

Il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare secondo la prospettiva della Psicologia Individuale

SECONDO FASSINO, ANDREA PIERÒ, ALESSIA NOVELLI,
ANNALISA BRUSTOLIN, ELENA BARBIERI, GIOVANNI ABBATE DAGA

Summary – EATING DISORDER TREATMENT ACCORDING TO AN INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE. The present article points to summarize the current knowledge about eating disorders pathogenesis and topical therapeutical strategies. Moving from an individual psychological point of view the authors describe the integrated treatment of ED according to the biopsychosocial approach.

Keywords: EATING DISORDERS, BULIMIA, ANOREXIA

1. Patogenesi

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), vera e propria “epidemia sociale” degli anni ‘80 e ‘90 [51], presentano ancora oggi numerosi problemi di configurazione psicopatologica e di trattamento. Il sistema nosografico maggiormente utilizzato in psichiatria [6] classifica tra i *Disturbi dell’Alimentazione* tre quadri patologici: l’Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e i Disturbi Alimentari Non Altrimenti Specificati (DCA NAS). Nonostante la classificazione categoriale, questi disturbi si presentano spesso in un “continuum psicopatologico” [38] che riguarda una cangiante strutturazione “ibrida” del Sé (narcisistico-borderline-isterica-ossessiva), che talora si presenta come patologia associata [5].

I. 1. *Fattori biologici.* I DCA sono disturbi che si manifestano quasi esclusivamente nel sesso femminile, anche se lo studio delle forme maschili di AN ha fornito risultati interessanti [34]. Alla base di tale diversità d’incidenza vi potrebbero anche essere differenze biologiche ancora da approfondire. Il riscontro di alterazioni biologiche e neurotrasmettitoriali nei pazienti con DCA è stato ampia-

mente descritto dalla letteratura [8, 9, 18, 67, 92]; la discussione, tuttavia, è ancora aperta riguardo la natura primitiva o secondaria di tali alterazioni obiettive [16, 58] e il loro ruolo nel mantenimento della sintomatologia nel tempo e del rischio di ricadute.

Il modello adleriano riconosce nelle pazienti affette da DCA una “propensione biologica” [60] a sviluppare il disturbo alimentare. Ciò va inteso nell’ottica di un “determinismo morbido” ove si presuppone che le componenti biologiche siano rilevanti, ma non sufficienti. In altre parole, “l’inferiorità d’organo” [3] non va considerata tanto in senso biologico stretto, quanto appunto in senso bio-psico-sociale [63]. Tali evidenze sono confermate dagli studi condotti su famiglie [59] e gemelli [15] che hanno mostrato come non esista una “predisposizione genetica” di per sé in grado di determinare lo sviluppo dei DCA senza l’intervento di fattori ambientali e culturali.

I. 2. *Fattori socio-culturali e il ruolo della famiglia.* I DCA rappresentano un gruppo di disturbi che spesso risultano non soltanto “compatibili” con il contesto culturale in cui si manifestano, ma anzi possono essere visti come un veicolo comunicativo socialmente riconosciuto ed “apprezzato”. Il contesto socioculturale favorisce un investimento dell’individuo su aspetti quali la cura del corpo, il mantenimento di una forma corporea efebica ed androgina attraverso l’associazione sempre più frequente tra competitività e magrezza. Ciò avviene anche grazie alle capacità persuasive dei *media*, prima tra tutti la televisione, “cattiva maestra” [79], che favoriscono e diffondono stili di vita fondati sull’apparenza, sull’intolleranza, sul “tutto subito”, verso un’illusoria facilità del vivere, che poggia sulla scissione tra metodi e obiettivi esistenziali e sulla trasgressione [89].

Inoltre, una cultura maschilista, che si sente improvvisamente minacciata dall’autoaffermazione femminile, promuoverebbe l’ideale della magrezza femminile con l’intento di “mantenere le donne al loro posto”. In questo contesto, il digiuno e soprattutto le abbuffate possono costituirsi come una “protesta femminile” volta a recuperare il potere sul proprio corpo, ed in definitiva sulla propria identità, attraverso atteggiamenti liberatori [70].

I DCA, come più in generale i disturbi di personalità “borderline”, sarebbero il risultato di un’interazione dinamico-strutturale [50, 51, 74] tra *individuo, famiglia e società*, in cui famiglie scissionali sono il prodotto di una cultura fatta di valori e simboli guida troppo contraddittori e discordanti. Lo studio del ruolo patogenetico della famiglia nei DCA ha fornito evidenze molto importanti. Tra gli autori che più hanno contribuito a delineare le caratteristiche delle famiglie di pazienti affette da DCA spiccano [12, 75, 95], con contributi sulle cosiddette “famiglie psicosomatiche”.

In generale, i genitori di pazienti con DCA non sarebbero in grado di fornire alle figlie una relazione calda, non viziante ed empatica che favorisca la maturazione della personalità e la formazione dell'identità, attraverso l'integrazione armonica degli elementi del Sé in formazione [29]. In una prospettiva adleriana si è osservata l'incapacità delle famiglie a riconoscere ed affrontare i conflitti: il *diniego* e l'*evitamento* delle problematiche esistenti sarebbero funzionali ai membri della famiglia per preservare un'immagine ideale di perfezionismo costituita dalla famiglia "felice e coesa", in cui un falso sentimento sociale maschera una celata Volontà di Potenza. Uno strisciante senso d'inadeguatezza condurrebbe verso lo sviluppo di dinamiche familiari segnate da una confusione dei ruoli e delle responsabilità [17]. I padri delle pazienti affette da DCA, spesso distratti e talora ostili, sono resi insicuri dai valori obbliganti del successo e dell'apparenza: la figlia potrebbe allora assumere il ruolo di realizzatrice delle ambizioni paterne, in una dinamica d'eccessiva protezione, controllo e atteggiamenti vizianti [16, 60]. Le madri, "sole" e disorientate, incerte della propria identità, agirebbero un legame simbiotico con la figlia o, al contrario, un'espulsione affettiva precoce. La famiglia, soprattutto della paziente bulimica, sarebbe fonte di distorsioni comunicative e confusive dove, sotto una facciata "quasi perfetta", potrebbero essere mascherati modelli sessuali caotici, fino all'abuso sessuale [47], conflitti profondi non superati da parte di entrambi i genitori, vissuti di tipo proiettivo verso l'esterno [80]. Padri e madri di pazienti anoressiche presentano un livello peculiarmente basso della dimensione caratteriale dell'Autodirettività [40], come pure le madri delle pazienti bulimiche, mentre i padri di quest'ultime presenterebbero alterazioni temperamentali della Persistenza [37].

I. 3. *Personalità, aspetti intrapsichici, rabbia e aggressività.* La complessità dei DCA ha condotto alcuni Autori a studiarne la personalità secondo i due modelli d'approccio tradizionalmente impiegati in ambito psichiatrico. Il primo è l'approccio categoriale, che ha come obiettivo la diagnosi di Disturbi di Personalità in Asse II [6] che, qualora presenti, possono influenzare il decorso del disturbo, l'esito dei trattamenti [7] e la variabilità dei quadri clinici dei DCA [78, 81]. Il secondo è l'approccio dimensionale che ha l'obiettivo di delineare un profilo personale di base che rende un soggetto più a rischio di esprimere un DCA [20].

