

Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana: elementi teorici e indicatori di processo*

*pubblicato su *Panminerva Medica* come:

Fassino S., Amianto F., Ferrero A. Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: theoretical issues and process indicators. *Panminerva Med.* 2008 Jun;50(2):165-75.

SECONDO FASSINO, FEDERICO AMIANTO, ANDREA FERRERO

Summary – Brief psychotherapy is gaining interest worldwide, because of its good cost/effectiveness ratio and proved efficacy. The aim of the paper was to describe the brief Adlerian psychodynamic psychotherapy (B-APP): a brief, psychodynamically oriented psychotherapy referring to the individual psychology (IP). The B-APP theory refers to the following paradigms: 1) the individual represents a psychosomatic unity integrated in the social context; 2) the individual needs to build and regulate the image of the self; 3) bond patterns regulate human relationships and represent the symbolic "fil rouge" connecting the elements of the life-style. Its objectives are: 1) an at least partial resolution of the focus problem; 2) a decrease or a non-increase of symptoms; 3) a global increase of quality of life. The results depend on intrapsychic and relational changes. Indications are more relative than absolute. The possibility of identifying a meaningful focus is fundamental. The treatment scheme includes 15 sessions subdivided into 5 phases. B-APP offers a technical approach to brief psychotherapy which is suitable in many fields of psychiatry and liaison medicine such as preventive interventions in at-risk subjects, somatopsychic disorders and liaison psychiatry, personality and eating disorders, and treatment of emotionally disturbed children. It was applied as psychotherapeutic approach in some clinical outcome studies about eating disorders and severe personality disorders displaying a good efficacy.

Keywords: PSICOTERAPIA BREVE, PSICOTERAPIA PSICODINAMICA, BASI TEORICHE DELLA PSICOTERAPIA BREVE, PSICOLOGIA INDIVIDUALE, ALFRED ADLER

Prefazione

SECONDO FASSINO

Attualità di una riproposta

L'allarme per la nostra salute, causata dall'epidemia di Covid-19 in corso, ha mostrato come il distanziamento fisico può rallentare la diffusione del virus, ma ci ha resi preoccupati per rischi conseguenti all'isolamento sociale. Superato lo shock e la paura iniziali, psichiatri e psicologi clinici si sono chiesti come prendersi cura dei

loro pazienti divenuti ulteriormente vulnerabili, e come occuparsi di nuovi soggetti gravemente stressati e traumatizzati da questa crisi e fornire un supporto importante alla assistenza sanitaria [20]. Ricerche epidemiologiche in corso indicano un aumento considerevole di disturbi d'ansia e/o depressivi, disturbi post-traumatici da stress, abuso di droghe, solitudine e violenza domestica e inoltre, con la chiusura delle scuole, la possibilità di un'epidemia di abusi sull'infanzia è molto concreta [8].

Anche tra gli operatori sanitari, caregivers di pazienti affetti o che hanno superato il Covid-19 sono osservate reazioni d'ansia, depressione e disorientamento esistenziale, logoramento professionale e burn-out. Sono quindi necessarie cure efficaci in tempi rapidi fruibili da un gran numero di soggetti, nei servizi sanitari pubblici e nella pratica privata, a distanze fisiche e *psicologiche* non convenzionali.

Tra le diverse *relazioni di aiuto* in condizione di emergenza [17] in tale epidemia globale si evidenziano oltre agli interventi di urgenza anche, specialmente, gli interventi di psicoterapia breve. Il tradizionale patrimonio teorico-tecnico, della Psicologia Individuale (IP) circa il processo di incoraggiamento/transmotivazione e gli assetti *profondi* della comunicazione empatica, sembrano fruibili per nuove cure e anche per la formazione degli operatori.

L'articolo che qui si presenta apparve dodici anni or sono su una rivista internazionale in lingua inglese, *Panminerva Medica*, di tipo multidisciplinare, dedicata ai clinici delle diverse specializzazioni, giornale dotato di buona diffusione nella comunità scientifica internazionale.

La psicoterapia breve otteneva allora un rinnovato crescente interesse a livello mondiale, in virtù della sua comprovata efficacia e di un favorevole rapporto costi/benefici, anche in nuove aree di applicazione come la medicina psicosomatica e le reazioni psicopatologiche alle diverse malattie del corpo, a partire da quelle oncologiche. L'intento degli autori all'epoca era duplice: far conoscere ad una più vasta area di studiosi e ricercatori clinici, medici e psicologi, la Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B-APP) e in secondo luogo rendere *fruibile* dagli psicoterapeuti, non solo di linea IP, in ambito internazionale un metodo rigoroso di studio della stessa che ne evidenziasse gli elementi teorici e gli indicatori di processo.

Tale presentazione appare utile per accompagnare percorsi formativi, come pure per programmare ricerche riguardanti l'area della psicoterapia breve adleriana, ricerche quindi pubblicabili e *citabili* su riviste accreditate nella comunità scientifica tramite banche dati bibliografiche nell'ambito delle scienze psicomediche. In questi ultimi anni infatti anche alla psicoterapia - come ad altre pratiche cliniche di diagnosi e cura - vengono richieste dai Sistemi Sanitari Statali e dalle Agenzie Formative Professionali Statali prove di validazione e di efficacia, al fine di sottrarre i percorsi diagnostico-terapeutici e gli iter formativi dei clinici all'*autoreferenzialità*, a favore delle crescenti esigenze etiche di *buona pratica clinica* e di corretto uso delle risorse pubbliche.

Si è ritenuto di proporre questo articolo sulla nostra rivista per renderlo più fruibile dai soci SIPI e dagli allievi delle Scuole di Psicoterapia adleriane. La Psicologia Individuale vanta una lunga tradizione nel campo della Psicoterapia Breve, la cui pratica risale ad Adler stesso, che, usualmente, vedeva i pazienti per venti sedute. Questa tradizione è stata seguita da non pochi clinici adleriani come K. Adler, Shlien, Mosak, Dreikurs, Kern, Yeakle, Sperry, etc.

Nel 1966, al congresso mondiale di Psichiatria a Madrid, Rovera proponeva l'utilizzo della psicoterapia breve adleriana in soggetti antisociali adolescenti. Nel 1972 il *Journal of Individual Psychology* dedicava un volume alla Psicoterapia Breve come pure nel 1988 *Individual Psychology* la rivista della *North American Indiv. Psychol. Society*, pubblicava una *Special Issue*, sulle Psicoterapie Brevi.

Si sono successivamente avviati diversi studi di approfondimento, per esempio sui meccanismi d'azione della psicoterapia breve adleriana [2], sulle tecniche in rapporto all'organizzazione borderline di personalità [7], su specifiche strategie di incoraggiamento nelle psicoterapie a tempo limitato [5] etc. etc.

La *Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy* (B-APP) di cui l'articolo qui sotto descrive in dettaglio gli aspetti teorici e gli indicatori di processo differisce, talora anche marcatamente, da altre psicoterapie adleriane brevi più o meno chiaramente strutturate: *Constructivism-Oriented Adlerian Therapy*, *Adlerian Metaphor Therapy*, *Adlerian Family Counselling and Psychotherapy*, *Brief Adlerian Psychotherapy*, *Self-Oriented Adlerian Brief Psychotherapy*, ecc.

Non esistendo all'epoca trattamenti manualizzati, l'intento degli autori era - oltre ai succitati scopi di ricerca e sperimentazione - quello di fornire uno strumento utile per l'apprendimento degli aspetti teorici della B-APP, riservando peraltro a successivi percorsi formativi specifici l'acquisizione delle competenze e delle capacità professionali necessarie all'impiego clinico.

La B-APP offre un approccio tecnico alla psicoterapia breve usufruibile in molti ambiti della psichiatria/psicologia clinica/ medicina di liaison, ad esempio gli interventi di prevenzione nei soggetti a rischio, il trattamento dei disturbi d'ansia, della distimia e altri disturbi depressivi, dei disturbi alimentari, dei disturbi somatoformi e somatopsichici e, fatto che può essere particolarmente d'attualità "ai tempi del coronavirus", dei disturbi post-traumatici e dell'adattamento.

Il ruolo delle tecniche nei fattori di cambiamento nelle psicoterapie dinamiche brevi

La teoria della B-APP si fonda sui tre principali paradigmi:

- 1) l'individuo costituisce una unità psicosomatica integrata nel contesto sociale;
- 2) il soggetto costruisce e collauda l'identità, l'immagine di sé;
- 3) moduli di legame regolano le relazioni e fanno parte della linea direttrice che collega gli elementi del Sé-Stile di vita.

Gli obiettivi della terapia consistono in una risoluzione almeno parziale del problema connesso al focus; una diminuzione o non incremento dei sintomi con miglioramento complessivo della qualità di vita. I risultati dipendono da cambiamenti intrapsichici e relazionali. La psicoterapia, prevista in 15 sedute (che possono variare da 10 fino a 20), si svolge in cinque principali fasi non rigidamente prefigurate. Le indicazioni sono più relative che assolute. La tecnica comprende tre principali elementi di processo: relazione incoraggiante, identificazione del focus, aree di possibile cambiamento all'interno del focus.

Alcuni studi clinici di outcome, che hanno valutato l'utilizzo di questo approccio psicoterapeutico nel disturbo d'ansia generalizzato, nei disturbi alimentari e nella depressione in psico-oncologia ne hanno evidenziato una buona efficacia.

Un aggiornamento su tali studi clinici è presentato da Ferrero nella Postfazione a questo articolo.

Recenti contributi neurobiologici - riguardanti la memoria procedurale, le funzioni del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e le diverse configurazioni neuronali di empatia/compassione, processi intrapsichici/interpersonali come *embodied simulation* e *intentional attunement* [9] hanno riconosciuto la prevalente caratteristica implicita, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, della dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già qui e ora del setting [3].

Implicito, secondo Stern [19] è il conosciuto non pensato, ma *non rimosso in senso* psicodinamico: le rappresentazioni e i ricordi impliciti influenzano costantemente il transfert e più in generale la relazione terapeutica.

Ricerche brain imaging forniscono buone evidenze sulle dinamiche neuronali del cambiamento e invitano a cercarne il nucleo nel contatto profondo tra paziente e terapeuta, tra le reciproche emozioni implicite/non-verbali più che esplicite/verbali: cervello destro, più che sinistro, con sequenze quindi di silenziosi contagi e di trasformazioni reciproche.

Gli ingredienti essenziali del cambiamento riguardano una riorganizzazione, specie tramite *enactment* [10], di *vecchie memorie* patogene verso una *nuova memoria* [11] riguardante l'esperienza emotiva, correttiva appunto, dell'incontro nella relazione empatica all'interno del setting.

Nelle psicoterapie brevi psicodinamiche, come la B-APP, che funzione ha la tecnica - esplicita - nell'attivare l'agente specifico- implicito -di cambiamento? Si può promuovere un'attitudine alla Psicoterapia Breve? Talora si pensava che questa fosse un intervento aspecifico di seconda scelta, quando non solo disponibili altre opzioni, per giovani terapeuti in corso di formazione... altri lo ritengono un intervento difficile, complesso e praticabile solo da terapeuti collaudati da protratte esperienze di psicoterapie analitiche tradizionali...

Questa peculiare propensione alla psicoterapia breve può dipendere da particolari motivazioni e tratti di personalità, ma anche da specifici addestramenti formativi e clinici [2]. Sembra richiedere un uso più sollecito del “riconoscimento empatico”, finalizzato ad avviare, da subito, la comunicazione empatica *col e nel* paziente. È in questo clima relazionale e motivazionale che il terapeuta, anche in poche sedute, può avviare il processo dell’identificazione creativa [2], attraverso cui è possibile favorire la ripresa del *Sé creativo*, mediante le modalità del processo di incoraggiamento e di transmotivazione.

