

La Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy nell'anoressia nervosa: i tratti di personalità predicano i cambiamenti di peso? Uno studio preliminare

FEDERICO AMIANTO, GIOVANNI ABBATE DAGA, MARTA BAROSIO,
ANDREA RAMBAUDI, SECONDO FASSINO

Summary – THE BRIEF ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY IN ANOREXIA NERVOSA: DO PERSONALITY TRAITS PREDICT WEIGHT CHANGES? A PRELIMINARY STUDY.

Anorexia nervosa (AN) still represents a significant therapeutic challenge due to its complex pathogenesis centered on attachment and early care deficits, responsible for blocking the development of the self in adolescence. In fact, although it has been shown that some types of psychodynamic and cognitive-behavioral psychotherapy are able to adequately treat this disorder in the context of a multidisciplinary care approach, the response to treatments is still very variable and there are no specific indicators of the outcome of the treatment. Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy (B-APP) is a brief psychotherapeutic approach applied for many years to the multidisciplinary treatment of anorexia nervosa with promising results. The present study aims to verify the outcome of a psychotherapeutic treatment with B-APP integrated with nutritional interventions and family counseling, on a group of 85 participants affected by anorexia nervosa, through the detection of changes in BMI, in the binge-purging behaviors, and in the personality traits measured by Cloninger's Temperament and Character Inventory. The study shows an overall improvement in BMI with an overcoming of the pathological threshold in the sample mean. The improvement is most significant in the group of AN participants with binge-purging (AN-BP). There is also a marked reduction in binge-purging in the AN-BP group. There are significant changes affecting some personological dimensions and sub-dimensions (reduction of the harm avoidance in the AN-BP participants, reduction of persistence and increase of extravagance in the AN-R). The data of this study highlight the effectiveness of B-APP in the treatment of AN. In particular, this therapeutic approach centered on welcoming the patient's frailties and on the constant calibration of the therapeutic distance appears particularly effective in overcoming the resistance of patients with AN-BP that the literature has often considered more resistant to treatment. Despite the limitations of the study, the evidence supports the application of B-APP in the multimodal treatment of AN.

Keywords: PSICOTERAPIA BREVE, ANORESSIA NERVOSA, RESISTENZA AL TRATTAMENTO

I. Introduzione

Quantunque esistano molti studi sull'efficacia della psicoterapia nei disturbi dell'alimentazione (DA) e nell'anoressia nervosa (AN) in particolare, dalle linee guida non emerge tuttora un coerente intervento psicologico di prima opzione per pazienti ambulatoriali adulti con anoressia nervosa. Pochi anni fa due *comprehensive reviews* dei trattamenti psicodinamici dei DA [3, 14] evidenziavano come al proposito la letteratura fosse scarsa e talvolta metodologicamente discutibile, ma come i dati attuali forniscano supporto all'efficacia di questi interventi, anche per l'AN.

Tuttavia, sono tuttora necessari sia un approccio definito (focus, temi e tecniche) sia studi randomizzati controllati (RCT) per chiarire l'efficacia delle psicoterapie psicodinamiche.

Alcuni recenti studi, anche di quest'anno, mirano a confrontare interventi psicologici autonomi per pazienti ambulatoriali adulti con anoressia nervosa con un focus specifico sull'indice di massa corporea, sui sintomi dei disturbi alimentari e sul tasso di abbandono per tutte le cause [59, 65].

Queste ricerche esaminano diversi tipi di psicoterapie: psicoterapia cognitivo comportamentale, psicoterapia educativa comportamentale; psicoterapie psicodinamiche, terapia familiare, psicoterapia breve, management clinico specialistico di supporto, ecc. Non ci sono risultati univoci. Gli studi generalmente concordano nell'affermare che una psicoterapia nei disturbi alimentari, e nell'anoressia nervosa in particolare specialmente di orientamento psicodinamico [66], abbia risultati migliori di una sola consulenza dietetica ma non c'è accordo sui risultati di una psicoterapia specifica.

Di recente viene proposto, per la patogenesi dell'Anoressia, un modello psiconeurobiologico di alterazione del Sé [5] alla luce di nuove prove riguardanti il ruolo dell'attaccamento insicuro. In particolare, come risulta da recenti evidenze sperimentali in soggetti con AN, il Sé presenterebbe alterazioni nello stato di riposo del cervello (*resting state*), specificamente associate al *funzionamento spaziale* correlato all'esperienza del proprio corpo come aspetto integrato del Sé, e al *funzionamento temporale* correlato all'integrazione del Sé in una narrazione coerente nel tempo.

Nello sviluppo del Sé ci sono aspetti sincronici (sperimentati nel momento) e diacronici (esperiti come continui nel tempo): entrambi sarebbero alterati e suggeriscono, nell'AN, un legame neurobiologico tra la teoria del Sé e il funzionamento spaziotemporale del cervello. Inoltre, la maturazione del Sé è intrecciata con lo sviluppo degli attaccamenti dell'infanzia e dell'adolescenza. L'interazione tra processi evolutivi del Sé e di l'attaccamento appare cruciale nella comprensione della patogenesi e quindi per una terapia più efficace dell'AN ad essa correlata [5].

La psicoterapia secondo la Individual Psicologia adleriana (IP), dal momento che si basa da una parte sull'approccio al Sé-Stile di Vita come primario ambito patogenetico dei disturbi psichici [4, 7, 51] e dall'altra sul processo di incoraggiamento/transmotivazione [54, 57] come principale strategia di cura, potrebbe giocare un ruolo specifico nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione, specialmente l'AN [15]. Questa infatti secondo la IP sarebbe caratterizzata da una profonda demoralizzazione e da specifici dismaturazioni di alcuni aspetti del Sé/Stile di vita-personalità [5, 15, 29, 31]. Come noto, secondo la IP le tre configurazioni Sé, Stile di Vita, Personalità sarebbero in larga misura sovrapponibili [4, 7, 57].

*

Da qualche anno la psicoterapia breve suscita nuovamente speciale attenzione per la sua comprovata efficacia e per un favorevole rapporto costi/benefici che la caratterizza.

Come è stato sottolineato da Sperry [60], questa forma di psicoterapia ha una lunga tradizione, che risale allo stesso Adler. Nel 1972, il *Journal of Individual Psychology* ha dedicato un volume alla psicoterapia breve e nel 1988 i primi due volumi della rivista *Individual Psychology*, pubblicata dalla North American Society of Adlerian Psychology, furono dedicati interamente a varie tecniche di psicoterapia breve adleriana. Tenbrink [62] fornì un ulteriore contributo alla definizione della psicoterapia breve adleriana, considerando gli sviluppi più recenti di tecniche simili in ambito psicodinamico. Per quanto riguarda e i fattori di cambiamento nei i trattamenti brevi IP Ferrero [33] ha considerato come essi comportino una specifica modalità del *processo di incoraggiamento*.

Negli ultimi anni sono stati effettuati alcuni studi in aperto circa i trattamenti psicodinamici adleriani brevi, orientati oltre che sull'efficacia, in particolare sui predittori di outcome, le caratteristiche dei pazienti non-responder, il fenomeno del drop-out in pazienti AN trattate con una terapia multimodale "a rete", comprendente la Psicoterapia psicodinamica adleriana nella forma breve, B-APP [27].

Nel primo studio [19, 20] sono stati valutati 42 pazienti con AN di tipo restricter; il campione è stato studiato in fase di valutazione iniziale e ritestato dopo 180 giorni usando il Temperament and Character Inventory (TCI)[12], e l'Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), per determinare i predittori pre-trattamento della risposta. Il 52% delle pazienti ha mostrato rilevanti miglioramenti clinici, con un livello di risposta positiva a breve termine, in linea o anche più alto di quello riportato dai dati della letteratura. I soggetti che hanno risposto favorevolmente avevano una più alta NS, Ricerca della Novità, più bassi livelli di Ascetismo e di Paura della maturità.