L'approccio categoriale ha rilevato una prevalenza di disturbi di Cluster C tra 0% e 22% [53, 54] nell'AN e una prevalenza di Disturbi di Cluster B nel 2% - 50% di pazienti bulimiche [66]. La presenza di disturbi di personalità in Asse II rende spesso più difficoltosi i trattamenti e, in particolare, sembra che le pazienti affette da DCA e da un concomitante Disturbo di Personalità tendano ad avere una prognosi peggiore in termini di durata di malattia e gravità della psicopatologia associata, anche dopo remissione [35]. L'approccio dimensionale è stato condotto da Autori attraverso il *Tridimensional Personality Questionnaire* (TPQ) ed il *Temperament and Character Inventory* (TCI), sviluppati da Cloninger [19, 21] che

consentono di integrare tra loro gli aspetti bio-psico-sociali dell'origine dei disturbi psichici, in quanto le influenze genetico-biologiche sono considerate come assolutamente interconnesse con quelle dinamico-ambientali [14, 20, 34, 39].

Le pazienti anoressiche si caratterizzano per l'alto Evitamento del Danno, la bassa Ricerca della Novità e l'alta Dipendenza dal Riconoscimento [10, 13, 17, 61, 99], per bassi punteggi di Autodirettività ed alti valori di Persistenza [23]. Le pazienti bulimiche si caratterizzano, come le anoressiche, per punteggi elevati nell'Evitamento del Danno [76, 103]; si distinguono invece per alta Ricerca di Novità [13] e per punteggi superiori nella Dipendenza dal Riconoscimento [10] ed inferiori nell'Autodirettività [13, 24].

Adler definì l'anoressia una malattia attraverso la quale si esprime una veemente rivolta di soggetti ambiziosi ma scoraggiati: suicidio camuffato. Lo scopo che traduce l'intero atteggiamento è il rifiuto del ruolo femminile. Il rifiuto degli alimenti è un mezzo per acquisire potenza [2]. Tuttora questo sembra essere l'asse portante della dinamica intrapsichica e interpersonale dell'anoressia. Le pazienti con DCA 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 [12].

Nella prima e seconda adolescenza si slatentizza così un'accentuata difficoltà a raggiungere l'identità e l'autonomia psicologica con la costituzione di un Sé-Stile di Vita fittizio di *bambina buona e perfetta* [60] e con la comparsa dei sintomi dell'anoressia. La privazione di nutrimento, il vomito, l'estenuante attività fisica sono un attacco al falso Sé e affermazione di un nascente vero Sé mediante istanze aggressivo-distruttive al Sé corporeo e al corpo.

La compromissione progressiva delle strutture organiche dovute al calo ponderale provoca compensazioni psichiche patologiche e alterazioni somatopsichiche (linguaggio degli organi) d'importanti funzioni: percezione, attenzione, pensiero e volontà [39]. Inconsapevolmente tali pazienti fanno del proprio corpo uno strumento di ribellione, di controllo delle dinamiche familiari, di manifestazione silenziosa per la propria sofferenza. Esso è talora vissuto come appartenente ai genitori (nuclei psicotici) ed una Volontà di Potenza distorta diviene aggressività maligna inconsciamente rivolta alla distruzione dei genitori tramite la distruzione di sé. Si consolida una struttura autolesiva del "Sé adulto femminile" (Sé normativo perverso).

L'Ideale del Sé rimane estremamente esigente e rigido, permeato da sentimenti d'onnipotenza [86], ma il fallimento della "meta finzionale" infantile di un sim-

bolico corpo perfetto, bello ed invulnerabile, provoca una vertiginosa “caduta catastrofica” [104]. La ribellione distruttiva rimarrebbe però “socialmente accettabile” [16], espressa attraverso il corpo, generalmente incompresa dall’ambiente circostante. Il risultato è un tentativo onnipotente di ottenere approvazione ed al contempo ribellarsi, di realizzare una “insana compensazione” dei propri sentimenti di vuoto e solitudine [52, 60].

Per la bulimia è controversa la distinzione oppure il *continuum* psicopatologico dinamico con l’anoressia. Gli aspetti borderline di personalità sembrano diffusi. Corpo e cibo sarebbero usati come difese verso una vita adulta matura, con regressione, fissazioni narcisistiche e componenti sado-masochistiche espresse sia in atteggiamenti autodistruttivi che in altri comportamenti ritenuti equivalenti bulimici (cleptomania, abuso di sostanze, sessualità promiscua). L’alterazione degli impulsi è quindi più marcata: un Sé normativo più debole, un Concetto di Sé meno strutturato non arginano una Volontà di Potenza distorta. Spesso vi sono tratti depressivi sia da perdita che da vuoto ma, su un piano sociale, spesso la bulimica può mascherare il proprio disagio dietro un apparente successo nelle aree della vita.

In realtà si riscontra timore dell’intimità, isolamento e scarso sentimento sociale [68]. Forte coinvolgimento seguito da ritiro è la caratteristica dello Stile di vita: esso presenta una linea direttrice rivolta soprattutto ad evitare l’abbandono, che è ritenuto intollerabile per gli effetti disgreganti sul Sé. Nelle bulimiche risulta inoltre maggiore l’aggressività verso genitori interiorizzati. Essa, rivolta contro il proprio corpo, deriverebbe da un atteggiamento masochistico con motivazioni inconsce di tipo ostile e sadico correlate alla profonda angoscia di separazione. L’origine dei bisogni masochistici di punizione potrebbe essere motivata anche dalla rabbia inconscia verso le figure genitoriali. L’abbuffata e la sua cancellazione mediante il vomito, risultanti in una perversa aggressione al corpo, appaiono così come un tentativo onnipotente di amore/odio totale.

I tratti comuni ad anoressia e bulimia riguardano *volontà di potenza* distorta, *meta* ipercompensatorie, impoverimento del *sentimento sociale*, *aggressività* maligna, *identità* psicosessuale e corporea imperfetta. Vi è un anomalo concetto di Sé: esso conseguirebbe ad un’insufficiente comunione funzionale tra madre e bambino. In alcune situazioni questa non esiste addirittura, oppure il processo di separazione è fallito, oppure questa comunione funzionale si è conclusa in modo negativo: di qui si formerebbe un’identità del Sé precoce, ma fortemente precaria. L’ambiente appare minaccioso e rafforza una forte ambivalenza relazionale: accentuata vicinanza e lontananza emotiva. In quest’ottica, la Psicologia Individuale identifica nel Sé corporeo [97] una delle organizzazioni psichiche che articolerebbe gli aspetti psicostrutturali, psicosociali e familiari delle pazienti [85, 86]. Tale concezione si riallaccia alle ipotesi dispercettive [11] che evidenziano nei pazienti con

DCA l'incapacità di sentirsi padroni dei comportamenti, dei bisogni, degli impulsi ed in definitiva del proprio corpo.

Nei DCA vi sarebbe una scorretta percezione della propria immagine di Sé e del proprio ruolo. L'autostima sarebbe, perciò, fragilissima, patologicamente dipendente dall'estetica e dal funzionamento corporeo, quasi sempre "in scacco" davanti ad un Sé grandioso narcisistico [62]. A ciò si accompagnerebbe internamente l'incapacità a distinguere anche le sensazioni aggressive e sessuali, che verrebbero, quindi, confusivamente vissute come fame e/o sazietà. Rabbia e depressione, unitamente a una sensazione di "vuoto psico-strutturale", non permetterebbero perciò la maturazione dell'assetto psicosessuale della femminilità adulta, ma manterrebbero una dipendenza regressiva e mete infantili onnipotenti.