Una modulazione peculiare di tali processi nelle B-APP riguardano per esempio una sollecitazione *implicita* a maggior autonomia per chi è troppo dipendente e a promuovere invece la *attitudine a chiedere aiuto* in chi ricerca troppa autonomia, mediante tecniche varianti dall’intensivo al supportivo, e dalla richiesta di cambiamento a quella invece di conservazione [5].

Considerato il bisogno crescente di interventi brevi ed efficaci nell’immediato futuro questi temi centrali saranno molto studiati e approfonditi. Recenti meta-analisi evidenziano la prevalente azione dei cosiddetti *fattori aspecifici comuni* (come attitudine all’ascolto, empatia, etc.) nelle psicoterapie efficaci [21] e al contempo studi brain imaging mostrano la predominanza di nuove esperienze emozionali di attaccamento implicito [10, 11] i fattori di cambiamento.

Si è orientati a considerare metaforicamente (cfr. Ferrero nella postfazione a questo articolo) gli strumenti tecnici, esplorativi, validanti, etc. come correlati a reti cognitive neuronali del cervello sinistro, quasi una sorta di *software programmi, app* acquisibili con lo studio e i processi cognitivi. Invece, le reti neuronali sottocorticali del cervello destro sarebbero l’hardware, cioè le reti neuronali che sostengono le comunicazioni, le memorie implicite [18] di attaccamento, empatia, compassione, virtù *psicodinamiche* [1;12], etc.

In che modo attivare anticipatamente queste istanze profonde di cambiamento nelle psicoterapie a tempo delimitato? La condivisione di stati affettivi con un’altra persona (empatia), preoccupazione per un altro (compassione) e ragionamento sullo stato della mente di un’altra persona (teoria della mente) sono ora separabili a livello concettuale, emotivo, comportamentale e da poco anche sul piano delle reti neuronali di riferimento e degli stili di apprendimento di queste attitudini [10]. Da questo punto di vista le caratteristiche personologiche del terapeuta sembrano prefigurare elementi di grande rilevanza tra le variabili di processo e di esito dei trattamenti psicoterapeutici [3, 6].

Un aspetto specifico del setting breve riguarda una più intensa modulazione continua tra lo Stile di Vita del terapeuta e quello del paziente al fine di co-creare, tramite *embodied simulation* [9] un prototipo cruciale in vivo del modo con cui il paziente sta con sé stesso. Dal momento che il sentimento sociale del terapeuta riattiva soprattutto per via implicita [3], quello del paziente, sono qui sollecitate le capacità *allevanti* del terapeuta a favore della crescita *imitante* e poi sviluppo *originale* della personalità del paziente (cfr. identificazione imitativa e congeniale) [15].

Alla fine, nella terapia breve dinamica gli strumenti tecnici che il terapeuta impiega con consapevolezza promuovono, forse per *effectum più che per intentionem*, le speciali sequenze implicite di contagi e di trasformazioni reciproche terapeuta paziente. Queste sollecitazioni premessa/frutto dell'alleanza terapeutica sono discrete, ma più incalzanti a motivo di una peculiare capacità, attitudine, *intentional attunement* [9] del terapeuta.

A lui è quindi richiesto un impegno speciale, intenso e protratto, interesse/sentimento sociale, verso il paziente che trapela più spesso dal modo di fare e di essere piuttosto che dalle parole, tra i vissuti controtransferali, gli atteggiamenti, gli *enactments*. La capacità di avvertire questi fenomeni consegue tuttavia in genere ad una lunga pratica clinica... la propensione all'incoraggiamento "ad ogni costo" si accompagna spesso ad una particolare sollecita risorsa del Sé creativo del terapeuta che suscita per imitazione la creatività del paziente...

Il terapeuta in un gioco di incontri e di stili *matching* secondo Rovera [16] accoglie le emozioni del paziente dalle quali viene contagiato e che restituisce al paziente insieme ad una nuova più coraggiosa immagine di sé. Pur nelle breve esperienza *di vita insieme* al terapeuta il paziente impara a trattare sé stesso *copiando* il modo con cui si sente *vissuto* dal terapeuta nel setting, con coraggio, speranza, inventiva...setting tecnico di regole e procedure esplicite concordate, poi implicite e co-create...

È probabile così che soprattutto nelle terapie dinamiche brevi l'espressione dell'esperienza del paziente modificata dal terapeuta [9] - un terapeuta coraggioso, sollecito, creativo, virtuoso [1] - svolga funzioni terapeutiche trasformative.

Comunque ben prima delle scoperte brain imaging nel 1959 sulla rivista adleriana *J. Indiv. Psychol.* (cit. in Fassino [4]) T. Hora scriveva "che alla fine si giunge alla scoperta importante che come terapeuti ciò che veramente ha valore è ciò che noi siamo... come duemila anni fa per Lao Tzu "il modo giusto per fare è essere"!

I. Introduzione

Per molti anni, l'importanza crescente attribuita alle basi biologiche delle malattie mentali e l'orientamento prevalente verso i trattamenti somatici hanno causato una perdita di considerazione per gli aspetti della mente all'interno delle strategie terapeutiche in psichiatria [32]. Peraltro, la moderna ricerca biologica ha spiegato come i fattori psicosociali influenzino l'espressione dei geni [60] e come i trattamenti psicologici modifichino l'attività cerebrale [48].

Un numero crescente di studi sostengono la superiorità di diverse forme di psicoterapia ed interventi psicosociali, se confrontati con placebo, nel trattamento di quasi tutti i disturbi mentali ed anche di un gran numero di disturbi psicosomatici [36].

Inoltre, l'importanza della psicoterapia nella pratica psichiatrica è stata recentemente riaffermata dall'A.C.G.M.E. (Accreditation Council and Graduate Medical Education) e dall'A.B.M.S. (American Board of Medical Specialities) [32] come risultato di un tentativo ad ampio raggio di definire il nucleo delle competenze indispensabili nell'ambito delle diverse specializzazioni mediche.

La contrazione delle risorse economiche in sanità e le assicurazioni richiedono alla psicoterapia *di fare molto e rapidamente*. Di conseguenza, il dibattito sulle indicazioni, il funzionamento e l'utilità della psicoterapia breve psicodinamica ed in generale sulle tecniche usate per accorciare la psicoterapia ha recuperato nuovamente interesse [32]. Stanno comparando nuove motivazioni e nuove convalide [38-40], nuovi criteri di selezione [52] e nuove aree di applicabilità che riguardano, ad esempio, interventi di prevenzione in soggetti a rischio, disturbi somatopsichici e psichiatria di liaison, disturbi di personalità [20-56], disturbi alimentari [21-15] e trattamento di disturbi emotivi del bambino [46].

II. *La Psicoterapia Breve secondo la Psicologia Individuale*

Il termine "Psicologia Individuale" (IP) si riferisce all'insieme dei contributi teorici e clinici sulla psicoterapia che hanno preso l'avvio dagli studi di Alfred Adler (1870-1937). Adler fu uno dei primi discepoli di Freud, da cui si allontanò nel 1911, a causa del progressivo divergere delle rispettive teorie sul funzionamento della mente, quantunque l'IP appartenga tutt'oggi al gruppo delle psicologie psicodinamiche del profondo.

La metapsicologia di Adler [2] è basata su principi autonomi e differenti rispetto a quelli di Freud; piuttosto, l'impostazione dell'IP sembra aver percorso alcuni degli sviluppi psicoanalitici successivi, ad esempio nel valutare adeguatamente l'importanza dell'ambiente sociale e culturale nel quale l'individuo vive [4] e il ruolo della partecipazione empatica profonda [3].

Come è stato sottolineato da Sperry [54], questa scuola ha una lunga tradizione nel campo della psicoterapia breve, 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 [59] e Fassino [13] fornirono dieci anni fa un ulteriore contributo alla definizione della psicoterapia breve adleriana, considerando gli sviluppi più recenti di tecniche simili in ambito psicodinamico specialmente in riferimento al problema dell'agente terapeutico.

Il presente lavoro si propone di fornire elementi per una definizione della Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana (B-APP), che potrebbe rappresentare un'utile base per un manuale della B-APP da sviluppare a breve.

La specificità della B-APP rispetto ad altre psicoterapie psicodinamiche brevi, deriva da:

- una teoria generale della mente che differisce da quella delle altre scuole psicoanalitiche;
- una psicopatologia che sostiene la correlazione tra la predisposizione biologica, gli effetti della deprivazione ambientale, l'incidenza del trauma e delle frustrazioni e il ruolo dei conflitti intrapsichici all'interno di ogni disturbo mentale;
- una tecnica specifica dell'intervento psicoterapeutico.

Mentre i concetti più rilevanti che riguardano i primi due aspetti saranno solo riassunti, si fornirà, invece, una descrizione più dettagliata degli elementi che riguardano la terapia.

III. *Premesse metapsicologiche*

La B-APP fa riferimento all'IP secondo tre paradigmi teorici.

Il primo paradigma si riferisce all'unità psicosomatica dell'individuo, secondo il quale vengono descritte le interazioni tra il corpo e la mente. Esso è largamente coerente con le concezioni attuali del modello psicobiologico della personalità [7].

A differenza dalla psicoanalisi, i processi mentali non sono concepiti come derivanti dalle pulsioni primarie (libido, destrudo). Adler suggerì l'ipotesi che tutti gli individui sperimentano un sentimento inconscio di inferiorità [2, 3], che è radicato ed espresso sia nei tratti biologici del temperamento, sia nei tratti psico-sociali del carattere. Gli individui cercano di affrontarlo attraverso compensazioni psichiche o somatiche, secondo due diverse modalità: aumentando le proprie competenze (aspirazione alla supremazia) o le proprie capacità di inclusione e cooperazione (sentimento sociale) o utilizzando entrambe.

Il secondo paradigma è quello della regolazione del Sé [59], che enfatizza la necessità preliminare dell'individuo di raggiungere una immagine coerente di sé (psicologia del sé). Sotto il profilo teorico, considera anche i contributi psicoanalitici di Kohut e Stolorow su questo argomento. La costruzione di una coerente immagine di sé e di una identità stabile è legata al soddisfacimento dei bisogni di tenerezza primaria, che costituisce la base per lo sviluppo dell'autostima. L'individuo sviluppa le proprie strategie per affrontare le difficoltà della vita coerentemente con l'immagine che ha sviluppato di sé. L'insieme di queste strategie conscie ed inconscie 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 fa invece riferimento al concetto di moduli di legame, secondo cui il senso psicologico delle manifestazioni umane non può prescindere dalle interazioni che ogni individuo ha con i suoi simili. Inoltre, le modalità con cui si svolgono queste relazioni significative vengono registrate all'interno dell'individuo, anche nell'inconscio, e diventano come "immagini guida" per orientarsi nella vita.

Queste immagini guida inconscie sono chiamate “finzioni” da Adler [2, 3]. Sono anche descritte come “schemi emotivi” da Bucci [6] e da Gabbard e Westen [31], e sono coerenti con la “teoria dell'attaccamento” di Bowlby [5] e Fonagy e Target [29].

In questo modo, i moduli di legame rappresentano anche il simbolico “fil rouge”, che collega gli elementi dello stile di vita, anche nel caso in cui siano in contrasto tra loro (psicologia del conflitto).

IV. Patogenesi dei disturbi mentali in accordo alle premesse metapsicologiche

In accordo con le altre scuole psicodinamiche di psicologia clinica, i sintomi psichiatrici sono concepiti come l'espressione simbolica di un disagio originario di cui l'individuo non è consapevole.