In una seconda ricerca [21] sono stati rilevati i fattori di esito correlati al trattamento con la B-APP nei disturbi alimentari, utilizzando il Karolinska Psychodynamic Profile

(KAPP). Il 66% dei soggetti ha mostrato un miglioramento sotto diversi aspetti psicopatologici e del funzionamento; il miglioramento negli items del KAPP ha dimostrato un cambiamento nel funzionamento in diversi tratti della personalità (*es. Intimità e reciprocità, dipendenza e separazione, tratti di personalità controllanti, tolleranza alla frustrazione, controllo degli impulsi, regressione al servizio dell'io, etc.*) ma non nella sua organizzazione complessiva.

Due ulteriori studi di Fassino et al. [24, 25] hanno investigato il fenomeno del drop-out dalla B-APP su 99 pazienti con AN e 83 con bulimia nervosa. Il livello di drop-out dalla B-APP risultava pari al 31% tra le pazienti con AN: queste, all'inizio del trattamento, presentavano più alti livelli di Rabbia e più bassi livelli nelle dimensioni caratteriali dell'Autodirettività e della Cooperatività. Questi studi hanno evidenziato alcuni predittori di drop-out dalla B-APP, utili per ridurne ulteriormente l'entità in futuro.

La presente ricerca si configura come *ricerca-intervento* dal momento che, nella tipica accezione di K. Lewin, si pone come obiettivo primario di modificare attraverso le conoscenze acquisite mediante gli esiti della ricerca l'organizzazione assistenziale in ambito psicoterapeutico di un Centro Esperto per la cura e prevenzione dei DCA; in questa cornice ci si propone di valutare la pratica della B-APP nel trattamento dell'anoressia nervosa valutando tratti di personalità come predittori di variazione di peso.

II. Obiettivi dello studio

Lo scopo di questo studio è valutare l'impatto della B-APP nella cura di pazienti con Anoressia Nervosa misurando l'eventuale cambiamento del Body Mass Index (BMI) e le variazioni della personalità di base, secondo il modello biopsicologico di Cloninger et al. 1993 [12, 61].

Si valuta l'ipotesi che le resistenze al cambiamento espresse dal mantenimento del sintomo della magrezza riguardino la loro funzionalità psichica: il sintomo viene interpretato come un modo per il paziente di sentire o di mantenere un senso di maggior sicurezza e padronanza [49]. Il superamento delle resistenze potrebbe conseguire ai cambiamenti ottenuti in psicoterapia di alcuni tratti della personalità.

Sono considerati quindi tre quesiti:

- 1) il BMI nel gruppo dei pazienti cambia significativamente tra prima e dopo la psicoterapia B-APP?
- 2) Quali tratti della personalità al TCI cambiano significativamente prima e dopo la psicoterapia B-APP?
- 3) Quali tratti della personalità al TCI predicono il cambiamento del BMI?

III. Casistica clinica e procedure

Lo studio è stato condotto presso il *Centro Esperto per i Disturbi del Comportamento Alimentare* dell'Università di Torino Città della Salute e della Scienza–Ospedale Molinette Torino.

Sono state reclutate le 121 pazienti con diagnosi di anoressia nervosa consecutivamente presentatesi al Centro per un trattamento dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2011. La diagnosi è stata stabilita secondo il DSM IV-TR da uno psichiatra durante il primo esame all'ingresso nel centro (T0) e al punto di follow-up (T1) utilizzando l'intervista clinica strutturata.

Criteri di inclusione sono stati:

- 1) sesso femminile;
- 2) diagnosi di anoressia nervosa secondo i criteri DSM IV-TR;
- 3) QI nei limiti di norma (> 70);
- 4) assenza pregressa di una diagnosi di psicosi o disturbo bipolare;
- 5) condizioni cliniche adeguate per un trattamento ambulatoriale (BMI > 14);
- 6) adeguata motivazione ad un trattamento psicoterapico breve.

Tra i 121 soggetti idonei, 97 hanno soddisfatto i primi 5 requisiti richiesti per l'inclusione nello studio. Tuttavia tra questi solo 85 pazienti hanno presentato una corretta *indicazione/motivazione* al trattamento secondo i criteri di elezione alla BAPP [26] e/o hanno concluso il trattamento stesso. Pertanto sono stati inclusi nello studio 85 pazienti che hanno terminato il ciclo di venti sedute di cui 45 con diagnosi di Anoressia Nervosa Restrictor, 40 con Anoressia Nervosa Binge purging.

Il campione è costituito da ragazze di età compresa tra i 16 ed i 53 anni. Il 61% del campione è rappresentato da soggetti in età adolescenziale e giovanile (16 e 25 anni), il 21% da giovani adulte di età compresa tra 25 ed i 35 anni e il 18% da adulti di età superiore ai 35 anni.

Gli anni di istruzione formale sono compresi tra gli 8 e i 18 con una media di 13.

La professione era di tipo impiegatizio nel 25%; erano studenti il 51%; lavoratrici autonome l'8%; senza occupazione fissa il 16%.

L'età di insorgenza della malattia oscillava tra i 12 ed i 48 anni, in particolare tra i 12 e i 16 nel 48% dei casi; tra i 16 e i 19 nel 22%; tra i 19 e i 25 nel 22%; sopra i 25 nell'8%. Indice di massa corporea (BMI) rappresenta un attendibile indicatore dello stato nutrizionale della paziente ricavato dal rapporto tra il peso e il quadrato dell'altezza espressa in metri: $BMI = Kg/altezza \text{ in } m^2$.

Il BMI del campione considerato alla prima visita medica era compreso tra 14 e 18 con una media di 16,6 Kg/m². I valori di cut-off per BMI al momento del reclutamento

erano: 18,5-24,9 Kg/m² per il normopeso; 17,5 -18,4 per il sottopeso lieve; sotto il 17,5 Kg/m² per l'anorexia nervosa conclamata. Il campione considerato è in condizioni di marcato sottopeso, alcune pazienti in condizioni di magrezza severa (BMI < 15 Kg/m²) secondo i criteri del DSM IV -TR. Come emerge dal confronto con t-test tra il BMI del campione dei pazienti e il campione di controllo prima del B-APP si evidenzia un BMI significativamente diverso tra i due gruppi (cfr. tab.1).

III. 1. *La Psicoterapia Psicodinamica Adleriana Breve (B-APP)*

La B-APP [27, 30] fa riferimento alla IP secondo i seguenti paradigmi. Il primo considera che l'individuo rappresenta un'unità psicosomatica. Il secondo è quello della regolazione del Sé [62], che enfatizza la necessità preliminare dell'individuo di raggiungere una immagine coerente di sé (psicologia del sé). La costruzione di una coerente immagine di sé e di un'identità è legata alla soddisfazione dei bisogni di tenerezza primaria, che sostengono lo sviluppo dell'autostima.

L'insieme delle strategie cosce ed inconse per affrontare le difficoltà della vita coerentemente costituisce lo "Stile di vita" dell'individuo, unico ed irripetibile, che descrive il modo specifico in cui reagisce e si adatta agli eventi della vita ed ai propri vissuti interiori. Il terzo paradigma è il *pattern del legame*, che afferma che le interazioni dell'individuo con altri esseri umani sono essenziali per l'attribuzione di un senso psicologico ai suoi comportamenti. L'individuo registra le esperienze relazionali nell'inconscio e adotta queste registrazioni come "immagini guida" per trovare gli orientamenti della vita. Queste immagini guida inconse sono da Adler chiamate "finzioni" [4].

La B-APP prevede un predefinito e ridotto numero di sedute settimanali (20 sedute di 45 minuti) e un focus che riguarda un conflitto/deficit strettamente legato sia allo stile di vita che ai sintomi. La strategia e il processo di cura si basano sulla valutazione di uno o più *aspetti focali*, quelli più rilevanti per la patologia del paziente: allora all'interno del focus dovrebbe essere individuata l'area di un possibile cambiamento nel qui e ora. La relazione con il terapeuta è dedicata a migliorare l'accettazione e la fiducia del paziente nella possibilità e capacità di cambiare.