Il termine "aggressività" si riferisce a un'ampia gamma di comportamenti che possono svolgere funzioni diverse nell'adattamento dell'uomo alla realtà che lo circonda. Il termine "aggressione" può descrivere sia l'adattamento all'ambiente in modo attivo, creativo e disponibile, sia il comportamento negativo e distruttivo [65]. Nel linguaggio psicomodinamico il termine aggressività è sinonimo o di pulsione o di reazione a una pulsione frustrata. Adler [1] aveva avanzato in un primo momento l'idea che l'aggressività fosse una pulsione innata o primaria e, in seguito a successive rielaborazioni, teorizzò che tutti i modelli comportamentali sorgessero dall'interagire di due istanze (Volontà di Potenza e Sentimento Sociale), in risposta a profondi sentimenti d'inferiorità.

Una Volontà di Potenza distorta avrebbe prodotto un discontrollo dell'aggressività, così come un aumento dell'aggressività avrebbe contribuito a una Volontà di Potenza non adattativi. Nei DCA impulsività, aggressività e rabbia sono sempre importanti elementi psicopatologici [42, 101]. Le pazienti affette da DCA spesso sono autocritiche e per alcune di loro il disturbo alimentare può rappresentare una forma di rabbiosa protesta nei confronti di un'autorità esterna [55]. Le azioni impulsive possono essere correlate alla difficoltà nell'esprimere i vissuti aggressivi [99, 101] e a modalità di funzionamento di personalità caratteristiche dei disturbi psicosomatici [34]. L'ostilità, la bassa tolleranza alla frustrazione e l'aggressività delle pazienti affette da DCA sarebbero un modo di relazionarsi che, almeno in parte, deriva dalle distorte modalità relazionali familiari [96] e dalle esperienze infantili [100, 101]. Le pazienti bulimiche mostrano più alta impulsività rispetto alle anoressiche, e tra le pazienti bulimiche quelle meno impulsive rispondono più rapidamente ai trattamenti [26], ma hanno più frequenti ricadute.

Recenti studi condotti presso il Centro Pilota per la Diagnosi e la Cura dei Disturbi Alimentari dell'Università di Torino hanno mostrato come, a livello temperamentale, le pazienti affette da BN sembrano più predisposte ai sentimenti di rabbia, soprattutto in risposta a situazioni vissute come svalutanti e di attac-

co alla propria autostima; emerge inoltre una tendenza a esprimere impulsivamente all'esterno la rabbia sia nei confronti degli oggetti che delle persone [34], accompagnata da una bassa tolleranza alla frustrazione. Le pazienti anoressiche hanno invece una tolleranza patologicamente alta nei confronti di frustrazione e svalutazione, tendendo a negare e reprimere i sentimenti di rabbia, ed appaiono poco differenti rispetto a controlli sani in termini di livello di rabbia. Le bulimiche sarebbero così più extrapunitive, le anoressiche intrapunitive: in realtà le differenti modalità di gestione della rabbia rappresentano due facce della stessa medaglia ed entrambe paiono modalità "immature" e "pericolose", frutto di uno Stile di Vita poco adattivo, poco creativo ed eccessivamente unilaterale. Molte pazienti affette da DCA (sino al 50%) interrompono precocemente i trattamenti, ed in particolare le psicoterapie, mentre spesso sono assidue frequentatrici di ambulatori dietologici ed endocrinologici, preferendo un approccio polarizzato sul corpo, che non intacca la propria struttura difensiva e che preserva una situazione di maggiore "sicurezza". La mancata presa di consapevolezza, seppur parziale, delle dinamiche sottese al disturbo, rappresenta nei DCA un indice prognostico negativo [7], soprattutto in relazione a un maggior rischio di ricadute. Le pazienti che interrompono la terapia sono più arrabbiate ed hanno più difficoltà a gestire e riconoscere i sentimenti aggressivi, ma anche in questo caso tali difficoltà sembrano dipendere dalla presenza di tratti caratteriali più disturbati e disturbanti [35].

II. *Articolazione dell'intervento terapeutico*

II. 1. *L'approccio alla paziente con DCA.* La caratteristica principale negli interventi sui DCA è la personalizzazione della strategia terapeutica: in accordo con l'assunto adleriano dell'unicità dell'individuo [3], ogni paziente necessita di un apposito programma strategico individuale. Tale assunto va inserito nel modello di intervento proposto oggi per il trattamento dei disturbi psichiatrici, il modello bio-psicosociale [25], multifattoriale [48], di Rete [90], per cui all'intreccio eziopatogenetico di nodi causativi biologici, psicologici e sociofamiliari, dovrebbe corrispondere una strategia terapeutica che articoli in maniera non contraddittoria e non iatrogenica trattamenti nutrizionistici, farmacologici, psicoterapeutici e socioriabilitativi.

Per "strategia" s'intende un progetto terapeutico elaborato in seguito a una valutazione psichiatrica e medica complessiva ed adeguato alla patogenesi multifattoriale. Tale progetto deve prevedere frequenti raccordi di coordinamento tra i terapeuti coinvolti: psicoterapia a fasi (1° psicoterapeuta individuale) associata o no a psicofarmacoterapia, interventi del medico-nutrizionista, supporto psicoterapeutico alla famiglia (2° psicoterapeuta), eventuali ricoveri in ambiente ospedaliero o *day hospital*.

La natura del disturbo di base nell'AN e nella BN porta le pazienti a cercare il trattamento soltanto dopo che sono state malate per molti anni: i sintomi alimentari e gli effetti sul corpo e sulle emozioni hanno, infatti, una profonda radice autoprotettiva. La restrizione calorica, le abbuffate e le condotte d'eliminazione spesso agiscono come *anestetici psicologici* per negare le affettività negative e rimuoverle dalla coscienza e permettono di soddisfare inconsci bisogni di sicurezza, controllo e rabbia. Come risultato, questi sintomi di DCA tendono ad automantenersi, auto-rafforzarsi, e non infrequentemente divengono intrattabili, cronici ed inaccessibili al trattamento [57]. Le pazienti sono disponibili a rinunciare a queste autoprotezioni solo in cambio di un equivalente "rifornimento emotivo di amore e tenerezza" [77]: è perciò indispensabile rivolgere una particolare attenzione alle resistenze, che nascono dall'ambivalenza e dall'egosintonia e che rendono necessarie una variazione del piano terapeutico e un'attenta modulazione del controatteggiamento.

II. 2. *La rete dei curanti*. Nelle fasi iniziali del trattamento è di primaria importanza arrestare le situazioni acute d'emergenza e d'urgenza e costituire la rete dei curanti [33]. L'obiettivo è costruire una relazione terapeutica vissuta come affidabile dalla paziente, iniziando da un lato ad analizzare il più precocemente possibile le dinamiche individuali così come si delineano nello Stile di vita di questa [60, 68], dall'altro ad arrestare la regressione somatopsichica del Sé attraverso una terapia psicofarmacologica e nutrizionale. Tali interventi, inquadrabili come afferenti al polo supportivo delle dinamiche tra il gruppo dei terapeuti e la paziente, ha lo scopo di contenere le angosce e le istanze distruttive della paziente e dei familiari e di fornire possibilità di adattamento e sviluppo della cooperazione della paziente.

