. Inoltre come nella psicoterapia interpersonale, il counselor nella IP focalizza la comprensione dei problemi relazionali del cliente e il counseling stesso su come affrontarli. Il counselor presta quindi attenzione anche ai modelli relazionali inconsci che il soggetto applica per elaborare il passato e progettare il futuro.

1.2. Presupposti tecnici del Counseling Parentale Adleriano

Il counseling familiare adleriano pone particolare attenzione al contesto familiare. La famiglia viene considerata come una unità e i bisogni individuali dei singoli membri sono visti come bisogni del "gruppo" famiglia. Ogni componente cerca di trovare il proprio posto all'interno della famiglia e ogni cambiamento in uno dei membri si ripercuote su tutta la famiglia. Le basi fondamentali del

Counseling Parentale Adleriano si rifanno al Counseling Familiare Adleriano [18] e alla Terapia Familiare Breve Adleriana adattate al counseling [50]: la strategia complessiva e fondante è quella dell'incoraggiamento nell'accezione che Rovera [46, 48] concettualizza ed elabora rispetto alle formulazioni di Dinkmeier e Dreikurs del 1974. Come osservato da Watts e Petrzak [57] tale metodologia che consiste nel mostrare un sincero interesse per il cliente attraverso l'ascolto attivo, empatico e non giudicante, comunicare rispetto e fiducia nel cliente, focalizzarsi sulle sue capacità e risorse, aiutarlo a generare alternative percettive scoraggiando credenze finzionali, focalizzarsi su sforzi e progressi ed aiutare i clienti a cogliere gli aspetti umoristici delle esperienze di vita è molto vicina alla strategia della solution-focused brief therapy (SBTF) di matrice cognitivista ma la precorre storicamente [17].

La Terapia Familiare Breve Adleriana descritta da Dinkmeyer e Sherman [50] è una forma di terapia familiare breve che ben si adatta alla necessità di attuare interventi mirati mantenendo costi e tempi contenuti. Esistono diversi modelli attualmente diffusi per la terapia individuale, di gruppo e il counseling. Tutti questi modelli enfatizzano le funzioni dell'io, le credenze e il problem-solving relativi ad una specifica situazione, e puntano a fornire un intervento volto alle modifiche di comportamenti maladattativi, piuttosto che all'elaborazione dei meccanismi inconsci sottostanti che tuttavia sono presenti nell'analisi che il counselor fa [50]. Il Counseling Parentale Adleriano (CPA) prende spunto dai presupposti teorici della terapia familiare breve adleriana, riportandoli in un contesto di counseling di genitori di pazienti affette da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Secondo questo modello ogni persona e famiglia creano una linea di movimento che è il modo di ognuno di far fronte al mondo e lottare nel mondo [47]. Per gli adleriani, il movimento è un continuum dinamico che si muove per portare a termine un obiettivo. Non è causato. È deciso nel presente e nell'anticipazione del futuro. La meta è muoversi da un minus ad un plus piuttosto che lasciare le cose esattamente come sono. L'obiettivo è proteggersi e salvaguardarsi dal danno, o muoversi verso una posizione migliore. La linea di movimento scelta è la via nella quale il potere viene espresso.

Questo è uno dei concetti più importanti per la terapia breve e fondamentale anche nel CPA. Siccome la famiglia è in moto, non va superata l'inerzia per determinare un cambiamento. Bisogna unirsi al movimento e reindirizzarlo [50].

Nel CPA un primo momento fondamentale è l'identificazione precisa del modello di comportamento problematico e di come esso viene rinforzato. Bisogna identificarne la direzione, lo scopo, le emozioni che lo sostengono e il luogo e i ruoli che ciascun partecipante assume nel modello. Per ogni famiglia vanno individuate le abilità e le consapevolezze disponibili e necessarie per affrontare il problema [47]. Infine è fondamentale collocare e considerare la famiglia nel più ampio

contesto nel quale il comportamento si trova: cultura, fattori multigenerazionali, fattori sociali, l'interazione con le altre istituzioni e altro. Più brevemente, cos'è il comportamento e che cosa significa?

Si definisce approccio breve dove non vi è il tempo di cercare informazioni dettagliate su tutto quello che possibilmente sarebbe rilevante. Ci si concentra su quello che sembra più direttamente pertinente al problema, scegliendo la direzione per il cambiamento. Nonostante numerose tematiche possano accompagnarsi con la priorità centrale è importante che si focalizzi l'intervento sul problema centrale (focus). Altri elementi che possono emergere, se si allontanano dal focus, vanno messi in relazione al problema centrale oppure se questo non è possibile vengono messi da parte. Questo è assolutamente cruciale nel CPA proprio perché l'essenza del counseling è un cambiamento estremamente focalizzato. Secondo il principio di olistico, anche piccoli cambiamenti possono avere un impatto enorme sull'intero sistema familiare e possono chiarire molte altre difficoltà correlate. Inoltre provocare cambiamenti in qualche dimensione, automaticamente costringerà una riorganizzazione dell'insieme [50].

Le dimensioni sulle quali si può agire sono: (1) i sistemi di credenze e miti che determinano il comportamento problematico e danno senso alle percezioni; (2) i luoghi, i ruoli, e i modelli di interazione attraverso i quali queste credenze sono espresse nella famiglia; (3) le conoscenze e le abilità che possono offrire nuove scelte di comportamento o il perfezionamento di opinioni più adattive; (4) il sentimento di ottimismo ed incoraggiamento che permette alle persone di essere dinamiche e correre i rischi del cambiamento; e (5) lo sviluppo di interesse sociale e sentimento sociale così che i membri possono funzionare insieme invece che l'uno contro l'altro, o ritirarsi dalla scena [39]. Per fare questo il counselor deve essere attivo e direttivo nell'intraprendere i cambiamenti desiderati, cercando l'accordo e la cooperazione della famiglia per la maggior parte dei cambiamenti, e aprendo attentamente un varco al focus centrale. Alla famiglia viene chiesto di impegnarsi fermamente in ciascun cambiamento suggerito, mentre il counselor osserva in modo attento e costante la famiglia in modo da esaminare e rinforzare i cambiamenti.