La B-APP necessita che i terapisti eseguano un'accurata valutazione diagnostica e clinica del soggetto prima di iniziare le sedute. Infatti un presupposto fondamentale per l'efficacia del trattamento è il consenso attivo e adeguatamente informato del paziente a partecipare al programma di trattamento.

Il trattamento è articolato in cinque fasi e ciascuna può essere sviluppata attraverso le sedute.

Fase 1: raccolta dell'anamnesi e dei primi ricordi, identificazione del focus, lavoro sull'alleanza terapeutica, definizione dell'accordo-contratto terapeutico.

Fase 2: individuazione del focus: riflessioni, emozioni, fantasie, progetti. Avviare la restituzione terapeutica dei problemi più evidenti. Riconoscere le potenzialità del sé creativo rispetto agli scopi fittizi.

Fase 3: svolgere un'indagine più approfondita sul focus. Elaborare i problemi più nascosti e difesi. Formulare ipotesi progettuali per soluzioni alternative al posto dei sintomi. Affrontare il tema della separazione e il suo rapporto con il focus.

Fase 4: elaborazione della relazione terapeutica e lavoro sul problema della separazione; incoraggiare e aumentare l'autostima.

Fase 5: individuazione del materiale intrapsichico e relazionale recente relativo al focus. Identificazione di ulteriori richieste, riassumendo le dinamiche discusse e la valutazione clinica. Rivedere il transfert positivo. Discussione del progetto clinico ed esistenziale dopo la conclusione delle sessioni.

Gli obiettivi di B-APP prevedono una risoluzione almeno parziale del problema del focus, una diminuzione o un non aumento dei sintomi e un aumento globale della qualità della vita [32].

Per quanto riguarda il *processo terapeutico* in B-APP si identificano tre elementi [28]. Il principale è la relazione *incoraggiante* nella configurazione teorico-tecnica di Rovera [54, 57], di Ferrero [33] e di Ferrigno [36]: tramite un rapporto/atteggiamento di ascolto [9, 58] si cerca di promuovere nel paziente l'accettazione di sé e la fiducia nelle proprie capacità di cambiare gli atteggiamenti ed emozioni patologiche [43].

Il secondo elemento è la individuazione del focus, che presenta due aspetti essenziali: una difficoltà importante nella vita attuale del paziente, che sia esemplificativa di una dinamica significativa del Sé-Stile di vita, rilevante per la condizione clinica. Il terzo elemento sono le aree di possibile cambiamento all'interno del focus. B-APP non si limita a ricercare soluzioni al problema esistenziale scelto come focus come accade per esempio la psicoterapia interpersonale. Durante il trattamento il terapeuta decide l'opportunità di evocare/elaborare traumi precoci o eseguire un confronto di realtà sulla situazione traumatica attuale che il paziente sta vivendo [62].

Questi temi sono combinati in una prospettiva creativa secondo le potenzialità e gli schemi personali del paziente di appercezione e interpretazione della realtà [13]. La B-APP può coniugare procedimenti/ atteggiamenti [58] più o meno direttivi secondo le difese prevalenti e le risorse evolutive disponibili *hic et nunc* del paziente e del loro ruolo rispetto all'equilibrio psichico: gli interventi del terapeuta dovrebbero preservare le difese più adattative al problema attuale.

III. 2. *Formazione dei terapeuti*

La B-APP è quindi uno strumento terapeutico a matrice psicodinamica standardizzato e semi/manualizzato [27] adatto ad essere impiegato anche nei Dipartimenti di salute mentale [34]. I terapeuti che hanno praticano la B-APP in questa ricerca-intervento si sono formati alla tecnica del trattamento frequentando uno specifico corso.

Il corso richiede di apprendere le basi teoriche dello strumento dal manuale, seguire lezioni frontali sullo strumento ed un training emotivo/ formativo [55] con la supervisione di un terapeuta B-APP esperto, di solito un Analista Didatta della SIPI (*). Al termine del training i terapeuti sono sottoposti a valutazione da parte del clinico supervisore.

III. 3. *Programma multimodale di cura*

Data la complessità dei quadri clinici dei DA, la B-APP viene articolata con gli altri interventi secondo la strategia terapeutica della “Rete Bio-Psico-Sociale”: interventi psicologici, farmacologici, nutrizionali e famigliari sono combinati in modo non-contraddittorio secondo un progetto ad *personam* consapevole delle resistenze attuali e in divenire, del paziente e della sua famiglia [22].

L'*ipotesi patogenetica biopsicosociale* è la base per la costruzione di tale progetto: i sintomi psicopatologici sono intesi sia come espressione di disturbi fisici, psicologici, relazionali, sia al contempo inconsapevoli riparazione, rimedio-difesa, al disturbo *profondo* [22, 39, 51] che riguarda lo sviluppo del Sé. L'applicazione clinica del modello biopsicosociale ha una prospettiva multimodale e può essere suddivisa in aree distinte, ma interconnesse: *valutazione diagnostica complessiva del soggetto, formulazione, pianificazione* [22, 60].

La valutazione porta alla individuazione di una diagnosi e di un programma di intervento. Fornisce una osservazione complessiva del soggetto, che comprende non solo i sintomi psichici e somatici, le preoccupazioni, i quadri disadattivi, ma soprattutto il suo stile di vita-personalità, i suoi obiettivi reali e fittizi e principalmente il suo progetto esistenziale. Questo approccio permette di considerare le ambivalenze e le resistenze radicate nel disturbo, gli stili e le aspettative del paziente e della famiglia, mentre costantemente si promuove una relazione terapeutica incoraggiante.

La *diagnosi complessiva* comprende la diagnosi DSM IV e la configurazione dello Stile di Vita-Sé-Personalità del soggetto. Viene formulata dopo una visita psichiatrica e una visita medica e dietologico-nutrizionale, precedute o seguite da eventuali altri esami specialistici, come quelli endocrinologici e ginecologici. La *formulazione* si propone di spiegare/comprendere la natura, le modalità e i tempi di sviluppo della crisi psicopatologica fino al momento presente; prende inoltre in considerazione il *significato psicodinamico* provvisorio della crisi stessa, allo scopo di conseguire quegli elementi predittivi sulla evoluzione futura del caso in questione [22].

La formulazione è utile nella pianificazione del trattamento; fornisce implicitamente informazioni sul possibile esito del trattamento e quindi sulla prognosi; rinforza la comunicazione empatica da parte del terapeuta; permette, attraverso la comprensione delle possibili resistenze del paziente, di ridurre la probabilità che il trattamento venga abbandonato prima di quanto concordato [22].

Il *programma/piano* di intervento può prevedere trattamento ambulatoriale oppure semiresidenziale o residenziale: Day hospital -e/o Ricovero in reparto dedicato ai DA, in sequenza temporale secondo un percorso di progressiva motivazione alla cura.

Il *piano* di trattamento multimodale può quindi includere alcune o tutte seguenti opzioni articolate a seconda delle condizioni psicopatologiche e le potenzialità evolutive del paziente e della sua famiglia:

- controlli psichiatrici con date fisse più o meno frequenti a seconda della situazione clinica e psicologica del paziente;
- eventuale terapia psicofarmacologica adiuvante il trattamento del DA;
- ciclo di psicoterapia BAPP, ripetibile una volta in caso di necessità;
- intervento di counselling ai genitori secondo diverse modalità prescelte in base ai criteri clinici e organizzativi e alle richieste della famiglia: incontri di gruppo, incontri individuali, incontri di coppia;
- ricovero in day hospital per pazienti in cui è controindicato un mero intervento ambulatoriale;
- ricovero volontario presso il reparto di degenza afferente al Centro.

III. 4. *Misure effettuate a T0 e a T1:*

- a) Temperament and Character Inventory (TCI) di Cloninger et al. [12].
- b) Indice di Massa Corporea (BMI)
- c) Criteri diagnostici di Anoressia Nervosa (AN e dei sottotipi AN- R AN BP secondo DSM IV TR).