Ogni sintomo, mentale o somatico, deriva dalla reazione dell'individuo ad un ostacolo che non ha la capacità di affrontare e superare in modo adeguato, in relazione al proprio sentimento di inferiorità. Diversamente da altri indirizzi della psicoanalisi, ma in accordo con alcune recenti acquisizioni in ambito psicodinamico [25-26], l'IP afferma che le predisposizioni e vulnerabilità biologiche dell'individuo (ovvero, aspetti del temperamento) determinano risposte istintive antecedentemente all'interpretazione che il soggetto fa degli eventi [7, 8].

Questo aspetto è un fattore discriminante importante, perché quanto più è alta la disfunzione neuronale tanto minore è la risposta alla psicoterapia [34-58], mentre la gravità dei sintomi è spesso un fattore di esito meno rilevante. Analogamente alle scuole ad indirizzo interpersonale [11], l'IP riconosce la grande importanza delle dinamiche socio-relazionali e dei contesti culturali nella genesi e nel mantenimento dei disturbi mentali.

Diversamente dalle psicoterapie interpersonali, l'IP non si limita alla comprensione dei problemi relazionali del paziente e del modo per affrontarli. Il terapeuta pone attenzione anche alle modalità, prevalentemente inconscie, che il soggetto utilizza per elaborare il passato e per progettare il futuro. Coerentemente con questa specifica metapsicologia e psicopatologia, e analogamente a quanto proposto da Kernberg [39], l'IP fa riferimento a tre differenti strutture di personalità: l'organizzazione psicotica di personalità (PPO), l'organizzazione borderline di personalità (BPO) e l'organizzazione nevrotica di personalità (NPO).

Gli individui con PPO hanno percezioni e sentimenti profondamente confusi riguardo alla propria identità, al senso di appartenenza ed al significato delle relazioni ed a molte aree di funzionamento esistenziale. Compensano questa condizione con una tendenza disfunzionale alla ultra-semplificazione, alla disconnessione dei legami ed alla fuga verso un mondo immaginario stereotipato o bizzarro.

I pazienti con BPO hanno una identità meno instabile. Utilizzano rigide difese di scissione, idealizzazione e diniego e modelli di comportamento maladattativi strettamente correlati alle loro dinamiche interiori.

Gli individui con NPO sono caratterizzati da una identità personale stabile e da sentimenti di inferiorità meno intensi. Il meccanismo della nevrosi non è concepito nei termini di una contrapposizione tra le pulsioni dell'Es e le istanze dell'Io e del Super-Io, ma come il risultato di conflitti tra diversi obiettivi finzionali, che conducono ad una ambivalenza eccessiva.

V. *Obiettivi e indicazioni per la B-APP*

A differenza della Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP), che è una psicoterapia ad orientamento analitico strutturata a medio/lungo termine [45], la B-APP è caratterizzata da un numero ridotto e predefinito di sedute a frequenza settimanale e da un focus, rappresentato da una problematica attuale correlata in modo significativo sia alla personalità ed allo stile di vita, sia alla sintomatologia.

Come descritto per altre psicoterapie brevi [3], anche i terapeuti della B-APP devono formulare un'accurata valutazione diagnostica e clinica del soggetto prima di iniziare le sedute. Il terapeuta fornisce al paziente informazioni preliminari dettagliate circa le regole e le modalità di lavoro che permettono il trattamento. Di fatto, un presupposto fondamentale per l'efficacia del trattamento è il consenso esplicito del paziente a partecipare al progetto terapeutico [19]), dopo aver ricevuto adeguate informazioni.

Il trattamento è articolato in cinque fasi e ognuna può comprendere da due a quattro sedute. Il numero elettivo di sedute è 15, ma può variare da 10 a 20, in accordo alle necessità cliniche e organizzative. La tabella I mostra un breve schema delle varie fasi di trattamento.

Gli obiettivi clinici della terapia sono:

- 1) una risoluzione almeno parziale del problema focale;
- 2) una diminuzione o non incremento dei sintomi;
- 3) un aumento complessivo del benessere del soggetto (25).

Le indicazioni alla B-APP dipendono principalmente dalla possibilità di trovare un focus circoscritto che sia strettamente in connessione con la sofferenza attuale del soggetto. Per contro, pazienti con un'alta tendenza alla dipendenza regressiva, con il rischio di una costante necessità di sostegno e di "nursing", non sono adatti per una psicoterapia a tempo limitato.

La B-APP è caratterizzata da una ampia gamma di indicazioni cliniche, perché, a seconda della diagnosi di organizzazione di personalità, il terapeuta può lavorare, di volta in volta, con obiettivi molto differenziati.

TAB. I - Fasi di trattamento, elementi, e sottoelementi del processo terapeutico

FASE 1

- Raccolta dell'anamnesi; esplorazione dei primi ricordi e dello schema apperceptivo; formulazione di ipotesi circa alcuni denominatori comuni tra le esperienze presenti e passate; comprensione della linea direttrice della personalità del paziente; **identificazione del focus**; costruzione dell'alleanza terapeutica; definizione dell'accordo-contratto terapeutico.

FASE 2

- **Lavoro sul focus**: riflessioni, emozioni, fantasie, progetti; iniziale restituzione terapeutica sui problemi maggiormente evidenti; ricognizione delle potenzialità del sé creativo rispetto al perseguimento di mete fittizie.

FASE 3

- **Approfondimenti sul focus**: elaborazione dei problemi latenti e più difesi; formulazione di ipotesi progettuali come soluzioni alternative ai sintomi; problemi di separazione in relazione al focus.

FASE 4

- **Elaborazione** della relazione, del lavoro terapeutico, del problema della separazione; incoraggiamento volto all'incremento dell'autostima.

FASE 5

- Identificazione di materiale intrapsichico e relazionale recente correlato al focus; valutazione di ulteriori richieste; **sintesi** delle dinamiche discusse trattate e valutazione clinica; rielaborazione del transfert positivo; discussione dei progetti clinici ed esistenziali successivi alla conclusione delle sedute.

La B-APP è una terapia ad orientamento psicodinamico, perché considera come i sintomi attuali, i meccanismi maladattativi ed in generale la sofferenza psicologica dell'individuo siano riferibili a dinamiche inconsce [34] anche quando gli elementi strutturali della psiche o il significato simbolico della comunicazione del paziente non siano necessariamente i principali obiettivi degli interventi del terapeuta.

Per esempio, quando il disturbo clinico può essere riferito ad una regolazione disfunzionale del Sé e dello stile di vita, come avviene principalmente nelle NPO, il terapeuta della B-APP può lavorare sia sui conflitti, in modo simile a quanto avviene nelle altre psicoterapie psicodinamiche, sia sulle modalità relazionali, come nelle psicoterapie interpersonali.

Quando nei disturbi è implicata una carente definizione dell'identità, come avviene principalmente nelle BPO, il terapeuta può aiutare i pazienti a fronteggiare i loro problemi attraverso il contenimento affettivo e la convalidazione dei loro pensieri e sentimenti, usando anche un approccio prescrittivo, se la situazione lo richiede.

In generale, i risultati della B-APP dipendono sia da cambiamenti intrapsichici (difese e meccanismi di compensazione almeno in parte più adeguati), sia da cambiamenti relazionali (una maggiore autonomia per coloro che cercano troppo aiuto ed una maggior ricerca di aiuto per coloro che ricercano troppo l'autonomia).

A tutt'oggi, il gruppo di ricerca costituito dal Centro Pilota per i Disturbi del Comportamento Alimentare del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino (Ospedale San Giovanni Battista), dall'Unità di Psicoterapia del Dipartimento di Salute Mentale di Chivasso – Torino (ASL TO4) e dall'Istituto di Ricerca della Società Adleriana Italiana Gruppi e Analisi (S.A.I.G.A.) di Torino ha svolto e svolge trials clinici su più di 500 pazienti trattati con la B-APP. Si tratta di soggetti in carico a servizi ospedalieri o a Dipartimenti di Salute Mentale per disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbo post-traumatico da stress, disturbi alimentari, disturbi di personalità del cluster C e moderati disturbi di personalità del cluster B.

Caso 1

Nei disturbi depressivi, lo stesso sintomo può avere significati molto differenti, in rapporto all'organizzazione di personalità sottesa all'espressività clinica [27]. U.T. soffre di sintomi depressivi nell'ambito di una BPO. Durante una seduta di B-APP, egli comunica al terapeuta angoscianti idee di colpa e sentimenti di inadeguatezza. Poi rimane in silenzio, aspettando la risposta del terapeuta che, potendo scegliere tra differenti modi di affrontare la comunicazione del paziente, gli dice: "Mi rendo conto della profonda sofferenza che sta vivendo". In questo modo, il terapeuta sceglie di offrire un riconoscimento empatico e una convalida al dolore del paziente. Nello stesso tempo, il terapeuta sceglie di evitare ogni sorta di interpretazione riguardo ai temi del lutto (che potrebbe costituire un adeguato modo di procedere secondo altre prospettive psicodinamiche) e si astiene dall'incoraggiamento (che è un atteggiamento consono ad alcune tecniche interpersonali e cognitive). La scelta del terapeuta è motivata dal fatto che un paziente con BPO, come U.T., protegge l'immagine di sé utilizzando difese di scissione e di idealizzazione. Se il terapeuta relativizza le prospettive del paziente identificando qualche aspetto positivo, attacca le sue difese e minaccia quell'immagine completamente negativa di sé che assicura temporaneamente al paziente un'identità coesa; corre inoltre il rischio di minacciare l'immagine idealizzata che il paziente ha del terapeuta e che sostiene l'alleanza terapeutica. Il tentativo di sollevare i pazienti dai loro pensieri negativi è probabile che non dia risultati positivi anche nel caso di una depressione maggiore. Per contro, il paziente con NPO trae ragionevolmente beneficio da un migliore insight riguardo ai propri conflitti e l'incoraggiamento potrebbe fornirgli una consolazione temporanea.

VI. *Tecnica psicoterapeutica della B-APP*

Una sintetica descrizione della tecnica terapeutica della B-APP richiede una definizione degli strumenti che adotta.

Uno degli aspetti più specifici della B-APP è il ruolo centrale giocato dall'identificazione, accettazione e conseguente interpretazione dello schema appercettivo [2] e dello stile di vita del paziente. Per schema appercettivo si intende l'opinione dell'individuo, in parte conscia ma per la maggior parte inconscia, circa se stessi e il mondo, costituita dall'insieme delle immagini simboliche ricorrenti e degli schemi cognitivi caratteristici che l'individuo utilizza nella vita e nelle relazioni interpersonali.

La consapevolezza di questi aspetti, attraverso una significativa esperienza di appartenenza e cooperazione durante il trattamento, permette l'identificazione, in via secondaria, di quei fattori che limitano o bloccano la capacità del soggetto di muoversi verso un migliore funzionamento [34].

Caso 2

Adler (1) descrisse le proprie riflessioni sui racconti di una giovane paziente fobico-ossessiva, che asseriva: "Le altre persone erano gentili con me perché ero malata". Questo antico ricordo fece supporre ad Adler che la giovane donna, in accordo con il proprio stile di vita, avrebbe continuato ad usare i problemi di salute per soddisfare i suoi desideri di supremazia, di nutrimento e di considerazione da parte dagli altri. La giovane donna aveva aggiunto: "Ricordo che avevo paura del medico che esaminava la mia gola, avevo paura del cucchiaino". Adler suppose che vi fosse una tendenza verso il rifiuto dei terapeuti da parte di una figlia viziata, che poteva essere il precursore della sua condotta fobico-ossessiva da adulta.

A differenza di altre psicoterapie brevi orientate psicoanaliticamente, particolarmente volte all'insight [11, 28], la B-APP non contempla una netta distinzione tra gli interventi supportivi e intensivi. Il progetto terapeutico dipende dalle capacità del paziente e dagli obiettivi del terapeuta lungo un continuum.