Particolare interesse viene rivolto a come i membri della famiglia comunicano l'uno con l'altro. Alla famiglia possono mancare le abilità di comunicazione di base, ma i counselor possono insegnare queste abilità modellando gli interventi adatti per ciascuna famiglia. Spesso i membri della famiglia hanno difficoltà a comunicare i sentimenti che stanno provando. Il counseling può stimolarli ad esprimere rabbia, tristezza, dolore, in un modo costruttivo, funzionale, in contrasto ad un atteggiamento di negazione e annientamento dei sentimenti stessi. Per esempio, i terapeuti possono chiedere ai membri della famiglia di riportare comunicazioni su di se che manifestino brevemente come la persona si senta, quali cose particolari stiano accadendo, e perché [50].

Il counseling parentale mette sempre in discussione le relazioni ed il sistema complessivo della famiglia a causa dei molti e vari sintomi che possono essere presenti nei singoli membri. Talvolta il vero problema può essere la differenziazione individuale e il potere di essere se stessi in questo sistema. È solamente quando il counselor aiuta la famiglia a lavorare sui veri problemi che si riferiscono alle singole credenze, priorità, mete, ed intenzioni che possono accadere i veri cambiamenti [50].

I.3. Principi di funzionamento

I principi psicologici che rafforzano la terapia familiare breve adleriana e che vengono utilizzati nel CPA includono [50]:

Unità e modello.

Adler capì olisticamente le persone, concependole come parte di un sistema in movimento verso una meta psicologica, e comprensibile solamente come un complesso unico e indivisibile con il sistema di appartenenza. Lo stile di vita ci aiuta a capire questa unità. Lavorare con l'insieme è di solito più efficiente. È opportuno che l'équipe di lavoro costruisca insieme e condivida la propria percezione del "sistema" familiare.

Ogni comportamento ha un significato sociale.

Quando ad una coppia di genitori viene proposto un percorso di counseling si accede al sistema sociale, ai modi di relazionarsi, e alle vie attraverso cui è comunicato il potere dell'intera famiglia. Ogni comportamento ha significato in questo contesto sociale. Il comportamento può essere capito meglio e può essere modificato se visto all'interno del contesto sociale. I partecipanti al counseling vengono supportati nella lettura ed interpretazione dei reciproci comportamenti (anche patologici e disfunzionali) in un'ottica relazionale e sistemica.

Il comportamento è un risultato delle nostre percezioni soggettive.

I counselor hanno bisogno di capire la percezione di ciascun membro della famiglia. Ogni individuo crea significati unici in base alle proprie esperienze. Ogni famiglia crea un copione, all'interno del quale ciascun membro produce, recita, mette in pratica il proprio ruolo. Il counseling aiuta i componenti della famiglia a diventare consapevoli delle proprie percezioni. I singoli membri confrontano le proprie percezioni con quelle degli altri componenti della famiglia e con quelle della collettività ottenendo una migliore comprensione di se stessi e producendo un impatto sui sintomi.

Ogni comportamento ha uno scopo ed è diretto a una meta.

Come disse Adler, ogni movimento è "teleologico". Il movimento dei singoli sog-

getti rivela lo scopo e l'intenzione. Il counselor è interessato all'identificazione della meta e delle conseguenze di ogni comportamento. Una volta che queste mete e conseguenze vengono comprese dal counselor e dalla famiglia, i genitori possono essere aiutati a orientarsi da comportamenti distruttivi a costruttivi. Il compito terapeutico è tentare di allineare le mete dei membri nella famiglia ed aumentare l'interesse sociale o la cooperazione. Ciascun familiare ha il diritto di realizzare le proprie mete: queste generalmente non sono in conflitto tra loro ma vengono percepite come tali. La chiarificazione sul reale contenuto di queste mete permette l'individuazione di compromessi capaci di consentire il raggiungimento concorde delle mete individuali.

Il comportamento è rivolto ad una compensazione dei sentimenti di inferiorità. Gli individui si spostano continuamente da un sentimento di inferiorità verso un sentimento di superiorità. Questa è la lotta per la supremazia. Tale lotta non va ostacolata, ma compresa, accolta e indirizzata secondo il sentimento sociale [39] ovvero in una direzione ove possa realizzarsi armonicamente nel contesto sociale. Anche l'atteggiamento del counselor deve implicitamente agevolare il successo di questo movimento nello stesso setting terapeutico (valorizzando i genitori partecipanti al counseling).

I.4. Aspetti strategici del CPA

Il CPA discende dalle premesse metapsicologiche della psicologia individuale in quanto il counselor dovrebbe comprendere e comunicare correttamente con i suoi clienti secondo la loro personalità e le caratteristiche dello stile di vita. Tuttavia, da un punto di vista operativo condivide molte analogie con la terapia familiare strategica, in quanto l'obiettivo del counseling non è analitico ed è quindi diverso da quello della psicoterapia adleriana [26].

Le caratteristiche principali condivise con la terapia strategica sono le seguenti:

- 1- I problemi sono fondamentalmente relazionali, piuttosto che individuali.
- 2- In un problema, è importante essere in grado di vedere e affrontare il qui e ora.
- 3- Si deve saper individuare e definire il problema specifico, e quindi procedere a trattarlo, senza proporre un cambiamento di personalità o carattere.
- 4- La via da seguire è sempre la più veloce, i modelli esplicativi i più semplici.
- 5- Il counselor deve essere attivo.
- 6- La definizione dell'esistenza del problema appartiene al cliente: quello che porta al counselor è il problema, e come tale deve essere riconosciuto dal consulente [10].

La differenza principale della CPA rispetto all'ottica strategica è che, mentre nelle terapie strategiche solo il comportamento osservabile del cliente conta, nel coun-

seling adleriano anche le idee su se stessi, gli altri e sulla natura dei problemi segnalati dal cliente sono considerati da un punto di vista analitico e utilizzati per comprendere le dinamiche familiari sottostanti. In analogia con l'atteggiamento strategico e a differenza di quanto accade in psicoterapia [26], l'attenzione del counselor dovrebbe essere incentrata sulla comprensione delle cause del problema relazionale per individuare la soluzione "possibile" senza richiedere cambiamenti profondi nei tratti di personalità dei membri della famiglia e dei meccanismi di difesa. Nonostante questo atteggiamento analitico, solo occasionalmente le cause profonde sottostanti vengono apertamente affrontate durante un intervento di counseling, mentre comunemente vengono rimandate ad un possibile percorso psicoterapeutico.