Un *primo terapeuta* imposta una terapia psicofarmacologica, che deve essere sempre affiancata da una riabilitazione nutrizionale, poiché lo stato di denutrizione porta all'inefficacia di tali terapie [7]. Il *medico nutrizionista* cura i sintomi del calo ponderale e delle condotte d'eliminazione e avvia talvolta una vera e propria riabilitazione dello stile alimentare. Le terapie nutrizionali e farmacologiche hanno anche un rilevante significato "relazionale": il farmaco, le prescrizioni alimentari ed i ripetuti controlli ematochimici rappresentano spesso sia un ostacolo che un veicolo alla relazione terapeutica e ai movimenti transferali e controtransferali.

Quasi sempre i farmaci e gli interventi nutrizionistici svolgono anche la funzione di "controatteggiamento protesico" da parte del terapeuta, per prevenire in questi lo scoraggiamento e la disperazione possibili durante la psicoterapia di gravi pazienti con DCA. Il primo terapeuta inizia anche una psicoterapia individuale che nel corso del trattamento potrà spostarsi dal versante supportivo a quello espressivo. Gli interventi intensivi (smascheramento delle mete fittizie tramite interpretazione, confronto, analisi del transfert, dei sogni etc.) sono attuati

solo se utili alla creazione di un'alleanza terapeutica, soprattutto nelle fasi avanzate del percorso psicoterapeutico e comunque quando il BMI sia uguale o superiore a diciotto.

Un *secondo terapeuta* fornisce un appoggio più o meno strutturato ai genitori. Il coinvolgimento della famiglia rappresenta un importante intervento supportivo, tanto più utile quanto più è giovane la paziente e non vi è cronicizzazione [91]. I familiari, infatti, rappresentano parte rilevante degli aspetti realmente positivi o negativi della situazione esistenziale della paziente (spesso "paziente designata") nella misura in cui sono in grado di non colludere con lei, di non accettare di essere il ricettacolo supino o lo schermo respingente dei suoi bisogni scissi e proiettati, giocano un ruolo decisivo di sostegno o d'ostacolo al lavoro terapeutico. Fra i due terapeuti, e fra questi ed il medico nutrizionista, deve esistere un buon rapporto, una vera "alleanza", per evitare il rischio di caos comunicativo iatrogenico e di rafforzamento delle tendenze scissionali di alcune pazienti. Compito principale del terapeuta dei genitori è tradurre i messaggi d'aggressività e aiuto della paziente, favorendo lo sviluppo di frammenti comunicativi più comprensibili e partecipativi tra i familiari. Il secondo terapeuta interviene direttamente mediante suggerimenti, spiegazioni clinico-psicopatologiche sul disturbo della figlia, sulla terapia farmacologica e psicologica. Egli spesso stabilisce regole per l'atteggiamento dei genitori, con l'intento implicito di attenuare il sistema dell'angoscia e fornire un *set* relazionale più stabile e fruibile per la figlia.

III. *L'intervento psicoterapeutico*

III. 1. *Il controatteggiamento del terapeuta.* Quest'alleanza di fondo terapeutica-paziente sembra necessaria, pena il fallimento, persino alla buona riuscita anche delle proposte cognitivo-comportamentali rivolte al controllo dei sintomi. I pazienti con DCA sono considerati difficili da trattare per molte ragioni, e più di qualsiasi altro disturbo psichiatrico, evocano talora intensi sentimenti d'ostilità, rabbia, disperazione e *stress* nel terapeuta [44, 49, 56]. Le cause sottostanti di queste reazioni controtransferali negative sono poco esplorate; per questo suscita interesse lo studio psicopatologico della personalità e dei profili specifici della rabbia e dell'impulsività delle pazienti che interrompono o che non sono responsive alle cure [32, 34, 36]. Nella gestione di tali pazienti gli aspetti legati al controatteggiamento del terapeuta sono di notevole importanza. Come per altri disturbi, il controatteggiamento può talora essere esplicitato chiaramente mediante commenti d'approvazione o riprovazione e la trasmissione verbale e non verbale del proprio stato emotivo [41].

Le ragioni per le reazioni negative nei confronti di queste pazienti sono complesse. In una classica descrizione dell'esperienza nel trattamento di pazienti con AN,

Meyer e Weinroth [72] descrivono il fatto che un *outcome* favorevole non è tanto basato sul fornire *insight* psicologici complessi quanto piuttosto sul provvedimento di calore umano ed il soddisfacimento del desiderio di attenzione che queste pazienti cercano dai terapeuti. I medici devono imparare ad accettare senza risentimento la possibilità che la loro funzione più importante sia quella di fornire una relazione autentica e leale che si focalizzi sulla qualità di vita e rimuova il sentimento di isolamento e solitudine che queste pazienti provano [57].

Questo tende a porre ai terapeuti pesanti richieste di tempo ed energia, che possono mobilitare intense reazioni ostili. Parenti ansiosi e richiedenti possono ulteriormente aggiungersi al senso di disperazione che può accompagnare l'esperienza terapeutica con questi pazienti. Un adeguato approccio psicoterapeutico con pazienti AN e BN richiede qualcuno che sia disposto a dedicare una grande quantità di tempo e sforzo e che sia preparato ad accettare la frustrazione ed il fallimento a dispetto di tale investimento [57]. Inoltre, la letalità dei DCA richiede una costante sorveglianza controtransferale sia delle angosce di morte che del furore terapeutico che tutto vuol guarire.

Il terapeuta non deve dimenticare che i sintomi alimentari rappresentano un precario equilibrio per la paziente e perciò deve elaborare i propri vissuti controtransferali d'impotenza, paura e delusione, facendo attenzione a non pretendere l'aumento di peso o l'attenuazione delle condotte di riduzione ed eliminazione alimentare etc. come segno della propria efficacia. Egli, nel comprendere i sentimenti di vuoto, ripetitività e non incisività indotti dalla paziente, aiuta la stessa a prendere coscienza della disperazione insita nei suoi mezzi fittizi di assicurazione.

Il sesso del terapeuta può ricoprire un ruolo importante nel trattamento di pazienti con DCA. Per le terapeute donne, possono emergere sentimenti di competizione e di invidia nella relazione con pazienti che denigrano i loro corpi, ma che possono essere donne attraenti. La paziente con AN può considerare la terapeuta come un altro competitore nella battaglia senza fine per la magrezza, ricreando con questa relazioni di rivalità, vissute con le sorelle e le madri, su peso e forma corporea, cibo e alimentazione.

Tali problemi possono anche insorgere con i terapeuti uomini, sebbene sia più probabile che una paziente con BN o AN possa inizialmente idealizzarli come rimpiazzo del padre assente. Per le pazienti con anamnesi d'abusi sessuali, il rapporto con un terapeuta uomo è complesso e delicato. Tentando di avere sia controllo e potere nella relazione, sia di distanziarsi dal divenire emotivamente vulnerabile, la paziente può erotizzare la relazione. È importante che il terapeuta sia in grado di lasciar emergere il bisogno profondo di tenerezza che questi vissuti veicolano. Tali vissuti, spesso di tipo arcaico e presessuale, si presentano quando la paziente allenta le difese contro l'angoscia di "non essere" direttamente dal

nucleo profondo, dal *deficit di appartenenza primaria* [27, 94] che ha subito. L'affrontare queste sensibili aree personali senza sessualizzare la relazione - il che rappresenterebbe una ripetizione patogena - può essere talora difficile anche per i terapeuti più esperti.