Le psicoterapie intensive e supportive si distinguono per la qualità prevalente della relazione. L'alleanza terapeutica dialogica è tipica della prima, caratterizzata dalla prevalente elaborazione del vissuto da parte del paziente; l'alleanza terapeutica supportiva è tipica della seconda, caratterizzata dalla prevalente integrazione di contributi da parte del terapeuta. Sebbene gli aspetti intensivi siano spesso una controparte di quelli supportivi ed emergano entrambi al momento giusto durante il trattamento [28], una solida alleanza che rappresenti una base sicura è comunque necessaria.

Descrivendo gli interventi del terapeuta in seduta, la B-APP fa riferimento alla sistematizzazione proposta dal Menninger Clinic Treatment Intervention Project, ma utilizza una diversa distinzione tra gli strumenti tecnici (TI), considerando quelli a valenza esplorativa rispetto a quelli a valenza validante (Tabella II).

Gli strumenti tecnici esplorativi promuovono connessioni tra la verbalizzazione conscia del paziente ed altri elementi dinamicamente inconsci (interpretazione, TI 1), subconsci (confrontazione, TI 2), o già consapevoli (chiarificazione, TI 3).

Gli strumenti tecnici validanti promuovono l'identificazione e l'importanza di specifici vissuti, situazioni o comportamenti (convalidazione empatica, TI 5; consigli e elogi, TI 6; conferma e prescrizione, TI 7). L'incoraggiamento a elaborare (TI 4), che a volte si manifesta anche attraverso il silenzio del terapeuta, si colloca idealmente al centro del continuum costituito dagli altri strumenti della tecnica.

La B-APP non assegna a priori a ciascun TI un significato in termini di efficacia conservativa (volta a rispettare e rafforzare la struttura difensiva del paziente) o mutativa (volta ad un cambiamento dello stile di vita del paziente e dell'organizzazione di personalità). L'efficacia conservativa o mutativa di ogni TI dipende dalla patologia del paziente e di fatto il terapeuta della B-APP, a seconda delle necessità del trattamento, seleziona ogni TI in funzione conservativa o mutativa, tenendo conto della sua organizzazione di personalità.

TAB. II - Strumenti tecnici

Strumenti tecnici (TI) esplorativi

promuovono connessioni tra le espressioni conscie del paziente e elementi dinamicamente inconsci

- **TI 1** inconsci: interpretazione
- **TI 2** subconsci: confrontazione
- **TI 3** già consapevoli: chiarificazione

Strumenti tecnici (TI) validanti

promuovono il riconoscimento di specifici vissuti, situazioni o comportamenti

- **TI 4** incoraggiamento a elaborare
- **TI 5** convalidazione empatica
- **TI 6** consigli e elogi
- **TI 7** conferma e prescrizione

L'incoraggiamento a elaborare, talora anche tramite il silenzio del terapeuta, si colloca al centro del continuum costituito dagli altri strumenti della tecnica

VII. *Elementi e sottoelementi del processo terapeutico*

Possono essere identificati tre elementi nel processo terapeutico:

- A) relazione incoraggiante;
- B) identificazione del focus;
- C) aree di possibile cambiamento all'interno del focus.

Ogni elemento è suddiviso in sottoelementi e descrive una serie di interrogativi e opzioni che il terapeuta affronta durante il corso della psicoterapia [59, 9, 41].

Riassuntivamente, gli elementi e i sottoelementi del processo definiscono i confini delle scelte del terapeuta nell'interazione con il paziente e costituiscono una traccia per valutare come procede il trattamento e per confrontare l'aderenza del terapeuta alla tecnica. Peraltro, agli psicoterapeuti della B-APP non è richiesto di seguire rigidamente lo schema delle sedute (delineato nella Tabella I), né il dettaglio degli obiettivi tecnici in ogni singola seduta, né di utilizzare un particolare TI in determinate situazioni. Si richiede, invece, che il terapeuta si ponga frequentemente le domande che descrivono gli elementi e i sottoelementi del processo terapeutico (dettagliati in Tabella III) e poi utilizzi i TI di conseguenza.

segue TAB. III nella pagina successiva →

TABELLA III - Elementi e sottoelementi del processo terapeutico

A. RELAZIONE INCORAGGIANTE

Sottoelementi:

- | | |
|---|---------|
| A1. È stato necessario costruire la relazione? | si / no |
| A2. È stato accolto il transfert positivo? | si / no |
| A4. È stato incoraggiata l'autonomia? | si / no |
| A5. È stato scoraggiata la dipendenza? | si / no |
| A6. Sono state incoraggiare relazioni sociali realistiche? | si / no |
| A7. È stata rielaborata la prospettiva del distacco? | si / no |

Se la risposta è SI:

Quali strumenti tecnici ha scelto il terapeuta? T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7

B. DEFINIZIONE DEL FOCUS

Sottoelementi:

- | | |
|--|---------|
| B1. È stato necessario formulare nessi consapevoli tra espressione del sintomo, situazione attuale e stile di vita - personalità? | si / no |
| B2. Sono stati svelati gli impulsi del paziente connessi al focus? | si / no |
| B3. Sono stati svelati i derivati degli impulsi del paziente connessi al focus? | si / no |
| B4. È stato necessario intervenire per non allontanarsi dal focus? | si / no |

Se la risposta è SI:

Quali strumenti tecnici ha scelto il terapeuta? T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7

C. AREE DI POSSIBILE CAMBIAMENTO ALL'INTERNO DEL FOCUS

Sottoelementi:

- | | |
|--|---------|
| C1. Si sono favorite soluzioni di problemi contingenti? | si / no |
| C2. Sono strati filtrati eventi esterni perturbanti? | si / no |
| C3. Sono strati filtrati stimoli intrapsichici destabilizzanti? | si / no |
| C4. È stata incoraggiata la creatività? | si / no |
| C5. È stata incoraggiata la tolleranza dell'ambivalenza? | si / no |
| C6. Sono state incoraggiate la consapevolezza e l'autocritica? | si / no |
| C7. Sono state rispettate difese adattive? | si / no |
| C8. Si è lavorato contro alcune difese? | si / no |

Se la risposta è SI:

Quali strumenti tecnici ha scelto il terapeuta? T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7

VIII. *Relazione incoraggiante*

In accordo con altri trattamenti psicodinamici e con alcuni recenti risultati della ricerca scientifica [26], il primo obiettivo della terapia è costruire una relazione che permetta sicurezza mentre promuove intimità, basata su un atteggiamento di accettazione verso il paziente e di fiducia nelle capacità di cambiamento dell'individuo.

La strategia dell'incoraggiamento e della transmotivazione, come osserva Rovera [49], è l'ambito concettuale ed operativo della relazione terapeutica come principale fattore di cambiamento, specie negli interventi brevi. Grande attenzione viene data alla comprensione, da parte del terapeuta, della qualità del transfert, che però di norma non è elaborato con il paziente durante le sedute, eccetto quando è necessario per riconoscerne e scoraggiarne l'influenza negativa sull'alleanza terapeutica.

Da un punto di vista relazionale, lo scopo è quello di modulare autonomia e dipendenza, scoraggiando un attaccamento regressivo ed idealizzante (nelle BPO) e favorendo la reciprocità (nelle NPO), sia per effetto dell'esperienza relazionale incoraggiante con il terapeuta, sia come conseguenza di quanto si è compreso in seduta.

Infine, con ogni paziente, è necessario effettuare un'elaborazione sistematica e precoce del distacco dal terapeuta. Infatti, è la condizione stessa del tempo limitato [41] ad anticipare una situazione di perdita nelle psicoterapie brevi; il numero predefinito di sedute rappresenta una separazione annunciata e stimola pertanto l'emergere di vissuti abbandonici sia nel paziente che nel terapeuta. I vissuti collegati alla peculiare dimensione temporale delle psicoterapie brevi diventano, quindi, un focus aggiuntivo implicito, di cui tenere conto nella strategia complessiva dell'intervento.

IX. *Definizione del focus*

Il focus ha due caratteristiche contemporaneamente:

- 1) è un problema importante nella vita attuale del paziente;
- 2) esemplifica una dinamica significativa dello stile di vita, rilevante per la condizione clinica.

Per esempio, un lutto oppure una importante scelta esistenziale (un cambiamento di lavoro, l'inizio o la fine di una relazione sentimentale, un altro cambiamento di ruolo) possono rappresentare l'argomento focale del trattamento di un paziente nel quale un'angoscia di perdita non risolta sostiene una sintomatologia depressiva.

Il focus può essere scelto e definito in base al materiale proposto dal paziente oppure in base ad un'implicita modalità di funzionamento che il terapeuta ha evidenziato durante la fase di valutazione. Quando si possono ragionevolmente scegliere diversi focus, il terapeuta deve scegliere quello più adatto in considerazione degli obiettivi clinici.

Caso 3

T.C. è una donna di 63 anni, originaria del sud Italia, emigrata in una grande città del nord Italia quando aveva 21 anni. Sposata, deve peraltro confrontarsi con la sostanziale assenza del marito dal punto di vista affettivo. Chiede aiuto per una sintomatologia caratterizzata da episodi ricorrenti di ansia con tachicardia, vertigini e somatizzazioni al tratto gastro-enterico. Recentemente, poi, dopo la morte della madre, i sintomi sono peggiorati con la comparsa di fobie riguardanti la possibile morte del marito (che attualmente non ha problemi di salute) e la conseguente paura di restare sola. Durante la prima seduta di B-APP, emerge un'altra importante questione: i suoi figli sono andati via di casa perché si sono sposati, rispettivamente, due anni e un anno prima, e questo ha aumentato la sua solitudine di donna emigrata sposata ad un uomo pressoché assente. Il terapeuta ritiene che l'angoscia di perdita costituisca l'aspetto dinamico più significativo e che i sintomi siano un tentativo inconscio di risposta a questa angoscia: deve scegliere, pertanto, tra le problematiche attuali della vita della paziente, un focus che rappresenti al meglio questa angoscia, tenendo conto di quali risorse servono per affrontarla nel modo più adeguato o magari risolverla.

1) Il focus può avere a che fare con la qualità della relazione della paziente con i figli che sono cresciuti e che sono andati via di casa (focus interpersonale): la B-APP ha in tal caso un obiettivo conservativo-supportivo (ovvero, non mira al cambiamento dei meccanismi di difesa, fornisce ascolto e comprensione).

2) Il focus può avere a che fare con la capacità della paziente di tollerare la separazione dai figli (focus interpersonale diverso dal precedente): la B-APP si propone in questo caso un obiettivo conservativo-intensivo (cioè, mira a rafforzare i meccanismi adattativi di difesa e a stimolare le risorse del paziente piuttosto che a fornire le risposte "giuste")

3) Il focus può riguardare il modo di affrontare in futuro la solitudine (focus cognitivo): la B-APP si propone così un obiettivo mutativo-supportivo (incoraggia attitudini diverse da quelle utilizzate dalla paziente e il terapeuta fornisce consigli e una guida alla paziente);

4) Il focus può essere incentrato sul conflitto con i figli (amore e rabbia), che richiama un conflitto analogo riattivato dalla morte della madre (focus intrapsichico): la B-APP si propone, in questo caso, un obiettivo mutativo-intensivo (volto, cioè, alla promozione dell'insight).

La scelta del focus viene spiegata e quindi concordata con il paziente. Limitare i temi delle sedute della psicoterapia all'argomento del focus, comprendendo le associazioni pertinenti del paziente, è condizione fondamentale per preservare gli obiettivi e il setting del trattamento.

L'attenzione del terapeuta, oltre che alle problematiche della vita reale, è largamente rivolta all'identificazione dei bisogni profondi che le situazioni esistenziali esprimono. Analogamente, hanno grande importanza il riconoscimento e l'eventuale rivelazione degli impulsi (che definiscono l'insieme delle emozioni primarie e secondarie connesse al focus) e dei derivati degli impulsi (che rappresentano il risultato dell'elaborazione, in funzione difensiva e compensatoria, di queste stesse emozioni).