II. Applicazione del counseling adleriano ai disturbi alimentari

II.1. Lo scopo

Il counseling parentale per i familiari di pazienti affetti da DCA è indirizzato a genitori o conviventi che a vario titolo (coniuge, convivente, fratello/sorella, nonno/nonna, affidatari, operatori di comunità, etc.) hanno rapporti con il paziente. Si tratta di un intervento eterocentrato, non indirizzato all'esplorazione ed alla risoluzione di problemi soggettivi o della coppia oggetto di intervento, né all'incremento di consapevolezza delle problematiche personologiche, psicopatologiche o relazionali individuali o familiari che possono affliggere la famiglia in cui si sviluppa il DCA. Nel caso in cui esistano problemi soggettivi tali da richiedere un intervento psicologico o psichiatrico, esso deve essere attuato da figure ed in un contesto differente rispetto al counseling. Il counseling è invece un intervento focalizzato, su una serie di obiettivi definiti e limitati, centrati sulla riduzione delle dinamiche, degli atteggiamenti e dei comportamenti che i conviventi dei soggetti con DCA attuano e che rappresentano un ostacolo al processo di guarigione o un fattore perpetuante del disturbo alimentare.

II.2. Il contesto relazionale

Il contesto relazionale con i fruitori del counseling, deve essere di tipo cooperativo-incoraggiante, atteggiamento caratteristico delle scuole di psicoterapia adleriana e cognitivo-comportamentale [16, 24], in modo ancora più marcato che in psicoterapia. I familiari non vanno considerati "per se" dei pazienti, ma devono collaborare come "co-terapeuti" in un team che viene orchestrato dal counselor. La famiglia deve essere responsabilizzata rispetto alla necessità di acquisire una strategia adeguata a "gestire" la paziente ed il suo problema, al fine di migliorare il percorso terapeutico della stessa ma anche il clima familiare e la sua condi-

zione soggettiva. Questo obiettivo può essere raggiunto solo senza stigmatizzare i genitori come autori o come vittime della malattia stessa.

Vanno quindi limitati gli atteggiamenti accusatori, di rimprovero, eccessivamente pedagogici o pedanti. L'alleanza terapeutica deve essere costruita e preservata ad ogni costo, anche quando i familiari riportano atteggiamenti, sentimenti, comportamenti chiaramente scorretti, patologici o problematici. Nel caso in cui l'etica professionale impedisca l'alleanza, il counseling viene concluso e si attuano altre misure sia giuridiche sia cliniche (ad esempio denunciare alle autorità competenti l'abuso da parte di un familiare e/o programmare il trattamento ospedaliero del familiare abusato).

II.3. *Strategia di counseling*

Il primo passo riguarda la motivazione dei familiari al counseling. Essa parte dalla identificazione e chiarificazione di ciò che il cliente considera "il suo problema" rispetto alla paziente. Il problema "della paziente" deve essere chiaramente demandato al percorso terapeutico che questa sta attuando. È necessario indirizzare il cliente verso un problema che possa essere realmente affrontato nel counseling, senza accogliere genericamente, la sua "vis polemica" nei confronti della paziente (nelle prime fasi è possibile una strategia supportiva che va poi ridimensionata). Individuato il problema "focale", devono essere esaminate insieme ai familiari, con un atteggiamento "d'équipe", le possibili dinamiche connesse al problema, in un'ottica relazionale non centrata sul cliente o sul paziente ("lei sbaglia a fare così"). Individuate le dinamiche e ricostruiti gli elementi che le determinano, si devono isolare quelli di pertinenza dei familiari.

In questa fase il counselor può attuare interventi "esplicativi" e psicoeducativi molto garbati, rispettosi ed ipotetici riguardanti i tratti di personalità della paziente o del cliente e le loro reciproche interazioni, in uno stile comunicativo e relazionale proprio del *processo di incoraggiamento* [46, 48]. Gli interventi più che al cambiamento sono indirizzati alla chiarificazione e schematizzazione di quanto il cliente vive nella relazione con la paziente, oltre che alla maggiore comprensione cognitiva ed empatica della stessa. A questo punto, deve essere ricordato che il counseling non ha tanto l'obiettivo di rendere le dinamiche "più sane", ma di individuare una strategia nuova con cui il cliente può porsi nei confronti della paziente, al fine di migliorare tali dinamiche, assecondando (provvisoriamente) alcune difficoltà, la psicopatologia e le caratteristiche di personalità della stessa. Si possono quindi assegnare ai clienti alcuni "compiti", da svolgere nel tentativo di modificare le dinamiche patogene sul modello di quelli utilizzati nella terapia di coppia cognitivo-comportamentale, ma riportate ad un contesto di tipo familiare [17]. Il terapeuta utilizza, infatti,

alcuni interventi di tipo cognitivo, comportamentale ed emotivo, come per esempio Interventi per Modificare il Comportamento (il cambiamento comportamentale guidato e gli interventi basati sulle abilità) [17]. Attraverso i cambiamenti comportamentali guidati, la famiglia può essere accompagnata verso la modifica di alcuni atteggiamenti/comportamenti che possono essere rilevanti nel processo di guarigione delle pazienti affette da DCA. Il cambiamento comportamentale guidato comprende gli interventi che si focalizzano sul cambiamento di tipi particolari di comportamento, senza insegnare specifiche abilità. Questi interventi non comportano uno scambio esplicito di comportamento del tipo “quid pro quo”, ossia devono essere praticati senza aspettarsi qualcosa in cambio. Questo perché spesso nelle famiglie ciascun membro è disposto solamente a cambiare in rapporto agli sforzi dell’altra persona. E’ invece importante effettuare cambiamenti costruttivi indipendentemente dal comportamento degli altri membri della famiglia in modo da superare l’atteggiamento mentale del “Chi inizia per primo?”. Solo in questo modo è possibile acquisire un senso di controllo personale nel migliorare la relazione [17].