Cloninger e coll. hanno sviluppato un modello psicobiologico dimensionale della personalità che tiene conto delle variazioni sia normali che anormali di due componenti principali della personalità: temperamento e carattere. Il modello di personalità di Cloninger ha un buon potenziale per fornire una visione sintetica e completa della personalità umana secondo differenti prospettive teoriche. TCI è un questionario autosomministrato costruito per valutare le sette dimensioni fondamentali dei tratti di personalità. Quattro riguardano il temperamento e tre riguardano il carattere.

Per la descrizione delle dimensioni del carattere Cloninger e collaboratori (1993) si sono riferiti alla tradizione psicodinamica. La descrizione delle dimensioni e delle sottodimensioni del carattere si riferisce a diverse concezioni che Adler aveva descritto nei suoi studi sullo Stile di Vita e sul temperamento/carattere nervoso [4].

L'impatto dell'intervento terapeutico multidisciplinare includente la B-APP viene misurato attraverso l'eventuale significativo cambiamento di tre indicatori clinici e psicometrici: 1) il BMI, 2) il numero di condotte binge-purging (nel sottogruppo specifico) e 3) il cambiamento delle dimensioni e sottodimensioni del TCI. Gli indicatori clinici sono stati registrati prima di iniziare la B-APP (T0) e alla fine di B-APP (T1), agli stessi endpoint è stato anche somministrato il TCI.

Analisi statistica

La variazione del BMI prima (T0) e dopo (T1) la B-APP nell'intero campione di pazienti è stata valutata utilizzando il t-test per misure ripetute. Il confronto del BMI tra T0 e T1 è stato anche effettuato separatamente nei due gruppi di pazienti AN-R e AN-BP.

La variazione delle condotte di eliminazione prima (T0) e dopo (T1) la B-APP nel sottogruppo AN-BP è stata valutata utilizzando il t-test per misure ripetute. Il cambiamento delle dimensioni e sottodimensioni del TCI prima (T0) e dopo (T1) la B-APP è stato effettuato nel campione complessivo delle pazienti e in ciascuno dei due sottogruppi (AN-R e AN-BP) utilizzando il t-test per misure ripetute.

Al fine di indagare se alcuni tratti della personalità misurati con il TCI siano un predittore del cambiamento del BMI dopo la psicoterapia con la B-APP è stata utilizzata la correlazione di Pearson tra il cambiamento del BMI (delta BMI T0- T1) e i tratti della personalità misurati dal TCI a T0.

IV. Risultati

1) Riguardo al primo obiettivo - indagare se il BMI nel paziente con AN cambia dopo la B-APP- si sono osservati i risultati riportati nella tab.1.

Confronto del BMI prima e dopo B-APP

	Tutte le pazienti AN			Pazienti AN-BP			Pazienti AN-R		
	BMI T0 differenza	BMI T1		BMI T0 differenza	BMI T1		BMI T0 differenza	BMI T1	
N°	85	85		40	40		45	45	
Media (+/-DS)	16.56 (1,84)	18.24 (2,20)	1.68	16.91 (1,89)	18.79 (2,23)	1.88	16.24 (1,73)	17.75 (1,93)	1.51
df			83			39			43
t			6,62			4,2			5,47
p-value			< .0001			0001			< .0001

Tab. 1. Confronto del BMI prima e dopo BAPP nel gruppo delle pazienti con t-test

Dalla tabella considerando tutto il campione dei pazienti dopo B-APP si osserva un aumento significativo del BMI, che varia da 16,5 Kg/m² – corrispondente a sottopeso vicino al cut off di magrezza grave - a 18,2 che è regolare (DSM IV). Inoltre, osservando il gruppo AN-R e il gruppo AN-BP si riscontra un cambiamento significativo del BMI.

In AN-BP cambia da 16,9 prima di B-APP a 18,7 dopo B-APP che significa che dopo la psicoterapia diventa regolare. In AN-R cambia da 16,2 a 17,7 ciò significa che non diventa del tutto regolare dopo la psicoterapia, ma il cambiamento è importante considerando la gravità della malattia e considerando che B-APP prevede 20 sedute in pazienti che hanno un media di insorgenza della malattia di 5 anni.

Sono poi considerati i comportamenti binge purging (tab. 2), abbuffata ed eliminazione nel campione AN-BP per valutare se ci sono cambiamenti prima e dopo B-APP su di essi utilizzando Student t-test.

Condotte binge purging in AN-BP prima e dopo B-APP con t-test

	media T0	media T1	t Value	p
Binge settimana T0 - binge settimana T1	2,04	0,87	4,53	< .0001
Purging settimana T0 - purging settimana T1	1,72	0,68	4,85	< .0001

Tab. 2. Condotte Binge purging in AN-BP prima e dopo B-APP con t-test

Si evidenzia come sia le condotte di abbuffata che quelle di eliminazione in AN-BP diminuiscono significativamente dopo la B-APP.

2) Per quanto riguarda il secondo obiettivo, ovvero indagare se alcuni tratti di personalità rilevati al TCI cambiano prima e dopo B-APP, si sono riscontrati i risultati riportati alla tab 3.

Confronto tra dimensioni TCI del gruppo AN prima e dopo B-APP

AN	T0 Mean±SD	T1 Mean±SD	T	P
Ricerca Novità (NS)	18,1 ± 5,5	17,7 ± 6.4	0.340	.07346
Evitamento del danno (HD)	22,0 ± 7.4	20,6 ± 8,5	1,870	.0666
Dipend Riconoscimento (RD)	14.6 ± 4.5	14.3 ± 5.0	0.250	.8062
Persistenza (P)	5.0 ± 2,4	4,9 ± 3.0	-2.083	.3731
Autodirettività (SD)	23,5 ± 9,0	24,0 ± 9,0	-0,630	.5321
Cooperatività (C)	29,6 ± 8,0	27,7 ± 10,6	1,160	.2516
Autotrascendenza (ST)	10,8 ± 5,7	11,4, ±9.7	-0,230	.8159

Tab 3. Confronto dimensioni TCI gruppo totale pazienti AN prima e dopo B-APP AN con t- test

Si osserva come la dimensione Evitamento del danno HA, è più alta nel gruppo dei pazienti prima della B-APP e diminuisce, con un *trend di significatività* dopo la B-APP e cambiando da una media di 22 a 20,6 Kg/m². Questo risultato è di per sé degno di attenzione dal momento che un alto livello di HA contribuisce a mantenere i sintomi alimentari e psicopatologici [8, 25, 42].

È risultato quindi motivato un approfondimento dell'analisi dei risultati al TCI dopo la BAPP considerando separatamente i due sottogruppi di pazienti, quelle con AN-R e quelle con AN-BP considerando anche le sottodimensioni di ognuna delle dimensioni del TCI sia per il Temperamento che per il Carattere. I risultati significativi sono esposti nella tab. 4 seguente:

Confronto Soggetti sottogruppo AN-R prima e dopo B-APP t-test per misure ripetute

AN-R	T0 Mean±SD	T1 Mean±SD	T	P
TCI				
Stravaganza (NS3)	4.40 ± 2.21	5.25 ± 1.55	-2.873	.011
Persistenza (P)	5.04 ± 2.00	4.56 ± 1.99	2.182	.040
Responsabilità (SD2)	4.62 ± 2.4	5.50 ± 2.04	-3.050	.008
Autodirettività (SD)	26.52 ± 8.2	30.50 ± 2.04	-2.083	.050

Tab. 4. AN-R Anoressia Nervosa Restrictor; SD=Deviazione Standard, T0=presa in carico, T1=dopo B-APP.

Come mostrato nella tab.4 significativi miglioramenti si sono riscontrati nella personalità delle pazienti affette da AN-R. Per quanto riguarda il *Temperamento* si evidenzia un significativo ($p = 0,000$) miglioramento nelle dimensioni *persistenza* (P) ($p = 0,040$) e *stravaganza* (NS3) ($p = 0,011$). Rispetto al *Carattere* si riscontra un significativo miglioramento nelle dimensioni dell'*autodirettività* (SD) ($p = 0,05$) e nella sua sottodimensione della *responsabilità* (SD2) ($p = 0,008$).