È più comune lavorare sui derivati degli impulsi che sugli impulsi stessi, secondo un criterio di gradualità di approccio all'interiorità psichica e tenendo conto della brevità dell'intervento terapeutico. Il lavoro sugli impulsi e sui rispettivi derivati può avere inoltre un effetto catartico.

X. Aree di possibile cambiamento all'interno del focus

A differenza che nelle altre psicoterapie brevi psicodinamiche, l'elaborazione del focus comporta, ad un livello più immediato, la ricerca di soluzioni al problema esistenziale prescelto, ma la B-APP non limita i propri obiettivi a questo, come si verifica invece nella psicoterapia interpersonale.

Durante il trattamento, lavorando sulla situazione attuale del paziente, il terapeuta sceglie in che misura richiamare ed elaborare i traumi precoci rispetto all'attenzione posta sull'esame di realtà [59]. Questi aspetti si integrano in una prospettiva creativa, utilizzando gli schemi personali di appercezione del paziente, che forniscono la chiave soggettiva che egli utilizza per leggere gli avvenimenti della vita [9].

Nell'ambito del focus, uno dei compiti del terapeuta consiste nell'aiutare il paziente a tollerare gli eventi esterni più stressanti per la loro gravità o per il loro significato simbolico: può essere utile, ad esempio, riconoscerne il significato per favorirne l'accettazione, quando non sia possibile evitarli. Inoltre, a livello più profondo, il terapeuta aiuta il paziente a filtrare gli stimoli intrapsichici correlati al focus che risultano intollerabili o che possono causare reazioni regressive "maligne", facendo, per esempio, in modo che non ne rimanga troppo coinvolto.

A differenza di altre psicoterapie brevi psicodinamiche [28], la B-APP può integrare aspetti direttivi e non direttivi nel trattamento, valutando i meccanismi di difesa del paziente e il loro ruolo in funzione dell'equilibrio psichico.

Gli interventi del terapeuta dovrebbero preservare le difese più adattative rispetto al problema attuale e quelle meno distruttive sia per il soggetto che per le altre persone; il terapeuta lavora prioritariamente, dunque, sulle difese meno indispensabili, su quelle poco efficaci nel proteggere l'autostima del paziente e su quelle che possono provocare comportamenti a rischio.

Caso 4

Una donna di 50 anni, soffre di insonnia, ansia e irritabilità. All'inizio del ciclo delle sedute della B-APP, viene identificata come focus la rabbia innescata dal comportamento passivo e regressivo del marito e della figlia. Durante la seconda seduta, la paziente riferisce alcuni episodi depressivi passati, caratterizzati da comportamenti occasionalmente assurdi, passivi e acritici, molto diversi dal suo abituale atteggiamento volitivo e disponibile. La paziente non chiede solamente di risolvere il problema dell'insonnia, ma addirittura di poter dormire praticamente tutto il giorno.

Il terapeuta presume che non ci possa essere un miglioramento delle relazioni familiari se la paziente non abbandona, almeno in parte, i suoi atteggiamenti di disponibilità e di controllo, che sostengono, però, la sua autostima e la sua fiducia. Una possibile scelta potrebbe essere allora quella di lavorare in modo intensivo durante le sedute, interpretando e rielaborando le difese correlate all'ansia. D'altro canto, però, molti racconti della paziente (quando, ad esempio, ricorda che a 18 anni era terrorizzata e non riusciva a dormire, se doveva dividere il letto con la sorella schizofrenica) non permettono di escludere fantasie identificatorie simbiotiche nei confronti della sorella e della figlia, né bisogni di accudimento fortemente regressivi. Pertanto, il terapeuta ritiene rischioso lavorare contro le difese correlate alla sintomatologia ansiosa ed imposta un trattamento supportivo, basato sull'accettazione e la neutralizzazione degli impulsi aggressivi, alleviando la solitudine della paziente con una serie di consigli su come comportarsi con il marito e con la figlia.

XI. Resoconti preliminari dell'utilizzo della B-APP

Sebbene la B-APP riconosca le sue radici in una lunga tradizione scientifica e le scuole adleriane abbiano diffusione internazionale, gli adleriani rappresentano una minoranza fra i terapeuti ad indirizzo psicodinamico e il loro approccio psicoterapeutico è conosciuto molto poco dagli psichiatri. Forse anche a causa di ragioni storiche e culturali, quindi, non sono stati ancora realizzati studi di validazione che dimostrino l'efficacia della B-APP con metodi rigorosamente scientifici.

Tuttavia, è stato effettuato di recente un trial clinico su 87 soggetti affetti da disturbo d'ansia generalizzato, confrontando l'esito del trattamento utilizzando solo la B-APP, solo una terapia farmacologica, o abbinando entrambe (26). Il follow up è stato effettuato a tre, sei e dodici mesi dal trattamento, utilizzando la Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) e la Hamilton Depression Scale (HAM-D), il Clinical Global Index (CGI) e la Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS).

Le valutazioni a sei mesi hanno evidenziato una remissione statisticamente significativa dei sintomi in tutti i gruppi di pazienti, indipendentemente dal tipo di trattamento. Inoltre, i soggetti che avevano una comorbilità con un disturbo di personalità trattati con la B-APP hanno evidenziato un miglioramento superiore, misurato con la SOFAS, rispetto ai pazienti trattati con psicofarmaci. Questi risultati sono rimasti stabili a dodici mesi.

I trattamenti psicodinamici brevi sono largamente utilizzati anche nel trattamento dei disturbi alimentari [21]. Recentemente, sono stati effettuati alcuni studi non controllati in aperto sui predittori di outcome [14], le caratteristiche dei pazienti non-responder [15] e il fenomeno del drop-out negli interventi multimodali [17-18] su pazienti anoressiche o bulimiche trattate con una terapia multimodale “a rete” che comprendeva due cicli di B-APP, ognuno di 15 sedute della durata di 45 minuti ognuna.

Gli psichiatri che hanno effettuato la psicoterapia avevano ricevuto una formazione specifica teorica e pratica sulla B-APP, della durata di quattro anni; inoltre, sono stati supervisionati da un didatta adleriano una volta alla settimana individualmente e due volte al mese durante un gruppo di discussione casi per tutto il periodo di trattamento, al fine di garantire un’adeguata aderenza al modello della B-APP. In tutti gli studi, è stata monitorata l’adesione dei pazienti e i drop-out sono stati esclusi.

Per valutare il miglioramento dei pazienti, sono state utilizzate le differenze statistiche di misurazione dell’outcome tra T0 e la fine del trattamento ed il giudizio clinico dei terapeuti. Va inoltre precisato che il reclutamento dei pazienti non è avvenuto per selezione, ma la scelta è stata randomizzata tra coloro che si sono rivolti alla struttura.

Nel primo studio, un campione di 42 pazienti anoressiche di tipo restricter è stato studiato in fase di valutazione iniziale e ritestato dopo 180 giorni usando il Temperament and Character Inventory [TCI; 7, 57] e l’Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) per determinare i predittori pre-trattamento della risposta. Il 52% delle pazienti hanno mostrato rilevanti miglioramenti clinici, con un livello di risposta positiva a breve termine che è in linea o anche più alto di quello riportato dai dati della letteratura (10-43).

Nel secondo studio, i fattori di esito correlati al trattamento con la B-APP nei disturbi alimentari sono stati accertati utilizzando il Karolinska Psychodynamic Profile [KAPP; 22-62] che misura il cambiamento prodotto sul funzionamento della personalità. 57 donne con disturbo alimentare (28 con anoressia nervosa, 29 con bulimia nervosa) sono state incluse nello studio. Le donne sono state valutate al baseline (T0) e dopo sei mesi (T6) attraverso una valutazione clinica e con il CGI, l’EDI-2, lo State-Trait Anger Expression Inventory e la KAPP. Più della metà (66,6%) dei soggetti hanno mostrato un miglioramento sotto diversi aspetti psicopatologici e del funzionamento psicologico: in particolare, il miglioramento negli items del KAPP hanno dimostrato, dopo due cicli di B-APP, un cambiamento nel funzionamento della personalità, anche se non nell’organizzazione complessiva della personalità.

Due studi di Fassino et al. [18-17] hanno investigato il fenomeno del drop-out dalla B-APP (un ciclo di 15 sedute) su 99 pazienti con anoressia nervosa e 83 con bulimia nervosa. Il livello di drop-out dalla B-APP (31% tra le anoressiche, 34% tra le bulimiche) rilevato in questi studi è coerente con il decorso descritto in letteratura per altri trattamenti psicoterapeutici brevi [43, 53-61].

Inoltre, questi studi hanno evidenziato alcuni predittori di drop-out dalla B-APP, che potrebbero essere utili per ridurne ulteriormente l'entità in futuro.

B-APP è stata anche valutata all'interno di un programma multimodale riabilitativo specifico, il Trattamento Multimodale Psicodinamico Adleriano (APMT) per pazienti schizofrenici [22] e gravi pazienti borderline [20] in un setting residenziale. Un primo studio su 52 soggetti schizofrenici [22] e un altro su 91 pazienti borderline (20) (sottotipo "psicotico"; 55) ha valutato gli esiti, considerando le correlazioni dei fattori clinici e del funzionamento psicosociale dopo che questi soggetti sono stati sottoposti ad un prolungato trattamento residenziale con l'APMT che includeva anche la B-APP.

Le valutazioni sono state effettuate utilizzando la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), la SOFAS e il KAPP. Dopo sei mesi, miglioramenti significativi sono apparsi nei punteggi globali della BPRS e della SOFAS, e in alcune aree del KAPP.

Anche se questi due studi, per la loro struttura, non sono sufficienti per validare la B-APP, offrono comunque promettenti prove preliminari sull'adattabilità di questa strategia terapeutica per un approccio efficace a questo tipo di disturbi difficilmente trattabili.

XII. Conclusioni

La B-APP rappresenta il primo tentativo di formalizzare una teoria della tecnica di psicoterapia breve di linea adleriana, anche se il modo in cui Adler ha interpretato la psicoterapia rappresenta il primo esempio storico di psicoterapia psicodinamica breve. Nello specifico, la B-APP fa riferimento a concetti che sono largamente in accordo con il modello biopsicosociale, che si è sviluppato dalla formulazione originaria di Engel [12] con i contributi, tra gli altri, di Fava e Sonino [23], e Gabbard e Kay [30]. Il setting della B-APP è funzionale all'intenzione del terapeuta di aiutare il paziente in un periodo di tempo limitato, utilizzando tecniche specifiche che hanno lo scopo di accorciare la durata del trattamento.

Tuttavia, questo non significa che gli obiettivi e le procedure siano eccessivamente limitate, né che le dinamiche più profonde della personalità siano trascurate. È invece importante lavorare sulle problematiche che rappresentano tratti maladattativi dello stile di vita e sono rilevanti nel causare e mantenere il disturbo mentale che si è manifestato. Così, la terapia rivolta ai sintomi può anche rappresentare, come osserva Shulman, "una importante via al cuore della personalità" [51].

La strategia del trattamento e le relative definizioni di processo si basano sulla messa in evidenza di uno o più tratti focali, i più importanti per la patologia del paziente, per identificare, poi, all'interno del focus, l'area di un possibile cambiamento nell'hic et nunc (qui ed ora) del trattamento.

La relazione terapeutica è rivolta ad accrescere la sensazione del paziente di sentirsi accettato e la sua fiducia di saper cambiare.