Per tutti i terapeuti, uomini o donne, vi sono aspetti in pazienti con AN o BN che evocano forti sentimenti negativi che possono contribuire alle difficoltà al trattamento. In terapeuti non connessi empaticamente, le dettagliate descrizioni di vomito, abbuffate, abuso di lassativi o di droghe, che inducono di per sé repulsione e disgusto, possono accrescere i sentimenti negativi verso la paziente [57]. Non infrequentemente, tuttavia, nelle fasi avanzate del trattamento questi aspetti sono riconosciuti come richieste implicite di quell'incondizionata accettazione e *amore* che queste pazienti non hanno percepito da bambine: una richiesta di riparazione che, se fraintesa, rafforza iatrogenicamente il disturbo nucleare. In una ricerca sui trattamenti a rete multimodali in pazienti anoressiche [31] si è ottenuta una buona risposta nella maggioranza delle pazienti trattate dopo i primi sei mesi quando almeno uno dei genitori era assistito con un intervento di *counseling*.

Un altro aspetto rilevante che emerge da questa ricerca riguarda il fatto che i terapeuti hanno una formazione psicodinamica e una volta alla settimana usufruiscono di una supervisione specialmente dedicata alle pazienti con anoressia. Vi è stata poca ricerca sistematica su quali sono le qualità del terapeuta che possono contribuire alle sue reazioni negative nei confronti di un paziente con DCA. Gli anni di esperienza e la dimensione della casistica sembrano importanti mediatori di controtransfert [45]: terapeuti con meno esperienza hanno riportato sentimenti più frustranti e di rabbia rispetto a quelli con maggiore esperienza.

Probabilmente terapeuti con più esperienza hanno una visione più longitudinale di questi disturbi e reagiscono meno negativamente all'esperienza di impotenza e fallimento che queste pazienti talora provocano nel terapeuta più giovane e più bisognoso di conferme. Tali sentimenti negativi sono generalmente predittivi di un *outcome* sfavorevole [46]; il peso di questi fattori rispetto ad altri predittori di non responsabilità negli interventi a sei mesi non deve essere sottovalutato [31]. Un altro fattore associato alle reazioni negative era la dimensione della casistica del terapeuta. Terapeuti che hanno un maggior numero di pazienti DCA nelle loro casistiche hanno riportato più sentimenti che frustrazione, rabbia, stanchezza e manipolazione di quelli con meno pazienti con DCA [57].

III. 2. *Progressione del percorso psicoterapeutico*. In una fase iniziale l'orientamento terapeutico è di tipo supportivo, caratterizzato dalla messa in atto del cosiddetto processo di transmotivazione [82]. Questo procedimento, caratteristico del *processo di incoraggiamento* adleriano, è analogo solo in certi aspetti alla

terapia dell'aumento motivazionale (MET), derivata con successo dal campo delle dipendenze [73], perché rappresenta, più che una tecnica, un peculiare orientamento di tutta la relazione terapeutica.

La paziente con DCA sembra sopportare poco i tentativi seduttivi di mitigare l'unilateralità estremizzata dei propri convincimenti: in questo modo riesce ad orientarsi più facilmente magari in una seconda *fase* dell'intervento. Ciò rimanda al concetto di "modulazione" delle sofferenze [71] secondo la soglia che in quel momento la paziente può sopportare. Come in altri disturbi, dopo diverse *fasi*, spesso si progetta una psicoterapia analitica a tempi indeterminati: attraverso avanzamenti e regressioni, in un clima relazionale di alleanza col *deficit* (stile supportivo di analisi) [83, 93], si interiorizzano questi stili di dialogo interiore. La strategia psicoterapeutica nei DCA prevede [7, 60, 68, 88] un andamento a fasi di cura (cicli di 15 sedute) con alternanza d'interventi supportivi e intensivi. Le accentuazioni più supportive o più espressive si alternano a seconda della condizione clinica della paziente e non sono sempre nettamente separabili tra loro.

Le fasi supportive sono fondate sull'alleanza con il *deficit* [93] dove prevale l'atteggiamento educativo-cognitivo: il terapeuta aiuta la paziente a comprendere gli effetti delle condotte di restrizione ed eliminazione alimentare sulle funzioni cognitive. Nelle fasi espressive, in momenti più avanzati, sono favoriti approfondimenti analitici degli aspetti relazionali. In particolare, per le anoressiche si descrive un pervasivo bisogno di controllo, un *transfert* iniziale generalmente negativo e il diniego o la minimizzazione della condizione di malattia [60].

Il terapeuta attraverso il perdurante atteggiamento anamnestic [28] ricostruisce le dinamiche della costellazione familiare, da cui è possibile ipotizzare quelle intrapsichiche della paziente, ed il funzionamento nelle aree della vita [68]. Durante i successivi miglioramenti, si può rafforzare la terapia con l'analisi dello Stile di Vita per una migliore comprensione dei pattern della personalità della paziente [60]. Nelle anoressiche si possono focalizzare le mete finzionali di un falso Sé caratterizzate da elementi narcisistici e passivo-dipendenti di controllo onnipotente e perfezione assoluta, e le istanze distruttive ed aggressive ad esso collegate.

Nelle bulimiche apparirebbero invece più rilevanti gli aspetti borderline, di disgregazione ed una difficile coesione del Sé espressa tramite la manipolazione del cibo e degli altri. Il terapeuta deve essere in grado di alternare ricorrentemente uno stile relazionale supportivo ad uno espressivo, di analisi, in corrispondenza alle prevalenti modalità deficitarie e scissionali del Sé della paziente. Lo stile supportivo è utile qualora nella struttura psichica prevalgano *deficit*, inferiorità, rifiuto dell'ambivalenza e ricorso costante alla scissione; stili espressivi sono preferibili per prevalenti conflittualità, ambivalenze intrapsichiche e interpersonali.

In un procedimento intermittente a fasi o cicli di sedute (da 10 a 20 sedute per fase e adeguati intervalli [30, 69]) si può giungere ad intensificazioni maggiormente analitiche della cura. Ci si sofferma allora sulle conflittualità e le ambivalenze intrapsichiche ed interpersonali. L'obiettivo della psicoterapia diventerà perciò lo smascheramento delle finzioni, con interventi di confrontazione e di interpretazione rispetto al significato dello stile di vita e delle proprie convinzioni fondamentali e quindi alla ridefinizione delle mete e dello Stile di Vita [4, 60, 68, 87]. Gli obiettivi terapeutici strutturali del "recupero della identità e soggettività" e di un riorientamento teleonomico [84, 87] si raggiungono con la rielaborazione cognitiva e, quando possibile, emotiva e quasi corporea di ferite e mancanze originarie di autostima. Da qui origina lo smascheramento delle mete funzionali dell'Ideale del Sé per un processo maturativo verso mete concrete [3] ed autorealizzative [63] e rapporti intersoggettivi significativi. In maniera più specifica, alcuni terapeuti adleriani [60] sottolineano l'importanza dello smascheramento delle mete funzionali che sostengono il comportamento maladattivo delle anoressiche: il cibo viene interpretato come mezzo per controllare la propria vita, percepita dalla paziente come poco dominabile.

Ciò le garantisce una nuova (patologica) identità fruibile per vendicarsi, perseguire una meta fittizia di perfezione [43] e nascondere sentimenti di vuoto e solitudine. La psicoterapia incoraggerà, nelle ultime fasi, il rimaneggiamento della Volontà di Potenza, lo sviluppo del Sentimento Sociale e l'utilizzo delle capacità cognitive e del Sé creativo per "pensare ed agire come se essa fosse la persona che voleva essere" [22].