Attraverso gli interventi basati sulle abilità, il counselor può utilizzare le discussioni didattiche per insegnare ai genitori particolari abilità di comportamento. L’insegnamento è seguito dall’opportunità per la coppia di provare a comportarsi in modi nuovi, anche relativamente alle dinamiche alimentari. Discutere insieme le modalità di una comunicazione costruttiva, per esempio, può essere utile per fornire la struttura di cui essi hanno bisogno per interagire in modo costruttivo che può essere utile sia per migliorare le conversazioni mirate alla condivisione di pensieri e sentimenti, sia a quelle volte a prendere delle decisioni o orientate alla soluzione di problemi [17]. Indipendentemente dal tipo di strategia utilizzata per facilitare il cambiamento, è essenziale che i clienti comprendano e condividano l’interpretazione dei meccanismi alla base delle dinamiche patologiche e che siano consapevoli del significato e dell’importanza dei compiti assegnati. Di seduta in seduta, il counselor verificherà l’avvenuta esecuzione dei compiti, esplorando le resistenze alla loro attuazione, individuando e sottolineando le conseguenze positive ed i cambiamenti relazionali avvenuti, rinforzando quanto praticato positivamente e non stigmatizzando quanto non modificato. Soltanto in casi estremi, potrà confrontare più duramente i clienti sulla mancanza di impegno e sulle sue conseguenze negative sull’andamento della terapia della congiunta [17].

Il counselor può assumere il ruolo di educatore fornendo una psico-educazione secondo la necessità. Egli serve anche da facilitatore, creando un ambiente favorevole entro cui la famiglia può affrontare le difficoltà. Un ambiente favorevole può essere creato in vari modi, mantenendo il controllo sulle espressioni emotive in un contesto dove siano frequenti eccessivi scatti emotivi o creando le opportunità di interagire in modo più attento in un contesto di trascuratezza. Come nella terapia di coppia cognitivo-comportamentale, il counseling paren-

tale adleriano si fonda sulla nozione che le famiglie devono imparare a mettere in atto i nuovi modi di comportarsi, di pensare, di sentire fuori dalla seduta terapeutica, come all'interno di essa. Quindi, il counselor aiuta la famiglia a decidere le nuove strategie che verranno utilizzate tra le sedute, per favorire la generalizzazione del loro nuovo apprendimento alla vita quotidiana [17].

È tuttavia necessario sottolineare come a causa della elevata eterogeneità di situazioni familiari, cliniche, psicopatologiche e di struttura di personalità dei soggetti affetti da DCA e dei loro genitori, gli interventi di counseling parentale non siano un approccio psicoeducazionale altamente strutturato come accade, ad esempio, per le famiglie di soggetti con organizzazione borderline di personalità nella G-APP di Simonelli e colleghi [52]. Nel setting dei DCA il counseling parentale adleriano mantiene, pertanto, una maggiore flessibilità modulata dal counselor a seconda delle situazioni familiari.

II.4. Obiettivi specifici

Il CPA in genere non affronta temi predefiniti per due ragioni. In primo luogo, per migliorare il coinvolgimento personale dei familiari nel processo di counseling è molto importante che i familiari stessi identifichino ed esprimano le proprie preoccupazioni sul funzionamento della famiglia e sui problemi relazionali. In secondo luogo, anche se ci sono alcuni problemi ricorrenti condivisi da tutte le famiglie di DCA, soprattutto quelli secondari alla gestione del disturbo alimentare, ogni famiglia presenta un insieme di dinamiche problematiche che possono essere molto specifiche e richiedono di essere affrontate in una sequenza gerarchica che è differente per ogni contesto familiare.

II.5. Principali differenze con il modello del Maudsley Hospital

La gestione dei comportamenti alimentari patologici è un problema fondamentale, comune a tutte le famiglie di soggetti affetti da DCA. La richiesta di non interferire nei comportamenti alimentari delle figlie ma di imparare nuove abilità di coping, emozionali e relazionali per gestirli, è una posizione pre-definita e teoricamente fondata, che si differenzia in alcuni punti da quella del Maudsley Hospital [37, 38, 39, 49]. Tale posizione è finalizzata a favorire l'indipendenza e la responsabilità dei pazienti e a rafforzare l'alleanza terapeutica con il dietologo e il dietista. Il CPA non ha un target di età dei soggetti trattati a differenza delle psicoterapie familiari [1]. Con pazienti adulti o giovani adulti è necessaria una proposta più diretta di distacco emotivo dalla famiglia e l'acquisizione di un'identità adulta. Infine in questo modo si libera la famiglia dalla eccessiva responsabilità nutrizionale nei confronti delle figlie e si favorisce il passaggio da un rapporto meramente di tipo pratico e operati-

vo ad un registro relazionale, emotivo ed affettivo. Essendo una posizione pre-determinata dell'equipe terapeutica e non un obiettivo del counseling in sé, la richiesta è generalmente indirizzata agli interventi psicoeducazionali che precedono il counseling. Tuttavia non è raro che nelle prime sedute di counseling si affronti proprio la difficoltà dei genitori (in particolare le madri ansiose) nell'applicare il cambiamento nei propri atteggiamenti verso le problematiche alimentari.

La scelta di trattare i genitori e le pazienti separatamente ha lo scopo di rafforzare l'alleanza terapeutica e stimolare l'acquisizione di indipendenza delle pazienti dalla famiglia di appartenenza. In questo modo possono ridursi le resistenze al trattamento da parte di pazienti adolescenti e giovani adulti che nell'avere lo stesso terapeuta dei propri genitori, potrebbero sentire la propria autonomia messa a rischio e di conseguenza mettere in discussione l'alleanza terapeutica. Inoltre in alcuni studi è stato valutato che, nelle famiglie che presentano un elevato grado di criticismo materno, un approccio terapeutico che separa il trattamento delle pazienti da quello dei genitori risulta maggiormente efficace rispetto alla comune terapia familiare che tratta la famiglia tutta insieme [19, 36].

I genitori vengono coinvolti nel trattamento con empatia e in un modo collaborativo. Più in dettaglio durante il counseling sono state considerate quattro aree principali:

1. la comprensione dei meccanismi di mantenimento del DCA e di come il counseling lavori in modo da aiutare i genitori a rapportarsi in maniera più efficace con il sintomo;
2. il miglioramento delle capacità di problem-solving e l'inquadramento di obiettivi definiti in modo da creare un ambiente familiare più favorevole;
3. il miglioramento della comunicazione in modo da aiutare i genitori ad affrontare lo stress generato dalla malattia;
4. l'analisi delle relazioni e dei ruoli familiari come possibili fattori di mantenimento [2].