Gli obiettivi specifici del trattamento non sono indirizzati solo alla risoluzione dei sintomi o a raggiungere la completa guarigione del paziente, ma anche a migliorare il suo funzionamento nell'area del focus e a migliorare le relazioni sociali, a prevenire una ricaduta clinica e a promuovere un sostanziale miglioramento nella qualità di vita [25, 23]. Inoltre, il modello della B-APP, che considera le resistenze e le reali motivazioni al cambiamento, sembra adatto ad articolare la farmacoterapia con la psicoterapia, sia in psichiatria, sia in medicina psicosomatica.

La possibilità di identificare le fasi, le tecniche e i processi nella psicoterapia breve, come nel caso della B-APP, riveste particolare importanza per i trattamenti sequenziali, che rappresentano un nuovo modo di integrare la terapia farmacologica e la psicoterapia [24]. Progettare trattamenti sequenziali, che prevedono la psicoterapia breve prima o dopo la farmacoterapia, è particolarmente utile quando si affrontano i sintomi residui di alcuni disturbi psichiatrici.

Inoltre, in ragione degli specifici criteri di scelta per evidenziare il focus e del numero ridotto delle sedute, l'associazione della B-APP alla farmacoterapia potrebbe essere anche adatta per migliorare l'adesione del paziente ai farmaci in diverse condizioni psichiatriche, per esempio nei disturbi depressivi [47]. Una simile modalità di pianificazione dei trattamenti va valutata, infine, anche sotto un profilo etico, con riguardo ai principi di economia sanitaria e con attenzione alla prospettiva del rapporto tra costi e benefici.

Anche se la B-APP fa riferimento ad una prassi clinica diffusa e insegnata in tutto il mondo e che possiede una lunga storia, risalente alla prima decade del secolo scorso, sono indispensabili ulteriori ricerche per evidenziare il suo ruolo specifico e i suoi limiti in psichiatria e in medicina psicosomatica, attraverso studi di efficacia randomizzati e controllati, che prevedano anche il confronto con altri tipi di psicoterapia breve [32, 51].

Dovranno essere inoltre approfonditi i peculiari percorsi formativi [50] richiesti per l'esercizio di questa speciale modalità di cura come pure gli specifici fattori di cambiamento [13] dei percorsi brevi che avranno verosimilmente notevole sviluppo nel prossimo futuro. Poiché la B-APP non è solo indirizzata alla cura della sintomatologia, sarà particolarmente importante effettuare studi di follow up che non riguardino solo l'efficacia clinica del trattamento, ma anche indicatori relativi al funzionamento della personalità ed al funzionamento sociale, che dovrebbero supportare, nel tempo, la stabilità dell'outcome clinico e i miglioramenti nella qualità della vita di un gran numero di soggetti con patologie somatopsichiche e psichiatriche.

Questi studi dovrebbero descrivere, in definitiva, i criteri per identificare quali pazienti possono presumibilmente rispondere meglio al trattamento.

Postfazione

ANDREA FERRERO

Ulteriori considerazioni relative ad aspetti della ricerca sulla B-APP

Come già ben specificato da Fassino [11], ed ancora nella Prefazione a questo contributo sulla B-APP che viene ripresentato in veste aggiornata sulla Rivista di Psicologia Individuale, la base delle relazioni umane è costitutivamente radicata nei meccanismi impliciti della “simulazione incarnata” (*embodied simulation*). Secondo Gallese e coll. [15], specifiche azioni ed emozioni generano rappresentazioni interne corrispondenti nell’osservatore, “come se” questi le stesse compiendo o provando in modo simile; questo meccanismo funziona in parallelo con la “simulazione standard” in base a cui gli stessi stati mentali sono ricreati dall’osservatore anche a livello esplicito, attraverso l’introspezione e diverse modalità di inferenze, conscie o inconscie.

Se dunque si deve considerare primario e “profondo” il processo interattivo implicito, questo rappresenta, secondo il Boston Change Process Study Group [6], il materiale grezzo su cui le esperienze dell’identità e del soddisfacimento dei bisogni si costituiscono in termini di schemi cognitivo-emotivi, di fantasie e possibili conflitti, che possono essere espresse nella narrazione esplicita attraverso il linguaggio (formalizzazioni secondarie del “livello profondo”).

È in questo modo che, anche all’interno della relazione psicoterapeutica, le dinamiche inter-individuali tra lo stile del terapeuta e lo stile del paziente si articolano secondo registri multipli: implicito, esperienziale reale e fantasmatico transferale [8, 27].

Queste considerazioni sono necessarie, in via preliminare, per poter formulare qualsiasi proposta di indirizzo teorico-clinico in psicoterapia, che possa essere poi validato dalla ricerca. La tecnica del terapeuta si riferisce, infatti, solamente agli aspetti espliciti del lavoro clinico, ma questi non sono estranei o incoerenti, di per sé, rispetto alle valenze implicite della relazione.

Si potrebbe dire, in sintesi, che se gli aspetti impliciti costituiscono l’“hardware” in base a cui si strutturano i processi e gli esiti dei trattamenti, gli aspetti espliciti della valutazione psicopatologica e delle possibilità terapeutiche rappresentano il “software” necessario per promuovere cambiamenti che dipendano da un certo numero di variabili replicabili e non solamente, in modo estemporaneo, dalle caratteristiche umane del terapeuta e dei suoi pazienti [13]. Nella *Prefazione* Fassino ha ben sottolineato questi aspetti anche in termini di sinergie tra cervello sinistro e cervello destro.

In questo senso, vi sono ormai molte evidenze sull’utilità di utilizzare psicoterapie ben strutturate per una vasta gamma di condizioni cliniche ed esistenziali: la potenziale efficacia dipende sia da ciò che si comunica al paziente, sia dal modo in cui lo si comunica [18]; nella costruzione dell’alleanza terapeutica, l’importanza delle manifestazioni

relazionali implicite è precocemente decisiva [21], ma le modalità tecniche di condurre il trattamento possono incrementarla od ostacolarla in modo molto significativo [17].

Affrontare quindi seriamente la questione della definizione, almeno relativa, dei processi che sottendono le psicoterapie psicodinamiche è di ordine deontologico: secondo Sandler e Dreher [28] la posizione secondo cui ci si disinteressa degli esiti e di come si può pervenire ad essi non sarebbe corretta, ovvero i terapeuti hanno il dovere di un rendiconto puntuale ai pazienti di cosa fanno con loro, per quale motivo, per quanto tempo.

In ragione di queste considerazioni, la descrizione sintetica di alcuni indicatori del processo terapeutico della B-APP che viene qui riproposta è stata integrata successivamente, come si prevedeva all'epoca della pubblicazione originaria del lavoro, da una formalizzazione estensiva del trattamento con la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP) e le sue varianti brevi, la Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (B-APP) e a tempo limitato, la Sequential- Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP) [14].

Questo impegno teorico e clinico ha comportato inevitabilmente anche la consapevolezza dei limiti che si accompagnano a qualunque definizione delle psicoterapie [12]. A questo proposito, come hanno precisato Westen e coll. 2004 [31], la funzione di un manuale della tecnica va intesa in chiave descrittiva (per orientare e fare il punto sulle scelte del terapeuta) e non prescrittiva (nel senso di fornire uno schema vincolante ed esaustivo). La B-APP si configura, secondo questi intendimenti, come un trattamento "semi-manualizzato" [31], e la bussola che orienta la tecnica è la condizione psicopatologica del paziente, in base a cui il terapeuta opera le sue scelte all'interno di un range di tecniche e di strategie che sono a sua disposizione.

Dal 2016, il gruppo di ricerca che fin dall'inizio si è occupato della B-APP viene coordinato dalla Associazione APPs-Training & Research, che è deputata allo sviluppo coerente della tecnica e ad una valutazione, secondo le linee guida accreditate dalla letteratura scientifica [10], dei processi e degli esiti del trattamento. L'obiettivo è provare a rispondere alle seguenti domande: vi sono modi nuovi e migliori di effettuare il lavoro psicoterapeutico? vi sono nuovi e migliori cambiamenti che la psicoterapia può apportare? vi sono, infine, nuove e migliori condizioni che possono favorire i risultati?

In questo senso, la ricerca scientifica dovrebbe poter fornire una serie di dati comprovati che possano aiutare il terapeuta a soppesare costantemente l'utilità del trattamento per il paziente, le indicazioni anche in rapporto ad altri trattamenti, e il setting (destinatari, regole, frequenza, durata), ai fini di un miglior rapporto tra costi e benefici.

Non è qui l'occasione di discutere le problematiche relative alla validazione empirica dell'efficacia delle psicoterapie. Basterà sottolineare che i criteri per definire un trattamento psicodinamico come supportato da prove di efficacia sono sottoposti a limiti

specifici [20]. Sotto il profilo epistemologico, la conoscenza scientifica nell'ambito delle Scienze Umane Applicate, non può fare riferimento ad un concetto di «vero» o «falso» in sé, ma un orientamento esplicitamente soggettivo non sarebbe da considerare più fecondo, in quanto un certo grado di oggettività dovrebbe essere considerato come consustanziale alla scienza [26].

Sotto questo aspetto, i dati conoscitivi possano integrarsi e interrogarsi a vicenda con gli aspetti intuitivi ed empatici della valutazione, proprio nella consapevolezza delle reciproche differenze. Si può così provare ad evitare un doppio corto-circuito: quello del pregiudizio soggettivo elevato a rassicurante verità oggettiva e quello, altrettanto pericoloso, di chi si rifugia in schemi normativi astratti, sottraendosi alla comprensione, anche emotiva, della dinamica inter-individuale dell'incontro col paziente.

Per quanto riguarda la ricerca sui trattamenti con la B-APP, oltre all'efficacia riscontrata nei pazienti con Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG) e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), già citata nel lavoro originale, merita una segnalazione specifica quella riscontrata successivamente nell'ambito della Psico-oncologia.

Studi controllati [3, 30, 19] hanno evidenziato come la B-APP in aggiunta alla terapia farmacologica produca risultati significativamente migliori dei farmaci da soli nel trattamento del dolore in pazienti oncologici, anche anziani. Lo stesso miglioramento è stato rilevato, negli stessi pazienti, anche per quanto riguarda la depressione dell'umore e la compliance alle cure.

Un ulteriore studio [4], randomizzato e controllato, ha valutato l'efficacia della B-APP in aggiunta alla venlafaxina rispetto all'utilizzo della venlafaxina da sola sul dolore e la depressione clinicamente diagnosticata secondo i criteri del DSM-IV-TR in pazienti con tumori non metastatizzati.

L'aggiunta della B-APP al trattamento non solo riduce più efficacemente la percezione del dolore, ma ne fa comprendere meglio il significato clinico al paziente; migliora, inoltre, la fiducia di saperlo affrontare e permette, contemporaneamente, di sentirsi maggiormente supportato rispetto all'angoscia della malattia.

A fronte di tutti questi dati, è giusto sottolineare che ogni psicoterapia che non sia (ancora) validata empiricamente non è necessariamente inefficace; pensiamo, però, che sia molto importante che i pazienti e gli amministratori della Sanità sappiano che la terapia adleriana può essere efficace.

A questo proposito, possiamo quindi segnalare che gli studi sull'efficacia della B-APP, nel corso degli anni, sono stati molto citati da altri Autori in tutto il mondo su riviste scientifiche indicizzate o ad impact factor di ambito psichiatrico, psicologico e medico dei più svariati indirizzi.

Per limitarci ai lavori che erano già stati menzionati nel testo originario, ed escludendo quelli per pazienti schizofrenici o con gravi disturbi di personalità per cui la B-APP non viene più utilizzata nella pratica clinica odierna, queste citazioni, a tutto il mese di maggio 2020 assommano a 242 (fonte: Google Scholar). Secondo la medesima fonte, se consideriamo gli studi in ambito psico-oncologico citati in questa Postfazione, il totale aumenta a 304.