Nella bulimia [68], oltre la focalizzazione sulle dinamiche del controllo, pare rilevante sottolineare anche la distanza emozionale posta dalle pazienti nei confronti degli altri e delle situazioni di vita. Cognitivamente si confronta inoltre la modalità di pensiero tutto/nulla: una maggior fiducia nelle proprie possibilità di scelta, può agevolare la sperimentazione in collaudi reali e modificare alla lunga la rigidità di pensiero. Il collegare il proprio schema percettivo mentale alle proprie emozioni ed al disturbo alimentare è un ulteriore aiuto che viene fornito alla paziente [98]. Ciò permette di comprendere come il proprio comportamento, secondo una logica privata, limita il proprio livello di funzionamento.

I percorsi di cura talora durano anni, sebbene la "percezione analitica" debba essere presente sin dall'inizio: la terapia è volta alla ricerca di un cambiamento strutturale, in grado di rafforzare stabilmente la coesione e l'identità del Sé, sapendo che sino a che il soggetto poggia la salvaguardia della propria autostima su meccanismi prevalenti di denegazione e scissione, l'interpretazione non produce *insight* circa lo smascheramento delle mete fittizie.

Spesso nei Disturbi Alimentari Psicogeni vi è un carente *insight* corporeo ed emotivo, mascherato da uno (pseudo) “*insight*” intellettuale che diviene una specie di “cintura difensiva ossessiva” da parte del soggetto [86], a tutto scapito di un buon andamento clinico. Solo una minoranza delle pazienti affette da DCA raggiunge un vero *insight* emotivo trasformante. Per tali motivi è preferibile riferirsi all’*hic et nunc* della relazione terapeutica e della vita della paziente, e solo in una fase successiva, utilizzare la tecnica della confrontazione per modulare le dinamiche d’incoraggiamento/frustrazione tra terapeuta e paziente, impiegando le interpretazioni solo tardivamente. È necessario, infatti, che il Sé risulti più coeso per reggere la frustrazione necessaria ad esprimere e poi accogliere gli aspetti negativi e dolorosi di ogni vissuto.

IV. Considerazioni conclusive

Sono stati esaminati alcuni aspetti della complessa patogenesi multifattoriale dei DCA e in particolare quelli che contribuiscono alla loro difficoltà di trattamento. I DCA sono ancora in evoluzione perché rappresentano una espressione modulata, indotta culturalmente e perversa negli effetti di segnalare e di lenire una profonda patologia dello sviluppo del Sé, con complicate interazioni familiari e somatopsichiche che aggravano la vulnerabilità dell’organismo. Alcune difficoltà delle cure sono collegate allo stile relazionale impregnato di rabbia indiretta, che spesso risulta in una richiesta paradossale di accettazione e stima con effetti perversi. La sottile ma pervicace e distruttiva aggressività che determina e mantiene questi disturbi è attiva anche nei confronti del progetto terapeutico e non raramente lo vanifica.

Le numerose difficoltà sono soprattutto collegate alla mancanza di valutazione e comprensione che alcuni terapeuti hanno per questi complessi disturbi, ed 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” [103]. Per tutti questi motivi i DCA sono 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 ed altrui emozioni.

Migliorare la conoscenza di ciò che si oppone al cambiamento di queste pazienti permetterà agli psichiatri di stabilire nuovi interventi volti specificatamente ad aumentare la motivazione e a ridurre la resistenza alla modificazione del comportamento e dell’atteggiamento presenti, anche se meno vistose, in molti disturbi d’interesse psichiatrico. Il ruolo dello psichiatra è fondamentale per offrire ai colleghi in *liaison* multidisciplinare e alle pazienti le capacità cliniche richieste per il miglioramento

psicologico e fisico. Potendo rappresentare una sfida ed una difficoltà, i DCA in costante aumento meritano profonda attenzione nella psichiatria del prossimo futuro, poiché il patrimonio psicodinamico costituisce uno strumento culturale e formativo indispensabile per il trattamento delle pazienti affette da tali disturbi.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), La pulsion d'agression dans la vie et dans la nevrose, in SCHAFER, H. (a cura di, 1976), *La psychologie d'Adler*, Masson, Paris.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
5. ALLISON, D. B. (1995), *Hand Book of Assessment Methods for Eating Behaviours and Weight-Related Problems*, Sage Publication, London.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington D. C.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision), *Am. J. Psychiatry*, 157 (1).
8. BRAMBILLA, F. (2000), L'approccio psicobiologico: neurotrasmettitori, neuropeptidi e neuroormoni nell'anoressia e bulimia, in CAZZULLO, C. L., CLERICI, M. (a cura di), *Trattamento Integrato dei Disturbi Alimentari*, Masson, Milano.
9. BREWERTON, T. D. (1995), Toward a Unified Theory of Serotonin Dysregulation in Eating and Related Disorders, *Psychoneuroendocrinology*, 20: 561-590.
10. BREWERTON, T. D., HAND, L. D., BISHOP, E. R. Jr. (1993), The Tridimensional Personality Questionnaire in Eating Disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 14: 213-218.
11. BRUCH, H. (1973), *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, tr. it. *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli, Milano 1977.
12. BRUCH, H. (1978), *Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*, Harvard University, Cambridge.
13. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F., JOYCE, P. R., CARTER, F. A. (1995), Temperament, Character and Personality Disorder in Bulimia Nervosa, *Nerv. Ment. Dis.*, 183: 593-598.
14. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F., JOYCE, P. R., CARTER F. A., McINTOSH, V. V. (1998), Predictors of 1-Year Treatment Outcome in Bulimia Nervosa, *Compr. Psychiatry*, 39 : 206-214.

15. BULICK, C. M., SULLIVAN, P. F., KENDLER, K. S. (2000), An Empirical Study of the Classification of Eating Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 157: 886-895.
16. CARLSON, J. (1996), Eating Disorder, in SPERRY, L., CARLSON, J. (a cura di), *Psychopathology and Psychotherapy: from DSM-IV Diagnosis to Treatment*, Accelerated Development, Washington DC.
17. CASPER, D., ZACHARY, D. (1984), The Eating Disorder as a Maladaptive Conflict Resolution, *J. Indiv. Psychol.*, 42: 445-452.
18. CLERICI, M., LUGO, F., PAPA, R., PENATI, G. (1996), *Disturbi alimentari e contesto psicosociale*, Angeli, Milano.
19. CLONINGER, C. R. (1987), A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants, *Arch. Gen. Psych.*, 44: 573-588.
20. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M. (1999), Personality Disorders, in SADOCK, B., SADOCK, V. (a cura di), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th edn)*, Lippincott Williams & Wilkins, New York: 1723-1764.
21. CLONINGER, C., R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psych.*, 50: 975-989.
22. COREY, G. (1996), *Adlerian Therapy*, in COREY, G. (a cura di), *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*, Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
23. DIAZ-MARSA, M., CARRASCO, J. L., HOLLANDER, E., CESAR, J., SAIZ-RUIZ, J. (2000), Decrease Platlet Monoamine Oxidase Activity in Female Anorexia Nervosa, *Acta Psychiatr. Scand.*, 101: 226-230.
24. DIAZ-MARSA, M., CARRASCO PERRERA, J. M., PRIETO LOPEZ, R., SAIZ RUIZ, J. (1999), El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria, *Actas Esp. Psiquiatr.*, 27: 43-50.
25. ENGEL, G. L. (1980), The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, *Am. J. Psychiatry*, 137: 535-544.
26. FAHY, T., EISLER, I. (1993), Impulsivity in Eating Disorders, *Br. J. Psychiatry*, 162: 193-197.
27. FASSINO, S. (1990), Le due istanze fondamentali nel processo analitico, *Ind. Psychol. Doss*, 2: 45-60.
28. FASSINO, S. (1991), "Funzioni psicoterapeutiche dell'anamnesi", *XXV Congresso Nazionale Soc. It. Psicoterapia Medica*, «Anamnesi e Psicoterapia», Pavia.
29. FASSINO, S. (1994), La psicologia dei farmaci. *Riv. Psicol. Indiv.*, 35: 59-69.
30. FASSINO, S. (1995), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-53.
31. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., FORNAS, B., ROVERA, G.G. (2001), Outcome Predictors, in Anorectic Patients after 6-Months of Multimodal Treatment, *Psychoter. Psychosom.*, 70: 1-7.
32. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2001), Non-Responder Anorectic Patients after Six Months of Multimodal Treatment. Predictors of Outcome, *European Psychiatry*, 16: 445-451.
33. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., FICO, L., GARZARO, L., ROVERA, G. G. (1998), Earliest Recollections in Anorexia and Bulimia, *Eating and Weight Disorders*, 3: 53-63.
34. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., ROVERA, G., ROVERA, G. G. (2001), Temperament and Character in Italian Men with Anorexia Nervosa: a Controlled Study with the Temperament and Character Inventory, *J. Nerv.*