Dal momento che il counseling parentale è diverso per ogni famiglia, il counselor deve personalizzare ogni seduta in base alle problematiche specifiche sollevate dalle famiglie e deve affrontare creativamente le specifiche modalità difensive con cui le famiglie le affrontano, compresi meccanismi come il cinismo, l'inadeguatezza, la ribellione, la negazione, l'eccessivo autocontrollo, la razionalizzazione, l'ideologizzazione o la fuga [30].

II.6. *Tematiche prevalenti*

Qui di seguito sono riportate le tematiche di più frequente riscontro nelle famiglie DCA che vengono affrontate durante il counseling. La lista non è intenzio-

nalmente gerarchicamente ordinata, perché questi temi devono essere spontaneamente proposti dai membri della famiglia in base alle loro esigenze. Tuttavia, il counselor tiene a mente questi elementi per aiutare quelle famiglie che mostrano forti resistenze nell'individuazione delle problematiche familiari proponendo le varie tematiche con un atteggiamento psicoeducazionale etero-centrato ("in alcune famiglie accade che").

1. **AUTOPROTEZIONE:** essere buoni genitori/conviventi non implica dover sacrificare la propria libertà o dignità, per assecondare le richieste eccessive delle figlie.
2. **COMPRESIONE:** i familiari devono deporre l'atteggiamento giudicante/controllante/aggressivo nei confronti della paziente ed orientarsi verso una maggiore comprensione dei suoi comportamenti. Spesso i familiari vivono i comportamenti dei pazienti come scelte volontarie, vizi o vendette nei confronti dei membri della famiglia. Devono invece essere intesi come sintomi di una malattia.
3. **RIDUZIONE DELLA STIGMATIZZAZIONE DEI PAZIENTI:** spesso i membri della famiglia "etichettano" i pazienti come "pazzo", "stupido" o "incapace di ragionare" a causa della loro malattia e non pensano che essi debbano essere considerati e rispettati nella loro dignità, sentimenti e scelte (se non distorte dalla malattia).
4. **SUPERAMENTO DELL'ONNIPOTENZA:** i familiari non devono inseguire la chimera della guarigione (forzata) dei loro figli. Il processo di guarigione, ha una matrice fortemente individuale ed è un processo che richiede tempo.
5. **DEPOSIZIONE DEI SENSI DI COLPA:** spesso i genitori si sentono in colpa per la malattia della loro figlia. Questo è un punto cruciale nel rapporto con i genitori e alcune delle altre tematiche di counseling possono essere conseguenti al sentimento di "colpevolezza" che i genitori portano con sé. Anche se le dinamiche familiari sono rilevanti, va chiarito ai genitori che i disturbi alimentari hanno una eziologia multifattoriale e che i genitori non possono essere considerati la causa primaria del disturbo. Inoltre la dinamica e le responsabilità della famiglia sono molto diverse da un caso all'altro. I genitori dovrebbero essere incoraggiati a percepirsi come co-terapeuti e dovrebbe essere sottolineato come la loro partecipazione al counseling rappresenti una risorsa fondamentale per la guarigione delle loro figlie.
6. **FIDUCIA:** i familiari devono riuscire ad offrire la propria fiducia alle pazienti ed ai terapeuti che le seguono. La famiglia deve essere in grado di riporre una fiducia autentica nei pazienti, e nel loro desiderio/capacità di migliorare e liberarsi dalla malattia. Questo è molto importante per trans-motivare le pazienti sulla possibilità di guarigione. Inoltre è anche importante che i genitori abbiano fiducia nell'equipe terapeutica in modo da favorire l'alleanza terapeutica.

42 F. Amianto, A. Bertorello, A. Spalatro, G. Cazzaniga, A. Bianconi, S. Cavarero, C. Signa, G. Abbate Daga, S. Fassino

7. **NON INTERFERENZA:** i familiari vanno incoraggiati a non interferire con il percorso terapeutico, devono anzi appoggiarlo, esprimere sentimenti di fiducia ed ottimismo sugli esiti delle cure.
8. **CHIARIFICAZIONE DEL SENSO DELLA CRISI:** i familiari devono ottenere una maggiore chiarezza sul senso generale della crisi dei loro familiari con DCA, per ridurre la colpevolizzazione e l'angoscia destata dalla incomprendibilità del sintomo.
9. **MANAGEMENT DI SENSI DI COLPA:** la famiglia deve essere protetta dal senso di colpa, ma quando non è efficace, è necessario evitare che i sensi di colpa diventino un possibile impulso per comportamenti lesivi nei confronti dei pazienti (abbandono / rifiuto / colpa / aggressività maligna / ostilità, ecc) [9, 44].
10. **MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE:** spesso le famiglie di soggetti affetti da DCA sono caratterizzati da alessitimia [16] o comunque da difficoltà rilevanti di comunicazione tra i membri della famiglia. Inoltre, i soggetti colpiti sono ipersensibili [23, 24, 27, 28] alla svalutazione da parte delle figure parentali, per cui una comunicazione inadeguata all'interno della famiglia potrebbe generare circoli viziosi che peggiorano drammaticamente le dinamiche familiari. I counselor devono aiutare i membri della famiglia a migliorare la capacità di comunicare i propri pensieri, sentimenti ed emozioni in modo inequivocabile e ad essere consapevoli delle possibili conseguenze delle proprie azioni sulla sensibilità degli altri.
11. **PROTEZIONE:** deve essere incrementato nei familiari il senso di protezione nei confronti del paziente, aumentando l'empatia verso la suo/sua sofferenza. I genitori, in particolare i padri lontani, dovrebbero essere incoraggiati a essere coraggiosi e persistenti nel desiderio di "stare vicino" al familiare interessato [23, 24, 27, 28].