Esaminando i risultati delle dimensioni e sottodimensioni TCI i nel gruppo delle pazienti con AN-BP si sono osservati significativi miglioramenti negli aspetti personologici del Temperamento, nelle dimensioni dell'*evitamento del danno* (HA) ($p = 0,038$), nelle sottodimensioni dell'*ansia anticipatoria* (HA1) ($p = 0,048$) e dell'*affaticabilità* (HA4) ($p = 0,016$).

Tabella 5 t-test per misure ripetute.

Confronto Soggetti con sottogruppo AN-BP prima e dopo B-APP

AN-BP	T0 Mean±SD	T1 Mean±SD	T	P
TCI (sottodimensioni HA)				
Ansia anticipatoria (HA1)	7.50 ± 2.98	5.63 ± 3.90	2.167	0.048
Affaticabilità (HA4)	5.23 ± 2.61	3.26 ± 2.49	2.735	0.016
Evitamento danno (HA)	22.59 ± 8.58	17.90 ± 10.50	2.252	0.038

Tab. 5. AN-BP Anoressia Nervosa Binge Purging; SD=Deviazione Standard, T0=presa in carico, T1=dopo B-APP.

3) Riguardo al terzo obiettivo - indagare se alcuni tratti della personalità misurati con il TCI sono predittori del cambiamento del BMI - si sono rilevati i seguenti risultati (cfr. tab. 6).

Correlazione tra delta BMI e dimensioni TCI dell'intero gruppo AN

Variabile	variabile	correlazione Pearson	p
Δ BMI	NS	0,184	0,033
	HA	-0,250	0,003
	SD	0,377	0,001

Tab. 6. Correlazioni tra delta BMI and TCI con correlazione di Pearson.

Dall'analisi risulta che in tre dimensioni del TCI c'è una relazione di significatività con la variazione di peso. In primo luogo si rileva come due tratti del temperamento predicono un cambiamento di peso: un'elevata NS è un predittore positivo del cambiamento di peso, mentre una maggiore HA è un predittore negativo del cambiamento di peso. Infine si osserva come un'elevata SD è un predittore positivo del cambiamento di peso.

V. Programma multimodale di cura

La presente ricerca ha considerato 85 pazienti di sesso femminile affette da anoressia nervosa in cura presso il Centro Esperto Pilota per i Disturbi Alimentari per un trattamento multimodale includente la B-APP.

V. 1. Superamento delle resistenze al cambiamento

Al termine del percorso terapeutico multidisciplinare il gruppo delle pazienti nel suo complesso evidenzia un cambiamento significativo negli indici clinici e psicopatolo-

gici identificati come target terapeutici. Diverse reviews mostrano come la resistenza al cambiamento dei pazienti con anoressia nervosa sia elevata e come gli anni di malattia influenzino il cambiamento [42, 3, 48]. In considerazione della gravità sintomatologica del campione oggetto di studio (BMI medio corrispondente ad una anoressia moderata) e la durata di malattia elevata (media di 5 anni) il trattamento multimodale includente la B-APP risulta verosimilmente uno strumento efficace nel superare i meccanismi resistentivi di queste pazienti, almeno verso il recupero ponderale.

La resistenza inconscia di questo tipo coinvolge le difese delle pazienti con AN poiché esse preservano le pazienti da emozioni spiacevoli come l'ansia e l'angoscia [1, 16, 23]. I caratteristici meccanismi di difesa delle pazienti diventano resistenze quando il paziente entra in trattamento [39]. I clinici devono evitare di attribuire alla paziente la colpa di resistere al trattamento. Piuttosto, comprendiamo che il paziente ha ansie, paure e risentimenti che sono stati a lungo *coperti* da un insieme di difese, ed è difficile considerare di abbandonare quella caratteristica forma di corazza/finzione contro stati affettivi dolorosi o spiacevoli.

Nel percorso della B-APP tramite un *ascolto incondizionato* [9, 15] viene permesso, anzi favorito nella paziente di mostrare chi è veramente, senza esortarla a fare qualsiasi cosa per il terapeuta, ma permettendole di esprimere il vero sé emergente abbandonando il falso sé costruito nell'infanzia sulla base di relazioni di attaccamento distorcenti [5, 9, 49]. Il modo in cui il paziente si oppone alle cure indica infatti la ri-creazione di una relazione passata che influenza una varietà di altre relazioni oltre a quella con il terapeuta: rappresenta una chiave di lettura per comprendere le dinamiche relazionali intrapsichiche e i *deficit* nelle relazioni di attaccamento, così come le problematiche interpersonali in corso al di fuori della terapia.

V. 2. Cambiamento nelle misure cliniche

Tra le variabili cliniche considerate sia il peso corporeo valutato col BMI che la frequenza di comportamenti binge-purging settimanali risultano significativamente migliorati nel campione dopo il trattamento multimodale comprendente la B-APP. Il BMI medio dei soggetti con AN è notevolmente migliorato (+1,68 Kg/m²) superando il cut-off per la diagnosi di AN ed entrando pertanto nel range del normopeso a fine trattamento.

Ciò sottolinea che il trattamento multimodale con B-APP sul campione considerato nel suo insieme è stato efficace per produrre una remissione della diagnosi di AN anche in soggetti gravemente affetti (BMI<16) [37]. Le differenze tra i due gruppi diagnostici, AN-R e AN-BP, rappresentano un aspetto inedito. Infatti il gruppo dell'anoressia binge-purging mostra un miglioramento ponderale superiore a quello dell'anoressia restrittiva (+1,88 vs 1,51 Kg/m²) e pertanto presenta un superamento del sottopeso (BMI > 18,5) con raggiungimento del normopeso, mentre il gruppo con

anoressia restrittiva nel suo complesso non riesce a superare la soglia del normopeso. Tale risultato rappresenta una diretta conseguenza del differente stile alimentare che nel caso della AN-BP è caratterizzato da comportamenti quali le abbuffate che possono di per sé favorire l'incremento ponderale.

Tuttavia tale risultato appare in parziale contraddizione con la letteratura recente che suggerisce che una diagnosi di AN-BP, di tipo abbuffate-condotte di eliminazione [11, 53] o un tasso più elevato di comportamenti abbuffate-purganti in generale [63] rappresentino fattori prognostici negativi per l'esito del trattamento. Ciò suggerisce che, più che essere uno specifico fattore prognostico negativo per l'esito del trattamento, la diagnosi di comportamenti di abbuffata-eliminazione necessita di un adeguamento specifico della strategia di trattamento rispetto alla diagnosi di AN-R [46].

Tale specificità può essere rappresentata proprio dall'attitudine accogliente e tollerante del terapeuta B-APP [15] verso le sofferenze, i sintomi e i significati profondi [49] della paziente. Essendo la resistenza un regolatore della relazione terapeutica [56], gli interventi su di essa coinvolgono la consapevolezza degli aspetti transferali e controtransferali da parte del clinico psicodinamico attento alle proprie emozioni e a quelle delle pazienti [49, 52]: continue revisioni e ricalibrature del progetto terapeutico e più in generale della strategia dell'intervento.

Nel caso delle pazienti con AN-BP questa attitudine potrebbe ridurre le condotte eliminatorie, interpretabili come uno sfogo rabbioso ed espulsivo nei confronti di una relazione opprimente [15]. Questo viraggio sintomatologico potrebbe quindi favorire l'incremento ponderale modificando il rapporto tra cibo introdotto e quello espulso a favore del primo.