Ment. Dis., 189: 788-94.

35. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., MONDELLI, V., BOGGIO, S., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., BARBIERI, E., BOLGIANI, M., BERGESE, S., BRUSTOLIN, A. (2004), "Disturbi della personalità e disturbi del comportamento alimentare: stabilità della diagnosi dopo remissione", *XI Perugia Meeting of Medicine and Psychiatry*, Assisi.

36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Drop-out from Brief Psychotherapy in Anorexia Nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-6.

37. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., LEVI, M., ROVERA, G. G. (2003), Bulimic Family Dynamics: Role of Parent's Personality: a Controlled Study with the Temperament and Character Inventory, *Compr. Psychiatry*, 44: 70-77.

38. FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ABBATE DAGA, G., BRUSTOLIN, A., MIGLIARETTI, G., CAVALLO, F., ROVERA, G. G. (2002), Efficacy of Citalopram in Anorexia Nervosa: a Pilot Study, *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 12: 453-9.

39. FASSINO, S., PIERÒ, 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: 274-283.

40. FASSINO, S., SVRAKIC, D., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., STANIC, S., ROVERA, G. G. (2002), Anorectic Family Dynamics: Temperament and Character Data, *Compr. Psychiatry*, 43: 114-20.

41. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, Centro Scientifico Editore, Torino.

42. FICHTER, M. M., QUADFLIEG, N. (1997), Six-Year Course of Bulimia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 22: 361-84.

43. FRANK, H., PARIS, J. (1981), Recollections of Family Experience in Borderline Patients, *Arch. Gen. Psych.*, 38: 1031-1034.

44. FRANKENBERG, F. R. (1984), Female Therapists in the Management of Anorexia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 3: 25-33.

45. FRANKO, D. L., ROLFE, S. (1996), Countertransference in the Treatment of Patients with Eating Disorders, *Psychiatry*, 59: 108-116.

46. FREE, N. K., GREEN, B. L., GRACE, M., CHERNUS, L. A., WHITMAN, R. M. (1985), Empathy and Outcome in Brief Focal Dynamic Therapy, *Am. J. Psychiatry*, 142: 917-921.

47. FULLERTON, D. T., WONDERLICH, S. A., GOSNEL, B. A. (1995), Clinical Characteristics of Eating Disorder Patients Who Report Sexual or Physical Abuse, *Intern. J. Eating Disorders*, 17: 243-249.

48. GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M. (1982), *Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective*, Brunner/Mazel, New York.

49. GARNER, D. M. (1984), Iatrogenesis in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 4: 701-726.

50. GERTH, H., MILLS, C. W. (1953), *Character and Social Structure*, tr. it. *Carattere e struttura sociale*, UTET, Torino 1955.

51. GORDON, R. A. (1990), *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*, tr. it. *Anorexia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Cortina, Milano 1991.

52. GUIDANO, V. F., LIOTTI, G. (1983), *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, Guilford, New York.

53. HALMI, K. A., GARFINKEL, P. E. (1996), Eating Disorders, in GABBARD, G. O.,

- ATKINSONS, S. D. (a cura di), *Synopsis of Treatments of Psychiatric Disorders, II ed.* American Psychiatric Press, Washington DC.
54. HERZOG, D. B., KELLER, M. B., LAVOR, P. W., KENNY, G. M., SACKS, N. R. (1992), The Prevalence of Personality Disorders in 210 Women with Eating Disorders, *J. Clin. Psychiatry*, 53: 147-152.
55. JOHNSON, C., MADDI, K. L. (1986), The Etiology of Bulimia: Biopsychosocial Perspectives, *Ann. Adolesc. Psychiat.*, 13: 253-273.
56. JONES, D. M. (1985), Bulimia: a False Self Identity, *Clinical Social Work J.*, 13: 305-316.
57. KAPLAN, A. S., GARFINKEL, P. E. (1999), Difficulties in Treating Patients with Eating Disorders: a Review of Patient and Clinical Variables, *Can. J. Psychiatry*, 44: 665-670.
58. KAYE, W. H., GENDALL, K., KYE, C. (1998), The Role of the Central Nervous System in the Psychoneuroendocrine Disturbances of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 21: 381-396.
59. KAYE, W. H., LILENFELD, L. R., BERRETTINI, W. H., STROBER, M., DEVLIN, B. ET ALII (2000), A Search for Susceptibility Loci for Anorexia Nervosa: Methods and Sample Description, *Biol. Psychiatry*, 47: 794-803.
60. KEEN, D. R. (1996), Anorexia Nervosa: an Adlerian Perspective on Etiology and Treatment, *Individual Psychology*, 52: 4.
61. KLUMP, K. L., BULIK, C. M., POLLICE, C., HALMI, K. A., FICHTER, M. M, ET ALII (2000), Temperament and Character in Women with Anorexia Nervosa, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 188: 559-567.
62. KOHUT, H. (1977), *The Restoration of the Self*, tr. it. *La guarigione del Sé*, Boringhieri, Torino 1980.
63. MANASTER, G. J., CORSINI, R. J. (1982), *Individual Psychology: Theory and Practice*, Adler School of Professional Psychology, Chicago.
64. MAREMMANI, I., DI MURO, A., CASTROGIOVANNI, P., CAPODIECI, S., DE LEO, D. ET ALII (1999), Aggressività, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
65. MASLOW, A. (1954), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e Personalità*, Armando, Roma 1973.
66. MATSUNAGA, H., KAYE, W. H., MCCONAHA C., PLOTNICOV, K., POLLICE, C., RAU, R. (2000), Personality Disorders among Subjects Recovered from Eating Disorders, *Int. J. Eating Disord.*, 27: 353-7.
67. MAURI, M. C., LEVA, P., RUDELLI, R. (1996), Basi neurobiologiche della bulimia e dell'anorexia nervosa, in CLERICI, M., LUGO, F., PAPA, R., PENATI, G. (a cura di), *Disturbi Alimentari e contesto psicosociale*, Angeli, Milano: 147-155.
68. Mc CORMICK, D., KOTTMAN, T., ASHBY, J. (1996), Conceptualization and Treatment of the Bulimic Client from an Adlerian Perspective, *Individual Psychology*, 52: 406-419.
69. Mc GLASHAN, T. H. (1993), Implicazioni delle ricerche sull'outcome nel trattamento del disturbo borderline di personalità, in PARIS, J. (a cura di, 1995), *Il disturbo borderline di personalità: eziologia e trattamento*, Cortina, Milano.
70. MEADOW, R. M., WEISS L. (1992), *Women's Conflict about Eating and Sexuality: the Relationship between Food and Sex*, tr. it. *Sesso e cibo*, Positive, Verona 1995.
71. MELTZER, D. (1986), L'apparato protomentale e i fenomeni somatopsichici, in MEL-