II.7. Avvertimenti generali sul counseling parenterale nei disturbi alimentari

Talora i familiari sono insufficientemente motivati, portatori di tratti di personalità patologici o di una propria psicopatologia, caratterizzati da rabbia, frustrazione, scoraggiamento, istanze proiettive e atteggiamenti iperdifensivi che possono portare alla aggressione diretta ed indiretta della paziente ed alla compromissione del percorso terapeutico. Molto spesso, inoltre, il percorso da intraprendere con la famiglia deve fare i conti con un tentativo più o meno inconscio di rifiutare la patogenesi mentale della patologia nelle figlie. E' difficile comprendere che alla base di patologie con una così grande implicazione internistico/psichiatrica, ci siano conflitti e sofferenze che hanno forte correlazione con l'ambiente interno ed esterno alla famiglia: considerare queste dinamiche ancor più che in altre patologie psichiatriche [35] appare decisivo per gli esiti dei trattamenti. Altre volte il terapeuta si trova ad affrontare situazioni ancora più com-

plesse, in cui uno dei due genitori, più spesso la madre, si rivela complice della figlia nel mascheramento e nel mantenimento della patologia, non solo nei confronti dell'altro genitore ma anche dell'intero contorno sociale, compresi i medici e i terapeuti. Risulta così ancora più difficile intraprendere un percorso di counseling, che parte dal presupposto che vi sia coscienza della natura del disturbo da parte dei genitori. Inoltre essi spesso chiedono al servizio e qualche volta pretendono una soluzione rapida ed economica al problema che li affligge. E' difficile, infatti, rendere i genitori consapevoli del fatto che il processo di cambiamento richiede pazienza, impegno, apertura nei confronti del partner e della figlia e una volta iniziato, potrà scatenare nei partecipanti sentimenti di frustrazione, di crisi, di fallimento.

Le attuali tendenze giustizialiste nei confronti della malasanità (vera o presunta) stimolano e "giustificano" istanze aggressive, talvolta attuate in modo impulsivo e distruttivo, da cui il counselor deve rispondere attraverso l'alleanza terapeutica. Il counselor ed i terapeuti devono sempre tener conto del fatto che qualunque sia l'esito, possono essere vittime della rabbia dei familiari: se la paziente non guarisce (e il sistema delle relazioni familiari è immutato), perché sono stati inefficaci; se guarisce, perché spesso si svincola dalle dinamiche familiari che l'hanno fatta ammalare, frustrando il legame patologico che sussisteva fino a quel momento con i suoi familiari.

III. Counseling Parentale Adleriano nel contesto terapeutico del Centro Pilota Regionale per la cura e la ricerca sui disturbi del comportamento alimentare-Struttura Universitaria di Psichiatria dell'Ospedale San Giovanni Battista di Torino.

Per le pazienti afferenti a questa Struttura specialistica, la progettazione del trattamento viene formulata a partire dall'ipotesi patogenetica biopsicosociale. Tale modello considera i sintomi come espressione di una sofferenza fisica, psichica e relazionale ed indirettamente, come meccanismo di difesa dalla sofferenza stessa. [8, 23, 31].

La terapia biopsicosociale rappresenta l'applicazione clinica del modello biopsicosociale, applicato alla cura dei disturbi psichiatrici. Si avvale di un approccio integrato per gestire patologie che associano fattori biologici a fattori psicologici e socio-relazionali [26].

La terapia biopsicosociale ha un'ottica multimodale ed è suddivisibile in tre momenti distinti ma correlati: valutazione, formulazione e pianificazione del trattamento [51].

Valutazione biopsicosociale:

è una valutazione sistematica della storia e delle caratteristiche attuali della malattia, con una particolare focalizzazione sull'evoluzione clinica e sul contesto psicologico e relazionale nel quale si è sviluppata la malattia [21].

Formulazione esplicativa psicodinamica e biopsicosociale:

riassume la natura, i modi e i tempi di sviluppo e le possibili finalità della crisi, fornendo anche i fondamenti per ipotizzare e prevedere le direzioni dell'evoluzione futura [41]. Permette anche di comprendere, in una prospettiva psicodinamica, i motivi che hanno condotto il soggetto ad un determinato quadro patologico, in un preciso momento della sua esistenza, assumendo quindi il ruolo di guida nell'ideazione del progetto terapeutico [26].

Pianificazione del trattamento:

l'esito di un'attenta valutazione e di un'adeguata formulazione, dovrebbe fornire gli elementi per focalizzare gli aspetti su cui agire. Così facendo sarà possibile progettare un trattamento di massima efficacia [42] a breve, medio e lungo termine. La pianificazione si può riassumere nei tre "Chi" e nei tre "Cosa": Chi era, Chi è e Chi vorrebbe essere il paziente, Cosa vuole dal terapeuta, Cosa può fare per sé e Cosa può fare il terapeuta per lui [22]. Affinché la pianificazione sia efficace, è necessario stabilire modi e tempi in cui segnare le tappe fondamentali della terapia [33]: descrizione del disturbo, aspetti della personalità del paziente, strategie di intervento farmacologico e psicoterapeutico, interventi riabilitativi.

Il presupposto di base è che il trattamento sia progettato in maniera individuale sul paziente, considerando le implicazioni del singolo caso, dall'aspetto psicopatologico a quello clinico nutrizionale, senza trascurare il contesto familiare.

L'intervento di rete [45, 48] mira a fornire elementi espressivi e supportivi modulati sulle condizioni del paziente ed in accordo con la fase terapeutica in cui il paziente è inserito.

Il programma di intervento può prevedere una delle seguenti tipologie di trattamento:

Ambulatorio

Day hospital

Degenza ospedaliera

Combinato secondo un percorso di progressiva motivazione alla cura.

In tutte queste opzioni di trattamento il modello biopsicosociale considera il ruolo della famiglia nella patogenesi, esordio, mantenimento, ma soprattutto nella risoluzione del disturbo alimentare [5, 25, 27, 28]. Per questo motivo ai genitori delle pazienti affette da DCA che vivono in casa con le proprie figlie, viene sempre

offerto di partecipare ad un percorso di CPA di gruppo o individuale (singola coppia di genitori) dove i genitori vengono coinvolti nel processo di cura come dei co-terapeuti indispensabili per il percorso di guarigione.

Inizialmente viene proposto loro un incontro di gruppo informativo di tipo psicoeducazionale. Questo è la prima tappa, precede il counseling vero e proprio ed ha lo scopo di fornire una spiegazione relativa delle principali caratteristiche dei disturbi alimentari, delle strutture che compongono il centro pilota regionale per i disturbi alimentari (ambulatorio, day hospital, reparto ospedaliero), descrivere le procedure di valutazione, il tipo di percorso terapeutico offerto secondo il modello di rete e fornire le principali indicazioni comportamentali nella gestione di un disturbo alimentare.