Pertanto il presente risultato, se ci saranno ulteriori convalide, potrebbe indicare la B-APP come trattamento di prima scelta proprio in questo sottogruppo diagnostico più resistente ai trattamenti attualmente disponibili e validati dalla letteratura [11, 63]: i comportamenti di abbuffata con eliminazione o l'uso di lassativi si sono ridotti a livelli prossimi allo zero. La rilevanza delle abbuffate come fattore correlato alla resistenza come già evidenziato dalla letteratura [63] sottolinea quanto rilevato sulle caratteristiche della B-APP.

V. 3. *Il cambiamento nelle dimensioni della personalità*

Molti studi [17] hanno descritto da tempo il rapporto tra stili alimentari patologici e tratti di personalità: verosimilmente i cambiamenti *evolutivi* dello Stile di Vita – Personalità delle pazienti osservati in questo studio sono correlati ad una o tutte le componenti del trattamento multimodale impiegato in questa ricerca/intervento. Il cambiamento dei sintomi clinici quindi è stato associato a cambiamenti significativi nelle dimensioni della personalità, tuttavia mentre nel campione complessivo il tratta-

mento con la B-APP produce soltanto un *trend* nel cambiamento dell'HA, evitamento del danno, in ciascuno dei due sottogruppi clinici i cambiamenti nelle sottodimensioni della personalità sono più significativi e marcati e riguardano un numero più elevato di dimensioni personologiche differenti nei due sottogruppi.

Questo fatto sottolinea come oltre a differenti gradienti di cambiamento sul piano clinico (BMI in particolare) la B-APP sia un intervento adeguato per ciascuna sottodiagnosi e inneschi dinamiche paziente-terapeuta specifiche per le dinamiche sottese al disturbo. Questo risultato riguarda quindi il paradigma della *personalizzazione* della terapia che evidentemente la B-APP tende ad esprimere in modo accurato [15, 61].

La riduzione dell'evitamento del danno (HA) rappresenta un risultato rilevante per la comprensione dei meccanismi attraverso cui una terapia *del profondo* agisce sullo sviluppo del Sé della paziente irrobustendolo fino al superamento della necessità di espressione sintomatologica [15]. Infatti l'Evitamento del danno HA costituisce un tratto temperamentale della personalità che il modello psicobiologico postula come relativamente stabile nel corso della vita adulta [12, 61].

Inoltre HA è considerato un fattore essenziale nel “core psicopatologico” dell'anorexia nervosa, come di altri disturbi psichici [27, 50]. Infatti esso rappresenta una rappresentazione fallimentare di Sé profondamente strutturata nelle esperienze infantili precoci e nei deficit dell'attaccamento [1, 5]. Il fatto che, anche se in modo non significativo, la B-APP riesca a produrre un cambiamento riferito a questo tratto sottolinea come l'interazione terapeutica basata sull'attenzione al profondo e alle dinamiche transferali della paziente possa innescare quei meccanismi di regolazione epigenetica del temperamento che sono in grado di modificarlo anche nella vita adulta influenzando significativamente la traiettoria evolutiva della personalità della paziente.

Nella B-APP ciò avviene in un'ottica riparativa delle alterazioni prodotte da un parenting inadeguato secondo il postulato di Adler di “assunzione tardiva della funzione materna” [15]. Questo è risultato di per sé degno di attenzione perché un alto livello di HA danno contribuisce a mantenere i sintomi alimentari e di somatizzazione [16, 6, 42].

Questo tipo di evoluzione positiva del percorso terapeutico nel nostro campione caratterizza in modo più marcato il sottogruppo AN-BP, in cui vengono ridotte significativamente sia l'ansia anticipatoria che l'affaticabilità oltre alla dimensione principale. Il fatto che tale estesa modifica del funzionamento temperamentale sia correlata nello stesso gruppo ad un più spiccato miglioramento ponderale rimarca come questo tratto rappresenti un elemento nucleare responsabile della necessità di produrre il dimagrimento. Il controllo assoluto della fame e del peso significa recupero onnipotente e illusorio dell'autostima di fronte ad una percezione inconsapevolmente fallimentare di sé.

Infatti l'immagine introiettata sulla base delle relazioni di attaccamento attraverso i meccanismi di *embodied simulation* and *intentional attunement* [40] risulta minacciata dalla dominante paura che mangiare, vivere e provare emozioni portino a perdere il controllo svelandone la profonda debolezza e inadeguatezza: i pazienti sono così precipitati in un circolo vizioso di stagnazione /blocco evolutivo ed evitamento [64].

Anche se i cambiamenti nell'evitamento del danno (HA) sono meno rilevanti nel gruppo AN-R, l'incremento della sottodimensione *stravaganza* (NS3) e la riduzione della persistenza P mostrano come anche in questo gruppo la relazione terapeutica attivi una modulazione del percorso epigenetico [44, 45]. I tratti che vengono modificati sono anch'essi assai significativi per questo sottogruppo di pazienti, notoriamente caratterizzate da bassi livelli di ricerca della novità (NS) e alti livelli di persistenza (P).

Nel primo caso è possibile ipotizzare come l'incremento della *stravaganza* rappresenti una coraggiosa apertura della paziente al superamento delle posizioni di adesione rigida ai modelli ed alle richieste sociali e familiari caratteristiche del suo falso Sé [15] e la capacità di esprimere un vero Sé emergente supportato dall'attaccamento attivato nella relazione terapeutica [5]. La riduzione della persistenza, tratto essenziale per il mantenimento della sintomatologia di fronte alla sofferenza generata dalla fame, emaciazione, dalla fatica e dalle privazioni insite nel disturbo, può rappresentare invece una riattivazione delle risorse creative inesprese, finalmente liberate dalla pressione delle richieste prestazionali dell'ambiente [25].

Infine, sebbene più prevedibile in quanto già evidenziato in altre casistiche cliniche [10, 66] l'incremento della dimensione del carattere SD, autodirettività, rappresenta anche nel gruppo delle AN-R un elemento di destabilizzazione del core sintomatologico del disturbo [29]. Infatti un deficit di autodirettività rappresenta una misura della fragilità nella struttura della personalità e rappresentano una caratteristica fondamentale del profilo di personalità nell'anoressia nervosa [30]. Se quindi il miglioramento nel gruppo AN-BP sembra più mediato da una riduzione delle angosce inconse di inadeguatezza centrate su una evoluzione epigeneticamente sfavorevole dello sviluppo del temperamento, nel gruppo AN-R sembra essere la maturazione del carattere a favorire la riorganizzazione del funzionamento del Sé emergente e con essa la riduzione della sintomatologia [16, 31].

V. 4. *La relazione tra miglioramento della personalità e cambiamenti psicopatologici*

Secondo una delle ipotesi del presente studio è possibile che almeno in parte il miglioramento complessivo dei sintomi della AN possa essere dovuto a uno sviluppo di alcune delle caratteristiche fondamentali della personalità che sono state evidenziate al follow-up. Le correlazioni tra il cambiamento del BMI e il funzionamento di personalità corroborano questa ipotesi, rinforzando quanto già evidenziano dello sviluppo terapeutico dei due gruppi clinici.

Si presuppone che il miglior adattamento prodotto dal cambiamento di questi tratti possa ridurre la sofferenza dell'individuo e il suo bisogno di espressione del sintomo alimentare [15, 47].

L'analisi di correlazione tra cambiamento del BMI e tratti di personalità supporta questa ipotesi. Secondo la concezione dell'anoressia nervosa come disturbo del Sé [5], e quindi dello Stile di vita-personalità, che è la struttura integrativa tra funzioni cognitive, emotive, relazionali, corporee e somatosensoriali dell'individuo [23], il miglioramento di questi tratti di personalità può rappresentare l'espressione di una migliore integrazione del Sé che riduce la pulsione alla magrezza e consente un progressivo incremento ponderale [5].

VI. *Conclusioni*

Il presente studio presenta alcuni dati riguardanti l'esito del trattamento multimodale centrato sulla B-APP [27] su un campione relativamente piccolo di soggetti con anoressia. Gli esiti della presente ricerca sono simili e confermano quelli già presentati dalla letteratura, caratterizzati da un significativo incremento ponderale di entrambi i sottogruppi clinici e un miglioramento delle condotte binge-purging nello specifico sottogruppo [6].