- TZER, D., *Studies in Extended Metapsychology*, tr. it. *Studi di metapsicologia allargata. Applicazioni cliniche del pensiero di Bion*, Cortina, Milano 1987.
72. MEYER, B. C., WEINROTH, L. A. (1957), Observations on Psychological Aspects of Anorexia Nervosa, *Psychosom. Med.*, 19: 389-98.
73. MILLER, W. S. (1985), Motivation for Treatment: a Review with Special Emphasis on Alcoholism, *Psychol. Bull.*, 98: 84-107.
74. MILLON, T. (1993), La personalità borderline: un'epidemia psicosociale, in PARIS, J. (a cura di, 1995), *Il disturbo Borderline di personalità: eziologia e trattamento*, Cortina, Milano.
75. MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., BACKER, L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, tr. it. *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma 1980.
76. MITSZUSHIMA, H., ONO, Y., ASAI, M. (1998), TCI Temperamental Scores in Bulimia Nervosa Patients and Normal Women with and without Diet Experiences, *Acta Psychiatr. Scand.*, 98: 228-230.
77. PEGGY, C. P. (1998), *Guérir l'anorexie et la bulimie par la méthode Montreux*, tr. it. *Fame d'amore. Una nuova cura per anoressia e bulimia*, Mondadori, Milano 2001.
78. PODAR, I., HANNUS, A., ALLIK, J. (1999), Personality and Affectivity Characteristics Associated with Eating Disorders: a Comparison of Eating Disordered, Weight-Preoccupied and Normal Samples, *J. Pers. Ass.*, 73: 133-147.
79. POPPER, K. R., CONDRY J. (1994), *Cattiva maestra televisione*, Donzelli, Reset, Milano.
80. RAVENSCROFT, K. (1988), Psychoanalytic Family Therapy Approaches to the Adolescent Bulimic, in SCHWARTZ, H. I. (a cura di), *Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory*, Int. Un. Press, Madison Connecticut: 443-488.
81. ROSENVINGE, J. H., MARTINUSSEN, M., OSTENSEN, E. (2000), The Comorbidity of Eating Disorders and Personality Disorders: a Meta Analytic Review of Studies Published between 1983 and 1998, *Eat. Weight. Disord.*, 5: 51-62.
82. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una teoria dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
83. ROVERA, G. G. (1991), Prefazione, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Psicopatologia e Farmaci: interazioni somatiche psicologiche e sociali*, C.S.E., Torino.
84. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di, 1999), *Trattato italiano di psichiatria*, Masson, Milano.
85. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 4: 127-140.
86. ROVERA, G. G. (1996), Possibilità di insight nella psicoterapia di pazienti bulimiche (rilievi e prospettive), in ROVERA, G. G. (a cura di), *La psicoterapia dei Disturbi Alimentari Psicogeni*, C. S. E., Torino.
87. ROVERA, G. G. (1996), Il "dopo" della conclusione di una psicoterapia analitica, in FURLAN, P. M. (a cura di), *La conclusione della psicoterapia*, C. S. E., Torino.
88. ROVERA, G. G., BALZOLA, F. (1995), In tema di anoressia e bulimia: contributi psicopatologico-clinici, *Arch. Psicol. Neurol. Psychiatr.*, 3: 231-242.
89. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1998), Il disturbo borderline, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Angeli, Milano.
90. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1-9.
91. RUSSEL, G. F. M. (1983): *Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in RUSSEL, G. F.

- M., HERSOY, L. (a cura di), *Handbook of Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.
92. SANTONASTASO, P., SACCON, D., FAVARO, A. (1997), Burden and Psychiatric Symptoms on Key Relatives of Patients with Eating Disorders: a Preliminary Study, *Eating and Weight Dis.*, 2: 44-48.
93. SCHMIDT, R. (1985), Neuere Entwicklungen der Individual Psychologie im deutschsprachigen Raum, *Z. Indiv. Psychol.*, 10: 226-36.
94. SEIDEL, V. (1985), Regression als therapeutisches Agens in der individualpsychologischen Therapie, *Beitr. Z. Indiv. Psychol.*, 6: 90-99.
95. SELVINI PALAZZOLI, M. (2000), Il terapeuta familiare nel trattamento dei disturbi alimentari, in CAZZULLO, C. L., CLERICI, M. (a cura di), *Trattamento integrato dei disturbi alimentari. Un approccio multidisciplinare*, Masson, Milano.
96. SHUGAR, G., KRUEGER, S. (1995), Aggressive Family Communication, Weight Gain, and Improved Eating Attitudes During Systematic Family Therapy for Anorexia Nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 17 : 23-31.
97. SHULMAN, B. H. (1981), Life Style, in *Contribution to Individual Psychology. Selected Papers*, Alfred. Adler Institute, Chicago.
98. SPERRY, L., CARLSON, J. (1996), *Psychopathology and Psychotherapy: from DSM-IV Diagnosis to Treatment*, Accelerated Development Inc., Washington DC.
99. STEIGER, H., GOLDSTEIN, C., MONGRAIN, M., VAN DER FEEN, M. (1990), Description of Eating Disorders, Psychiatric and Normal Women Along Cognitive and Psychodynamic Dimensions, *Int. J. Eat. Disord.*, 9: 129-140.
100. STROBER, M. (1992), Disorders of the Self in Anorexia Nervosa: an Organismic-Developmental Perspective, in JOHNSON, C. (a cura di), *Psychodynamic Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Guilford Publisher, New York: 354-373.
101. STROBER, M., HUMPHREY, L. L. (1987), Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa and Bulimia, *J. Cons. Clinic. Pathol.*, 55: 654-659.
102. TILLER, J., SCHMIDT, U., ALI, S., TREASURE, J. (1995), Patterns of Punitiveness in Women with Eating Disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 17: 365-371.
103. VANDEREYKEN, W., BEAUMONT, P. J. W. (1998), Challenges and Risks for Health Care Professionals, in VANDEREYKEN, W., BEAUMONT, P. J. W. (a cura di), *Treatment Eating Disorders. Ethical, Legal and Personal Issue*, The Atlone, London.
104. WALLER, G. (1993), Sexual Abuse and Eating Disorders: Borderline Personality and Eating Disorder as a Mediating Factor?, *Br. J. Psyc.*, 162: 771.
105. WOODCOCK, A., DAVIS, M. (1978), *Catastrophe Theory*, tr. it. *La teoria delle catastrofi*, Garzanti, Milano 1982.

Secondo Fassino e coll.,
“Centro Pilota Regionale per la Cura
dei Disturbi del Comportamento Alimentare”
Ospedale Amedeo di Savoia
Padiglione Denis
Corso Svizzera 164
I-10149 - Torino