Di queste, alcune sono particolarmente significative e rilevanti per l'autorevolezza dei ricercatori e delle istituzioni da cui provengono. A titolo di esempio, ne citerò alcune facendo riferimento alle ricerche sugli esiti della B-APP nel Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG) e a quelle sugli indicatori di processo e dei fattori predittivi del trattamento nei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Iniziando dall'Italia, l'efficacia della B-APP in pazienti con DAG è stata segnalata all'interno di una review di Del Corno e della Society for Psychotherapy Research – Italy Area Group, anche perché rappresenta una possibile alternativa alla terapia psicofarmacologica [7].

Peraltro, questa stessa efficacia era già stata riconosciuta in Canada dall'Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS), all'interno di un complesso protocollo di ricerca, svolto in collaborazione col Dipartimento di Psicologia, Counselling e Psichiatria della McGill University di Montreal, per valutare costi e benefici di un finanziamento della psicoterapia per pazienti ansiosi e depressi [9].

Infatti, in un recente manuale a cura della Ryerson University (Canada) e della Stanford University (USA), la B-APP è citata tra le psicoterapie che possiedono evidenze scientifiche di efficacia nel GAD [22] e, più specificatamente, secondo le Linee Guida del Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, queste evidenze di efficacia sono di livello II, laddove il livello I è certificato al momento solo per la Cognitive – Behavior Therapy (CBT) [2].

Per quanto riguarda le sole psicoterapie psicodinamiche, i risultati della B-APP nel GAD erano già stati esaurientemente descritti e riportati come significativi in un volume sulle attualità della ricerca edito da Levy, Stuart-Ablon e Kächele in nome delle Università di Harvard e di Berlino [29] e sono state recentissimamente ripresi in una pubblicazione a cura dell'Austin Riggs Center (USA), segnalando in particolare i risultati ottenuti dalla B-APP non solo sui sintomi ma anche sul funzionamento sociale e lavorativo dei pazienti [24].

Di particolare rilievo, infine, una recente review che esamina l'efficacia di vari gruppi di psicoterapie in base alle valutazioni di quattro istituzioni molto accreditate: il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Regno Unito, l'American Psychological Association (APA), la Cochrane Library di Londra e l'Australian

Psychological Society (APS). La B-APP è stata inserita nel gruppo delle psicoterapie psicodinamiche efficaci nel GAD [23].

Considerando ora gli studi di processo, si può preliminarmente osservare che, per quanto complessi, rivestono una grande importanza perché cercano di definire quali caratteristiche del paziente e del trattamento sono implicate nella sua efficacia.

Una review sistematica di Abbate Daga e coll. [1] dell'Università di Torino correla i miglioramenti ottenuti con la B-APP sull'alimentazione e i sintomi psichici di pazienti con DCA con aspetti specifici della loro personalità e del loro funzionamento psicopatologico.

I risultati della ricerca di alcuni predittori di esito positivo della B-APP nell'ambito dei DCA sono stati oggetto di studio in importanti contributi pubblicati in svariati paesi. Ricordiamo qui quello israeliano della Rothschild-Yakar [25] che cita in particolare il diverso significato del controllo e del discontrollo per quanto riguarda lo svolgimento della terapia con pazienti affette da Anoressia Restrictor rispetto a quelle con Anoressia Binge/Purging o con Bulimia.

Ancora più approfondita e dettagliata è la disamina di Westen e coll. [32] dei dati ricavati nel corso delle sedute con la B-APP su come le caratteristiche delle pazienti influenzino gli esiti dei trattamenti, che è stata pubblicata nella Review Annuale dell'Academy for Eating Disorders (USA). In particolare, vengono citate le correlazioni negative tra i risultati, la rabbia e l'impulsività da un lato, e il controllo ossessivo, il perfezionismo e l'ascetismo dall'altro. All'opposto, gli esiti favorevoli dipenderebbero significativamente dalle capacità e dall'incremento dell'Autodirettività.

Le linee guida della American Psychiatric Association (APA) e del National Institute for Clinical Excellence inglese (NICE) hanno dichiarato l'importanza che queste caratteristiche personologiche, tra le altre, costituiscano gli obiettivi-bersaglio dei trattamenti per ottimizzarne gli effetti [5], nell'ambito di importanti resistenze al cambiamento che si registrano indipendentemente dall'impostazione teorica delle terapie, come segnalato, tra gli altri, dal Gruppo tedesco per le Linee Guida nell'Anoressia [16].

A conclusione di questo breve excursus, si segnala come l'Associazione APPs-TR sia tuttora impegnata in progetti di ricerca sulla B-APP e sulla SB-APP, che comprenderanno, oltre ad una serie di follow up, studi sull'alleanza terapeutica e sulle interrelazioni tra le risposte emotive dei terapeuti, l'utilizzo di strumenti tecnici e il livello di funzionamento psicopatologico dei pazienti.

L'obiettivo rimane ancora quello di sollevare i pazienti dalle loro sofferenze nel migliore dei modi, secondo modalità che siano specifiche e contemporaneamente compatibili con le esigenze e le risorse dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei Servizi di Psicologia del SSN.

Bibliografia della Prefazione

1. BRENNER, A., KHAN, F. (2013), The Training of Psychodynamic Psychiatrists. The Concept of “Psychodynamic Virtue”, *Psychodyn. Psychiatry*, 41(1): 57-74.
2. FASSINO, S. (1998), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull’agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.
3. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
4. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell’incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-65.
5. FERRERO, A. (2009), Le strategie dell’incoraggiamento nelle psicoterapie time-limited. *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 65-79.
6. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
7. FERRERO, A. (2012), The model of Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): specific features in the treatment of Borderline Personality Disorder, *Res. Psychother. Psychopathol. Process Outcome*, 15 (1): 32-45.
8. GALEA, S., MERCHANT, R. M., LURIE, N. (2020), The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing The Need for Prevention and Early Intervention, *JAMA Intern. Med.*, Published online April 10.
9. GALLESE, V., EAGLE MORRIS, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55; 131-176.
10. GINOT, E. (2015), *The neuropsychology of the Unconscious. Integrating Brain and Mind in Psychotherapy*, tr. it. *Neuropsicologia dell’inconscio. Integrare mente e cervello nella psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2017.
11. LANE, R. D., RYAN, L., NADEL, L., GREENBERG, L. (2015), Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New Insights from brain science, *Behav. Brain Sci.*, 3: 8 e 1doi: 10.1017/S0140525X14000041.
12. PRECKEL, K., KANSKE, P., SINGER, T. (2018), On the interaction of social affect and cognition: empathy, compassion and theory of mind, *Curr. Opin. Behav. Sci.*, 19: 1-6.
13. ROVERA, G. G. (1966), Traitement des adolescents antisociaux (pré-délinquantsjuvéniles) par la psychothérapie brève, *Atti del IV Congresso Mondiale di Psichiatria*, Madrid.
14. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
15. ROVERA, G. G. (1988; 2016), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
16. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
17. ROVERA, G. G. (2020), Le relazioni d’aiuto nell’emergenza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 19-45.
18. SCHORE, A. N. (2014), The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychothe-*

rapy, 51(3): 388-97.

19. STERN, D. N. and THE BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2012), *Change in Psychotherapy*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

20. UNÜTZER J., KIMMEL, R. J., SNOWDEN, M. (2020), Psychiatry in the age of COVID-19 *World Psychiatry*, 19(2):130-131.

21. WAMPOLD, B. E. (2015), How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 14 (3): 270-277.

Bibliografia dell'articolo

1. ADLER, A. (1981), *Le "Journal" de Claire Macht: technique de la psychologie individuelle comparée*, Belfond, Paris.

2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individual psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.

3. ANSBACHER, H. L. (1989), The tradition of brief psychotherapy, *Ind. Psych.*, 45: 26-33.

4. BOKHORST, C. L., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., PASCOFEARON, R. M., VAN IJZENDOONI, M. H., FONAGY, P., SCHUENGEL, C. (2003), The importance of shared environment in mother-infant attachment security: A behavioral genetic study, *Child Dev.*, 74: 1769-1782.

5. BOWLBY, J. (1969-1980), *Attachment and loss*, Vols. I, II, III, Hogarth Press, London.

6. BUCCI, W. (1997), *Psychoanalysis and Cognitive Science*, Guilford Press, New York.

7. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRYZBECK, T. R. (1993), A psychological model of temperament and character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.

8. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, N. M., SVRAKIC, D. M. (1997), Role of personality self-organization in development of mental order and disorder, *Dev. Psychopathol.*, 9: 881-906.

9. COX, R. H. (1989), Symbols and rituals in brief psychotherapy, *Individ. Psychol.*, 45: 238-243.

10. DARE, C., EISLER, I., RUSSEL, G., TREASURE, J., DODGE, L. (2002), Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments, *Br. J. Psychiatry*, 178: 216-221.

11. DEWAN, M. J., STEENBARGER, B. N., GREENBERG, R. P. (2004), *Art and Science of Brief Psychotherapies*, American Psychiatric Press, Washington.

12. ENGEL, G. L. (1980), The clinical application of the biopsychosocial model, *Am. J. Psychiatry*, 137: 535-544.

13. FASSINO, S. (1998), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.

14. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., FORNAS, B., GARZARO, L., et al. (2001), Outcome predictors in anorectic patients after 6 months of multimodal treatment, *Psychother. Psychosom.*, 70: 201-208.
15. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., ROVERA, G. G. (2001), Non-responder anorectic patients after six months of multimodal treatment: predictors of outcome, *Eur Psychiatry*, 16: 466-473.
16. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., DELSEDIME, N., BUSO, F., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2005), Baseline personality characteristic of responders to brief psychotherapy in eating disorders, *Eat. Weight Disord.*, 1:1-11.
17. 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.
18. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., PIERÒ, A., ROVERA, G. G. (2002), Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa, *Psychother. Psychosom.*, 71: 200-206.
19. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient psychiatric service, *Panminerva Med.*, 49: 7-15.
20. FASSINO, S., FERRERO, A., PIERÒ, A., MONELLI, E., CAVIGLIA, M., DELSEDIME, N. et al. (2004), Rehabilitative residential treatment in patients with severe mental disorders: factors associated with short term outcome, *Am. J. Orthopsychiatry*, 74: 33-42.
21. FASSINO, S., PIERÒ, A., LEVI, M., GRAMAGLIA, C., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P. et al. (2004), Psychological treatment of eating disorders. A review of the literature, *Panminerva Med.*, 46: 189-198.
22. FASSINO, S., PIERÒ, A., MONDELLI, E., CAVIGLIA, M., DELSEDIME, N., BUSO, F., et al (2003), Baseline personality functioning correlates with 6 month outcome in schizophrenia, *Eur. Psychiatry*, 18: 93-100.
23. FAVA, G.A., SONINO, N. (2000), Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives, *Psychother. Psychosom.*, 69: 184-197.
24. FAVA, G.A. (1999), Sequential treatment: a new way of intergrating pharmacotherapy and psychotherapy, *Psychother. Psychosom.*, 68: 281-289.
25. FAVA, G.A. (1999), Well-being therapy: Conceptual and technical issues, *Psychother. Psychosom.*, 68: 171-179.
26. FERRERO, A., PIERO', A., FASSINA, 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: 530-539.
27. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
28. FLEGENHEIMER, W. V. (1982), *Techniques of Brief Psychotherapy*, Jason Aronson, New York.
29. FONAGY, P., TARGET, M. (1999), *Psychoanalytic theories of personality and its development*, Whurr Publications, London.