Correlati a questi miglioramenti sono i cambiamenti nell'evitamento del danno, nella ricerca della novità, e nell'autodirettività che supportano la rilevanza di queste caratteristiche fondamentali della personalità per l'evoluzione del percorso di guarigione. Tuttavia la debole correlazione tra tratti di personalità e caratteristiche cliniche suggerisce che le dinamiche che collegano i cambiamenti di personalità e l'esito clinico sono complesse e verosimilmente mediate da fattori che dovrebbero essere ulteriori oggetti di studio. Tra questi è possibile che durante il trattamento multimodale le problematiche personologiche e la difettualità nell'integrazione del Sé siano vicariate dagli atteggiamenti dei terapeuti [58] che supportano attivamente i pazienti all'alleanza terapeutica [41, 47] fino al raggiungimento di un miglioramento [6].

Uno degli aspetti più innovativi della presente ricerca è però rappresentato dalla differenziazione negli esiti dei due sottogruppi clinici reclutati. Infatti rispetto a quanto evidenziato nella letteratura precedente le pazienti AN-BP ottengono un risultato più favorevole nell'incremento ponderale rispetto a quelle AN-R. Inoltre, i cambiamenti nei tratti di personalità sono specifici per ciascun sottogruppo diagnostico.

Questo potrebbe suggerire che la B-APP è un tipo di trattamento ancor più indicato per il sottogruppo diagnostico AN-BP, forse a causa delle sue specifiche caratteristiche tecniche [15, 31], e che l'individualizzazione delle cure raggiunge con questo approccio una specificità così elevata da stimolare cambiamenti nelle dinamiche personologiche specifici per ciascun paziente e sottogruppo clinico.

VI. 1. Limitazioni e sviluppi

I principali limiti del presente studio riguardano il numero relativamente ridotto di soggetti che riduce la possibilità di ulteriori esplorazioni statistiche riguardanti i sottogruppi clinici e può aver ridotto la forza di alcune analisi eseguite.

Un altro limite riguarda l'assenza delle variabili riguardanti la qualità dell'alleanza terapeutica e degli atteggiamenti dei terapeuti [58], dell'implementazione della motivazione a curarsi [67] e del mantenimento nel tempo dei risultati conseguiti, che future ricerche dovranno considerare.

Inoltre, per la stessa ragione, possibili bias di reclutamento potrebbero aver influenzato il campione reclutato. Tuttavia la valutazione dei tratti di personalità dei soggetti reclutati ha consentito di aggiungere alcune nuove evidenze alla letteratura esistente.

(*) Gli Autori esprimono uno speciale ringraziamento ai dottori Alessandra Bianconi, Andrea Ferrero, Andrea Rambaudi, Paola Viglianco, Analisti Didatti SIPI, a Maria Zuccolin esperta di Analisi di Gruppo per la loro pregevole e generosa attività di formazione e supervisione con i terapeuti delle pazienti osservate in questa ricerca/intervento.

Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., DE BACCO, C., DELSEDIME, N., FASSINO, S. (2013), Resistance to treatment and change in eating disorders. A review on psychological aspects, *BMC Psychiatry*, 13: 294.
2. ABBATE DAGA, G., GRAMAGLIA, C., AMIANTO, F., MARZOLA, E., FASSINO, S. (2010), Attachment insecurity, personality, and body dissatisfaction in eating disorders, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 198: 520-524.
3. ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2016), A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders, *Eat Weight Disord.* Dec;21(4):553-580. doi: 10.1007/s40519-016-0265-9. Epub 2016 Mar 15. PMID: 26980319.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
5. AMIANTO, F., NORTHOFF, G., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S., TASCA, G. A. (2016), Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach, *Front. Psychol.* 7:849. doi: .3389/fpsyg.2016.00849.

6. AMIANTO, F., SPALATRO, A., OTTONE, L., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2017), Naturalistic follow-up of subjects affected with anorexia nervosa 8 years after multimodal treatment: Personality and psychopathology changes and predictors of outcome, *Eur Psychiatry*, Sep;45:198-206.
7. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. ATIYE, M., MIETTUNEN, J., RAEVUORI-HELKAMAA, A. (2015), A Meta-Analysis of Temperament in Eating Disorders, *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 23, pp. 89-99. doi: 10.1002/erv.2342.
9. BRUCH, H. (1982), Anorexia Nervosa: therapy and theory, *Am. J. Psychiatry*, 139: 1531-1538.
10. 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.
11. CARTER, J. C., MERCER-LYNN, K. B., NORWOOD, S. J., BEWELL-WEISS, C. V., CROSBY, R. D., WOODSIDE, D.B., ET AL. (2012), A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention, *Psychiatry Res.*; 200(2-3):518-23.
12. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D.M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. General Psychiatry*, 50: 975-989.
13. COX, R. H. (1989), Symbols and rituals in brief psychotherapy, *Individ. Psychol.*, 45: 238-243.
14. DE-BACCO, C., MARZOLA, E., FASSINO S., ABBATE DAGA, G. (2017), Psychodynamic psychotherapies for feeding and eating disorders, *Minerva Psichiatrica* September; 58(3):162-80 DOI: 10.23736/S0391-1772.17.01936-7.
15. FASSINO, S. (2014), La resistenza ai trattamenti nell'anoressia nervosa: la psicoterapia psicodinamica adleriana ha una specifica indicazione? *Riv. Psicol. Individ.*, 76: 31-69.
16. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2013), Resistance to treatment in eating disorders: acritical challenge, *BMC Psychiatry*, 7;13: 282.
17. FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., BOGGIO, S., ROVERA, G. G. (2002), Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory, *Int. J. Eat. Disord.* 32, 412–425. doi: 10.1002/eat.10099.
18. FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., BOGGIO, S., ROVERA, G. G. (2002), Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory, *Int. J. Eat. Disord.*, 32(4): 412-25.
19. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., FORNAS, B., GARZARO, L., D'AMBROSIO, G., ROVERA, G. G. (2001), Outcome predictors in anorectic patients after 6 months of multimodal treatment, *Psychother. Psychosom.*, 70: 201-208.
20. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., ROVERA, G. G. (2001), Nonresponder anorectic patients after 6 months of

- multimodal treatment: predictors of outcome, *Eur Psychiatry* 16:466-473.
21. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., DELSEDIME, N., BUSSO, F., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2005), Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: preliminary data, *Eat. Weight Disord.*, 10: 40-50.
22. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2010), *Manuale di Psichiatria Bio-Psicosociale*, CSE, Torino.
23. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., DELSEDIME, N. (2007), Psychological factors affecting eating disorders, *Adv Psychosom. Med.*, 28:141-68.
24. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (2003), Predictors of dropout from brief psychotherapy for bulimia nervosa, *Psychother. Psychosom.* 72: 203-210.
25. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Dropout multimodal treatment: predictors of outcome, *Eur Psychiatry* 16:466-473.
26. FASSINO, S., AMIANTO, F. (2018), *Psychoanalysis and Treatment of Body Image Disturbances in Eating and Weight Disorders* in CUZZOLARO, M., FASSINO, S. *Body Image, Eating, and Weight: A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*, Springer.
27. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy: Theoretical Issues and Process Indicators, *Panminerva Med.*, 50(2): 165-175
28. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2020), Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana: elementi teorici e indicatori di processo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 115-150.
29. FASSINO S., AMIANTO, F., SOBRERO, C., ABBATE DAGA, G. (2013), Does it exist a personality core of mental illness? A systematic review on core psychobiological personality traits in mental disorders, *Panminerva Med.*, 55:397-413.
30. FASSINO, S., AMIANTO, F., GRAMAGLIA, C., FACCHINI, F., ABBATE DAGA, G. (2004), Temperament and character in eating disorders: ten years of studies, *Eat Weight Disord.* Jun; 9(2):81-90.
31. FASSINO, S., PIERÒ, A., NOVELLI, A., BRUSTOLIN, A., BARBIERI, E., ABBATE DAGA, G. (2004), Il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare secondo la prospettiva della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 15-34.
32. FAVA, G. A. (1999), Well-being therapy: Conceptual and technical issues, *Psychother. Psychosom.*, 68: 171-179.
33. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 15-19.
34. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria Edit., Torino.
35. FERRERO, A., PIERÒ, A., FASSINO, S., MASSOLA, T., LANTERI, A., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S. (2007), A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting, *Eur Psychiatry*, 22(8):530-9.
36. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-92.