Alla fine del gruppo informativo viene proposto ai genitori di sottoporsi ad un percorso di counseling adleriano individuale e di gruppo. In genere, prima di iniziare il counseling di gruppo, ogni coppia di genitori viene indirizzata ad una o due sedute di counseling individuale, in modo da effettuare una valutazione del “sistema” famiglia, al fine individuare le problematiche emergenti e motivare i genitori al “lavoro” di équipe. Sulla base della valutazione è quindi possibile stabilire il progetto terapeutico adatto ad ogni singolo caso e valutare se continuare il counseling con un percorso di tipo individuale, rivolto alla singola coppia di genitori oppure con un percorso di gruppo. Nel primo caso si tratta di sedute con la singola coppia di genitori della durata di circa un’ora in numero variabile a seconda delle situazioni (da due a venti). Il counseling di gruppo ha invece una durata di otto incontri a cadenza settimanale di un’ora e mezza ciascuno. Prima di ciascun tipo di intervento vengono somministrati ai genitori dei tests di autovalutazione riguardanti la personalità, la psicopatologia e la qualità della vita correlata al DCA della figlia. Gli stessi tests vengono ri-somministrati al termine di ciascuna fase del percorso per verificarne l’effettiva utilità. Anche l’adesione al percorso viene stimolata, motivata e monitorata per individuare eventuali problematiche connesse all’intervento stesso.

IV. Conclusioni

La famiglia ha bisogno di una presa in carico complessivamente in senso specifico *incoraggiante* [48] che consideri le sue dinamiche, come possibili determinanti, ma specialmente come conseguenza *scoraggiante* della malattia del figlio/a [35, 56]. I problemi e le sofferenze dei familiari devono essere riconosciute e definite ed i membri della famiglia devono essere guidati nella gestione del disturbo alimentare. Il senso di colpa dei genitori e dei parenti va riconosciuto, accolto e persino confortato perché diventi occasione di maturazione psicologica dei genitori e per evitare le conseguenze negative sulle relazioni familiari. Inoltre le gio-

vani donne affette da un disturbo alimentare in età adolescenziale (con età superiore a 16 anni) ricercano la definizione di un'identità indipendente e mal sopportano la necessità di una terapia familiare. Così il counseling parenterale adleriano (CPA) può rappresentare una risposta adeguata e flessibile alla necessità di prendersi cura della famiglia come un prezioso alleato nel sostenere il percorso di cura del membro interessato.

Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G., QUARANTA, M., NOTARO, G., URANI, F., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2011), Terapia familiare e disturbi del comportamento alimentare nelle giovani pazienti: stato dell'arte, *Giorn. Ital. Psicopat.*, 17: 40-47.
2. ABBATE DAGA, G., QUARANTA, M., MARZOLA, E., CAZZANIGA, G., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2012), Effectiveness of Parental Counseling in Eating Disorders, *British Journal of Guidance and Counseling*, (Submitted).
3. ADLER, A. (1931), Individualpsychologie, in SAUPE, E. (a cura di), *Ein-Führung in die neutre Psychologie* (4a e 5a ed.), Wzickfelgd, Osterwiech-Harz, pp. 399-407.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual Psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale Comparata*, Newton Compton, Roma 1970.
5. AMIANTO, F., FASSINO, S., (2007), Geni, famiglia e psicopatologia della personalità, in FASSINO, S., DELSEDIME, N. (a cura di), *La famiglia è malata?*, C.S.E., Torino, pp. 48-62.
6. ANGELINI, G., BERGANTIN, P. (1992), La terapia della famiglia nelle situazioni di crisi individuale, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La Costellazione Familiare, Atti del 5° Congresso Nazionale Società Italiana di Psicologia Individuale*, Stresa (NO), 8-9 Maggio 1992, pp. 69-78.
7. ANSBACHER, H. L., ADLER, A. (1987), Unterscheidung zwischen psychoanalytischer Methode freudscher Theorie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 12: 233-243.
8. BATEMAN, A., FONAGY, P. (2003), Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated with Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization versus General Psychiatric Care, *Am. J. Psychiatry*, 160(1):169-171.
9. BERG, M. L., CROSBY, R. D., WONDERLICH, S. A., HAWLEY, D. (2000), Relationship of Temperament and Perceptions of Nonshared Environment in Bulimia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 28:148-154.
10. BERTRANDO, P., TOFFANETTI, D. (2000), *Storia della terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano.
11. BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and Loss (Vols. I, II, and III)*, Hogarth Press, London.
12. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, Guilford Press, New York.

13. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-989.
14. CLONINGER, C. R., PRZYBECK, T. R., SVRAKIC, D. M., WETZEL, R. (1994), *The Temperament and Character Inventory (TCI): a Guide to its Development and Use*, Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, MO.
15. CLONINGER, C. R. (2007), Spirituality and the Science of Feeling Good, *South Med. J.*, 100(7): 740-743.
16. DE PANFILIS, C., RABBAGLIO, P., ROSSI, C., ZITA, G., MAGGINI, C. (2003), Body Image Disturbance, Parental Bonding and Alexithymia in Patients with Eating Disorders. *Psychopathol.*, 36: 239-246.
17. DEWAN, M. J., STEENBARGER, B. N., GREENBERG, R. P. (2004), *Art and Science of Brief Psychotherapies*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
18. DREIKURS, R. (1967), *Psychodynamic, Psychotherapy and Counseling*, Alfred Adler Institute, Chicago.
19. EISLER, I., DARE, C., HODES, M., RUSSELL, G., DODGE, E., LE GRANGE, D. (2000), Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: the Results of a Controlled Comparison of Two Family Interventions, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41: 727-736.
20. ERICKSON, M. H. (1982), *Opere* vol. I, Astrolabio, Roma.
21. FASSINO, S. (1992), Famiglia interna e famiglia esterna: conflitti relazionali nei disturbi narcisistici, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La Costellazione Familiare, Atti del 5° Congresso Nazionale Società Italiana di Psicologia Individuale*, Stresa (NO), 8-9 Maggio 1992, pp. 33-39.
22. FASSINO, S., PIERÓ, A., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., MORTARA, P., ROVERA, G. G. (2002), Attentional Biases and Frontal Functioning in Anorexia Nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 31(3): 274-283.
23. FASSINO, S., SVRAKIC, D., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., STANIC, S., ROVERA, G. G. (2002), Anorectic Family Dynamics: Temperament and Character Data, *Comprehensive Psychiatry*, 43(2):114-120.
24. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., LEVI, M., ROVERA, G. G. (2003), Bulimic Family Dynamics: Role of Parents' Personality. A Controlled Study with the Temperament and Character Inventory, *Comprehensive Psychiatry*, 44(1): 70-77.
25. FASSINO, S., DELSEDIME, N. (2007), *La famiglia è malata? Interazioni persona, famiglia e società*. C.S.E., Torino.
26. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Panminerva Med.*, 50(2):165-175.
27. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., (2009), The Dynamic Relationship of Parental Personality Traits with the Personality and Psychopathology Traits of Anorectic and Bulimic Daughters, *Comprehensive Psychiatry*, 50(3): 232-239.
28. FASSINO, S. (2010), Psychosomatic Approach is the New Medicine Tailored for Patient Personality with a Focus on Ethics, Economy, and Quality, *Panminerva Med.*, 52(3): 249-264.
29. FONAGY, P., TARGET, M. (1999), *Psychoanalytic Theories of Personality and its Development*, Whurr Publications, London.