30. GABBARD, G. O., KAY, J. (2001), The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am. J. Psychiatry*, 158: 1956-1963.
31. GABBARD, G. O., WESTEN, D. (2002), Developments in cognitive neuroscience: I. Conflict, compromise and connectionism, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 53-98.
32. GABBARD, G. O. (2004), Introduction to the series: Core Competencies in Psychotherapy, in DEWAN, M. J., STEENBARGER, B.N., GREENBERG, R. P. (eds), *Art and Science of Brief Psychotherapies*, American Psychiatric Press, Washington p. 13-15.
33. GABBARD, G. O. (2005), Mind, brain, and personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 162: 648-655.
34. GORTON, G. E. (2000), Psychodynamic approaches to the patient, *Psychiatr. Serv.*, 51: 1408-1409.
35. GRINKER, R.R., WERBLE, B., DYRE, R. C. (1968), *The Borderline Syndrome*, Basic Books, New York.
36. HERU, A. M. (2006), Family psychiatry: From research to practice, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-968.
37. 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.
38. HOGLEND, P. (1996), Motivation for brief dynamic psychotherapy, *Psychother. Psychosom.*, 65: 209-215.
39. KERNBERG, O. F. (1995), Psychotherapeutic treatment of borderline patients, *Medical Psychology*, 45: 73-82.
40. MAINA, G., FORNER, F., BOGETTO, F. (2005), Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders, *Psychother. Psychosom.*, 74: 43-50.
41. MANN, J. (1973), *Time-limited Psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.
42. MCINTOSH, V. V., BULIK, C. M., MCKENZIE, J. M., LUTY, S. E., JORDAN, J. (2000), Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa, *Int. J. Eat. Disord.*, 27: 125-139.
43. MCINTOSH, V. V., JORDAN, J., CARTER, F. A., LUTY, S. E., MCKENZIE, J. M., BULIK, C. M., et al. (2005), Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial, *Am. J. Psychiatry*, 162: 741-747.
44. MILLER, L. A., TABER, K. H., GABBARD, G. O., HURLEY, R. A. (2005), Neural underpinnings of fear and its modulation: implications for anxiety disorders, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 17: 1-6.
45. MOSAK, H. H. (1998), Adlerian psychotherapy, in CORSINI, R. J., WEDDING, D. (eds), *Current Psychotherapies*, 5th ed, Peacock Publishers, Chicago p. 51-88.
46. MURATORI, F., PICCHI, L., CASELLA, C., TANCREDI, R., MILONE, A., PATARNELLO, M. G. (2002), Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders, *Psychother. Psychosom.*, 71: 28-38.
47. PAMPALLONA, S., BOLLINI, P., TIBALDI, G., KUPELNICK, B., MUNIZZA,

- C. (2004), Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 61: 714-719.
48. ROFFMAN, J. L., MARCI, C. D., GLICK, D. M., DOUGHERTY, D. D., RAUCH, S. L. (2005), Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy, *Psychol. Med.*, 35:1385-1398.
49. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell'incoaggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
50. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 31-39.
51. SHULMAN, B. H. (1989), Some remarks on brief psychotherapy, *Individ. Psychol.*, 45: 33-38.
52. SIGAL, J. J., PARIS, J., KARDOS, M., ZIMMERMAN, G., BUONVINO, M. (1999), Evaluation of some criteria used to select patients for brief psychodynamic therapy, *Psychother. Psychosom.*, 68: 193-198.
53. SLEDGE, W. H., MORAS, K., HARTLEY, D., LEVINE, M. (1990), Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates, *Am. J. Psychiatry*, 147: 1341-1347.
54. SPERRY, L. (1989), Contemporary approaches to brief psychotherapy: A comparative analysis, *Individ. Psychol.*, 45: 3-25.
55. STEEL, Z., JONES, J., ADCOCK, S., CLANCY, R., BRINGFORD-WEST, L., AUSTIN, J. (2000), Why the high rate of dropout phenomenon from individualized cognitive behavior therapy for bulimia nervosa? *Int. J. Eat. Disord.*, 28: 209-214.
56. SVARTBERG, M., STILES, T. C., SELTZER, M. H. (2004), Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 161: 810-817.
57. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003), Classification of personality disorders: Implications for treatment and research, in SOARES, J.C., GERSHON, S. (eds), *Handbook of Medical Psychiatry*, Marcel Dekker, New York, p. 117-48.
58. SVRAKIC, D. M., DRAGANIC, S., HILL, K., BAYON, C., PRZYBECK, T.R., CLONINGER, C. R. (2002), Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues, *Acta Psychiatr. Scand.*, 106: 189-195.
59. TENBRINK, D. (1997), Zur Theorie und Praxis der psychodynamischen Kurzpsychotherapie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 1: 3-31.
60. TIENARI, P., WYNNE, L. C., SORRI, A., LAHTI, I., LAKSY, K., MORING, J. et al. (2004), Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees, *Br. J. Psychiatry*, 184: 216-222.
61. WALLER, G. (1997), Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders, *Int. J. Eat. Disord.*, 22: 35-41.
62. WEINRYB, R. M., RÖSSEL, R. J. (1991), Karolinska Psychodynamic Profile-KAPP, *Acta Psychiatr. Scand.*, 83(S): 363.

Bibliografia della Postfazione

1. ABBATE DAGA, G., MARZOLA, E., AMIANTO, F., FASSINO, S. (2016), A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders, *Eat. Weight Disord.*, 21(4): 553-580.
2. ANDREWS, G., BELL, C., BOYCE, P., GALE, C., LAMPE, L., MARWAT, O., RAPEE, R., WILKINS, G. (2018), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder, *Austral. New Zealand J. Psychiatry*, 52 (12): 1109-1172.
3. BOVERO, A., TORTA, R., FERRERO, A. (2006), A new approach on oncological pain in depressed patients: data from a clinical study using Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psychooncology*, 15(S): 1-478.
4. BOVERO, A., IERACI, V., AMODEO, L., MALABAILA, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2017), Combined therapy versus usual care in the treatment of depressed patient with pain, *Inf. J. Psychother. Pract. Res.*, 1 (1): 30-44.
5. BRUCE, K. R., STEIGER, H. (2005), Treatment implication of Axis-II comorbidity in Eating Disorders, *J. Treatment Prevent.*, 13(1): 93-108.
6. BRUSCHWEILER-STERN, N., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A.C., NAHUM, J. P., SANDER, L. W., STERN, D. N. (2007), The Foundational Level of Psychodynamic Meaning: Implicit Process in Relation to Conflict, Defense and the Dynamic Unconscious, *Int. J. Psycho-analysis*, 88(4): 843-860.
7. DEL CORNO, F. (2017), Further reflections about the document Psychotherapy for Anxiety and Depression: benefits and costs, *Res. Psychother. Psychopath. Process Outcome*, 20: 158-160.
8. EIFE, G. (2005), "Adlerian Essentials in Psychodynamic Therapy", Lecture, *23th Congress of International Association of Individual Psychology*, Turin. Panel: "Which Kind of Adlerian Psychotherapy? The Power of Different Theoretical Issues Underlying Different Clinical Practices".
9. FANSI, A., JEHANNO, C., LAPALME, M., DRAPEAU, M., BOUCHARD, S. (2015), Effectiveness of psychotherapy compared to pharmacotherapy for the treatment of anxiety and depressive disorders in adults: A literature review, *Sante Ment. Que.*, 40(4):141-173.
10. FASSINA, S., SIMONELLI, B. (2017), La ricerca in psicoterapia. La psicoterapia come ricerca, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 9-28.
11. FASSINO, S. (2017), Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 29-53.
12. FERRERO, A. (2004), Standardizzazione dei processi delle psicoterapie psicodinamiche: una revisione critica in prospettiva adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 35-46.
13. FERRERO, A. (2017), Processi ed esiti in psicoterapia: il ruolo della relazione terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 82: 55-68.
14. FERRERO, A. (2018), *Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP). A Psychopathology-Based Treatment*. ASIIP, Croydon – London.

15. GALLESE, V., MIGONE, P., EAGLE, M. N. (2006), La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi, *Psicoter. Sc. Um.*, 40 (3): 543-580.
16. HARTMANN, A., WEBER, S., HERPERTZ, S., ZEECK, A., GERMAN TREATMENT GUIDELINE GROUP FOR ANOREXIA NERVOSA (2011), A Meta-Analysis of Standardized Mean Change, *Psychother. Psychosom.*, 80: 216-226.
17. HØGLEN, P. A., AMLO, S., MARBLE, A., BØGWALD, K. P., SØRBYE, O., SJAASTAD, M. C., HEYERDAHL, O. (2006), Analysis of the Patient-Therapist Relationship in Dynamic Psychotherapy: An Experiential Study of Transference Interpretations, *Am. J. Psychiatry*, 163 (10): 1739-1746.
18. HORVATH, A. O. (2005), The therapeutic relationship: research and theory, *Psychother. Res.*, 15: 3-7.
19. IERACI, V., BOVERO, A., PENNAZIO, F., TORTA, R. (2014), Pain, Depression and coping styles: assessment and evaluation in cancer pain population, *J. Pain Relief*, S2: 004, doi:10.4172/2167-0846.S2-004.
20. LEUZINGER, B., TARGET, M. (2002), *The outcomes of psychoanalytic treatment*, Whurr, London.
21. LYONS-RUTH, K., MEMBERS OF "THE PROCESS OF CHANGE STUDY GROUP" (1998), Implicit Relational Knowing: Its Role in Development and Psychoanalytic Treatment, *Inf. Ment. Health J.*, 19: 282-289.
22. McCABE-BENNETT, H., FRACALANZA, F., ANTONY, M. M. (2018), The Psychological Treatment of Generalized Anxiety Disorder, in DAVID, D., LYNN, S. J., MONTGOMERY, G. H. (eds), *Evidence Based Psychotherapy. The state of the science and practice*, Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
23. MORIANA, J. A., GALVEZ-LARA, M., CORPAS, J. (2017), Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations, *Clin. Psychol. Rev.*, 54: 29-43.
24. PITMAN, S.R., KNAUSS, D. P. C. (2020), *Contemporary Psychodynamic Approaches to Treating Anxiety: Theory, Research, and Practice*, Springer, New York.
25. ROTHSCHILD-YAKAR, L., LACOUA, L., STEIN, D. (2013), Changes in Patient Measures as Predictors of Therapists' Ratings of Treatment Collaboration and Change in Eating Disorder Subgroups, *Assessment*, 20(6): 752-763.
26. ROVERA, G. G. (1979), Il sistema aperto dell'Individual-Psicologia, *Quad. Riv. Psicol. Indiv.*, 4.
27. ROVERA, G. G. (2015), Lo stile terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
28. SANDLER, J., DREHER, A. U. (1996), *What do psychoanalysts want?* Routledge, London.
29. SLAVIN-MULFORD, J., HINSELROTH, M. J. (2012), Evidence-based psychodynamic treatments in Anxiety Disorders: a review, in LEVY, R. A., STUART ABLON, J., KÄCHELE, H. (eds), *Psychodynamic Psychotherapy research. Evidence-based practice and practice-based evidence*, Humana Press, Springer, New York.
30. TORTA, R., MUNARI, J. (2010), Symptom cluster: Depression and pain, *Surg. Oncol.*, 9 (3): 155-159.

31. WESTEN, D., NOVOTNY, C. M., THOMPSON-BRENNER, H. (2004), The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials, *Psychol. Bulletin*, 130: 631-663.
32. WESTEN, D., THOMPSON-BRENNER, H., PEART, J. (2006), Personality and eating disorders, in WONDERLICH, S., MITCHELL, J., STEIGER, H. (eds), *Annual Review of Eating Disorders, Pt. 2*, Radcliffe Publishing, Oxford UK.

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

Federico Amianto
Viale XXV aprile 159/10 F
I-10133 Torino
E-mail: federico.amianto@unito.it

Andrea Ferrero
Via Sommacampagna 6
I-10131 Torino
E-mail: andfer52@hotmail.com