37. FICHTER, M. M., QUADFLIEG, N., HEDLUND, S. (2006), Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 39: 87-100.
38. FORGET, K., MARUSSI, D. R., LE CORFF, Y. (2011), Counter-transference in eating disorder treatment: a systematic review, *Can. J. Psychiatry*, 56: 303-310.
39. GABBARD, G. O. (2015), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
40. GALLESE, V. (2009), Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification, *Psychoanal. Dialogues*, 19: 519-536.
41. GULLIKSEN, K. S., ESPESET, E. M., NORDBØ, R. H., SKÅRDERUD, F., GELLER, J., HOLTE, A. (2012), Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective, *Int. J. Eat. Disord.*, 45: 932-941.
42. HAY, P. J., TOUYZ, S., SUD, R. (2012), Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review, *Aust N Z J Psychiatry*. Dec;46(12):1136-44. doi: 10.1177/0004867412450469. Epub 2012 Jun 13. PMID: 22696548.
43. HILSENROTH, M. J., PETERS, E. J., ACKERMAN, S. J. (2005), The development of therapeutic alliance during psychological assessment: patient and therapist perspectives across treatment, *J. Pers. Assess.*, 83:332-344.
44. KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L., PUTTONEN, S., KIVIMÄKI, M., ELOVAINIO, M., RONTU, R., LEHTIMÄKI, T. (2007), Tryptophan hydroxylase 1 gene haplotypes modify the effect of a hostile childhood environment on adulthood harm avoidance, *Genes Brain Behav.* Jun; 6(4):305-13. doi: 10.1111/j.1601-183X.2006.00255.x. Epub 2006 Jul 16. PMID: 16848783.
45. KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L., PULKKI-RÅBACK, L., ELOVAINIO, M., RAITAKARI, O. T., VIIKARI, J., LEHTIMÄKI, T. (2009), DRD2 C32806T modifies the effect of child-rearing environment on adulthood novelty seeking, *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr.* Genet. Apr 5;150B(3):389-94. doi: 10.1002/ajmg.b.30830. PMID: 18615478.
46. LE GRANGE, D., LOCK J., ACCURSO, E. C., AGRAS, W. S., DARCY, A., FORSBERG, S., ET AL. (2014), Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*; 53(11):1162-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.014>.
47. MARZOLA, E., ALBINI, E., DELSEDIME, N., FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G. (2019), Therapeutic alliance in inpatients with severe anorexia nervosa, *Europ Eat Disord Rev.* 27:671–81. doi: 10.1002/erv.2687.
48. MARZOLA, E., LONGO, P., SARDELLA, F., DELSEDIME, N., ABBATE-DAGA, G. (2021), Rehospitalization and “Revolving Door” in Anorexia Nervosa: Are There Any Predictors of Time to Readmission? *Front. Psychiatry* 12:694223. doi: 10.3389/fpsy.2021.694223
49. MARZOLA, E., PANEPINTO, C., DELSEDIME, N., AMIANTO, F., FASSINO, S., ABBATE-DAGA, G. (2016), A factor analysis of the meanings of anorexia nervosa: intrapsychic, relational, and avoidant dimensions and their clinical correlates, *BMC Psychiatry*, Jun 7;16:190.
50. MIETTUNEN, J., RAEVUORI, A. (2012), A meta-analysis of temperament in

- axis I psychiatric disorders, *Compr. Psychiatry*, 53:152-66.
51. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, CST, Torino.
52. PLAKUN, E. (2012), Treatment resistance and psychodynamic psychiatry: concepts, *Psychodyn. Psychiatry*, 40(2): 183-209.
53. RIGAUD, D., PENNACCHIO, H., BIZEUL, C., REVEILLARD, V., VERGÈ, S.B. (2011), Outcome in an adult patients: a 13-year follow-up in 484 patients, *Diabetes Metab*; 37(4): 305-11.
54. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una teoria dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
55. ROVERA, G. G. (1988; 2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
56. ROVERA, G. G. (2000), *La resistenza in psicoterapia*, in: "L'Universo del corpo", vol. 5, Enciclopedia Italiana Treccani, Roma, pp. 305-307.
57. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
58. ROVERA, G.G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
59. SOLMI, M., WADE, T. D., BYRNE, S., DEL GIOVANE, C., FAIRBURN, C. G., OSTINELLI, E. G., DE CRESCENZO, F., JOHNSON, C., SCHMIDT, U., TREASURE, J., FAVARO, A., ZIPFEL, S., CIPRIANI, A. (2021), Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis, *Lancet Psychiatry*, Mar; 8(3):215-224.
60. SPERRY, L. (1989), Contemporary approaches to brief psychotherapy: A comparative analysis, *Individ. Psychol.*, 45:3-25.
61. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), *Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research* in (Soares and Gershon editors) *Handbook of Medical Psychiatry*, ch.10, 117-148, Marcel Dekker, Inc. NY.
62. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*;1: 3-31.
63. VALL, E., WADE, T. D. (2015), Trail making task performance in inpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Eur Eat. Disord. Rev*; 23(4):304–11. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2364>.
64. WILDES, J. E., MARCUS, M. D. (2011), Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series, *Int. J. Eat. Disord.*, 44: 421-427.
65. ZEECK, A., HERPERTZ-DAHLMANN, B., FRIEDERICH, H-C., BROCKMEYER, T., RESMARK, G., HAGENAH, U., EHRLICH, S., CUNTZ, U., ZIPFEL, S., HARTMANN, A. (2018), Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis, *Front. Psychiatry* 9:158. doi: 10.3389/fpsy.2018.00158.
66. ZIPFEL, S., WILD, B., GROß, G., FRIEDERICH, H. C., TEUFEL, M., SCHELLBERG, D., GIEL, K. E., DE ZWAAN, M., DINKEL, A., HERPERTZ, S., BURGMER, M., LOWE, B., TAGAY, S., VON WIETERSHEIM, J., ZEECK, A., SCHA-

DE-BRITTINGER, C., SCHAUBENBURG, H., HERZOG, W., GROUP, A. S. (2014), Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial, *Lancet* 383:127-137. doi:10.1016/S0140-6736(13)61746-8.

67. ZISER, K., RHEINDORF, N., KEIFENHEIM, K., BECKER, S., RESMARK, G., GIEL, K. E., SKODA, E-M., TEUFEL, M., ZIPFEL, S., JUNNE, F. (2021), Motivation-Enhancing Psychotherapy for Inpatients with Anorexia Nervosa (MANNA): A Randomized Controlled Pilot Study, *Front. Psychiatry* 12:632660. doi: 10.3389/fpsyt.2021.632660.

Federico Amianto
Dipartimento di Neuroscienze Università di Torino
Via Cherasco 11
I-10126 Torino
E-mail: federico.amianto@unito.it

Giovanni Abbate Daga
Dipartimento di Neuroscienze Università di Torino
Via Cherasco 11
I-10126 Torino
E-mail: giovanni.abbatedaga@unito.it

Marta Barosio
Dipartimento di Neuroscienze Università di Torino
Via Cherasco 11
I-10126 Torino
E-mail: marta.barosio@gmail.com

Andrea Rambaudi
Scuola SAIGA
Via Principe Amedeo 6
I-10133 Torino
E-mail: andrearambaudi@gmail.com

Secondo Fassino
Dipartimento di Neuroscienze Università di Torino
Via Cherasco 11
I-10126 Torino
E-mail: secondo.fassino@unito.it