48 F. Amianto, A. Bertorello, A. Spalatro, G. Cazzaniga, A. Bianconi, S. Cavarero, C. Signa, G. Abbate Daga, S. Fassino

30. FULCHERI, M., SANGUINI, A., (1992), L'influenza della costellazione familiare nelle modalità relazionali terapeutiche, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La Costellazione Familiare, Atti del 5° Congresso Nazionale Società Italiana di Psicologia Individuale*, Stresa (NO), 8-9 Maggio 1992, pp. 33-39.
31. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2002), Developments in Cognitive Neuroscience: I. Conflict, Compromise and Connectionism, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50: 53-98.
32. GABBARD, G. O. (2005), Mind, Brain, and Personality Disorders, *American Journal of Psychiatry*, 162: 648-655.
33. GIUSTI, E., MONTANARI, C., IANNAZZO, A. (2001), Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine, Masson, Milano.
34. GORTON, G. E. (2000), Psychodynamic Approaches to the Patient, *Psychiatric Services*, 51: 1408-1409.
35. HERU, A. M. (2006), Family Psychiatry: from Research to Practice, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-968.
36. LE GRANGE, D., EISLER, I., DARE, C., RUSSELL, G. (1992), Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa: A Pilot Study, *International Journal of Eating Disorder*, 12: 347-357.
37. LE GRANGE, D., (2005), The Maudsley Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa, *World Psychiatry*, 4: 142-146.
38. LE GRANGE, D., CROSBY, R. D., RATHOUZ, P. J., LEVENTHAL, B. L. (2007), A Randomized Controlled Comparison of Family-Based Treatment and Supportive Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa, *Arch. Gen. Psychiatry*, 64:1049-1056.
39. LERDA, S., GENTILE, M., ZULLO, G., MUNNO, D. (2008), Il "sentimento dissociato": aspetti teorico-clinici e interventi terapeutici, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 27-39.
40. LOCK, J., COUTURIER, J., AGRAS, W. S. (2006), Comparison of Long-Term Outcomes in Adolescents with Anorexia Nervosa Treated with Family Therapy, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6): 666-672.
41. MACE, C., BINYON, S. (2005), Teaching Psychodynamic Formulation to Psychiatric Trainees. Part 1: Basic of Formulation, *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 416-423.
42. MAKOVER, R. B. (1996), *Treatment Planning for Psychotherapist*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
43. MILLER, L. A., TABER, K. H., GABBARD, G. O., HURLEY, R. A. (2005), Neural Underpinnings of Fear and its Modulation: Implications for Anxiety Disorders, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17(1):1-6.
44. RORTY, M., YAGER, J., ROSSOTTO, E., BUCKWALTER, G. (2000), Parental Intrusiveness in Adolescence Recall by Women with a History of Bulimia Nervosa and Comparison Women, *Int. J. Eat. Disord.*, 28: 202-208.
45. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria. *Rassegna di Ipnosi, Minerva Medica*, 75: 1-9.
46. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
47. ROVERA, G. G. (1992), La costellazione familiare tra individuo e società, in MASCETTI, A., ZIGHETTI, M. (a cura di), *La Costellazione Familiare, Atti del 5° Congresso Nazionale Società Italiana di Psicologia Individuale*, Stresa (NO), 8-9 Maggio 1992, pp. 9-17.

48. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
49. RUSSELL, G. F., SZMUKLER, G. I., DARE, C., EISLER, I. (1987), An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 1047.
50. SHERMAN, R., DINKMEYER, D. (1987), *Systems of Family Therapy: An Adlerian Integration*, Brunner-Routledge, New York.
51. SIMONELLI, B., CAIRO, E., FASSINA, S., FERRERO, A. (2011), G-APP. Group-Adlerian Psychodynamic Psychoeducation per genitori di adolescenti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 77-101.
52. SPERRY, L. (1989), Contemporary Approaches to Brief Psychotherapy: A Comparative Analysis, *Individual Psychology*, 45: 325.
53. SVRAKIC, D. M., DRAGANIC, S., HILL, K., BAYON, C., PRZYBECK, T. R., CLONINGER, C. R. (2002), Temperament, Character, and Personality Disorders: Etiologic, Diagnostic, Treatment Issues, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106:189-195.
54. SVRAKIC, D. M., STANIC, S., FASSINO, S., CLONINGER, C. R. (2003), Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research, Part I, Psychobiology of Temperament and Character, in *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker Inc., New York, pp. 117-148.
55. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 1: 3-31.
56. TREASURE, J., WHITAKER, W., TODD, G., WHITNEY, J. (2010), A Description of Multiple Family Workshops for Carers of People with Anorexia Nervosa, *European Eating Disorders Review*, 20(1): 17-22.
57. WATTS, R. E., PIETRZAK, D. (2000), Adlerian "Encouragement" and the Therapeutic Process of Solution-Focused Brief Therapy, *Journal of Counseling and Development*, 78: 442-447.

Federico Amianto
Dipartimento di Neuroscienze
Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: federico.amianto@unito.it