

# La psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare

*Psychotherapy of eating disorders in childhood and adolescence*

A. GRITTI

*Dipartimento di Psichiatria Neuropsichiatria Infantile, Audiofoniatria, Dermatovenerologia  
Seconda Università di Napoli*

PAROLE CHIAVE. – Psicoterapia - Disturbi della condotta alimentare - Infanzia - Adolescenza  
KEY WORDS. – *Eating disorders - Childhood - Adolescent - Psychotherapy*

## Summary

*This study is a survey of the psychotherapies used in the treatment of eating disorders arising in childhood and adolescence. The current literature was reviewed using the Pub-Med and the Psycho-Info databases. 13 controlled studies published between 1999-2009 were reviewed. The theory and the technique of the main psychotherapeutic approaches are discussed. Studies provide good evidence for the efficacy of some psychotherapies.*

## Introduzione

Questo contributo si propone di offrire una rassegna della letteratura sulla psicoterapia dei disturbi della condotta alimentare (DCA) in età evolutiva, limitatamente ad anoressia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), *Binge Eating disorders* (BED) e DCA non altrimenti specificati (EDNOS). In particolare si propone di illustrare gli studi relativi alla loro psicoterapia, alla efficacia delle psicoterapie <sup>a</sup>, e ad alcuni aspetti delle psicoterapie più frequentemente utilizzate.

---

<sup>a</sup> La ricerca è stata svolta relativamente al periodo 1999-2009, attraverso i database Medline e Psycho-Info, con le seguenti parole chiave: psychotherapy, treatment, eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, Binge Eating, child, adolescent. Sono stati effettuati anche ricerca manuale nelle principali riviste e controllo bibliografia dei lavori pubblicati.

A conclusione saranno evidenziati i principali interrogativi stimolati dalle ricerche esaminate.

### **I disturbi della condotta alimentare in età evolutiva**

Lungo l'arco di vita che va dalla nascita all'adolescenza, possono manifestarsi numerosi disturbi che si esprimono attraverso l'alterazione della funzione alimentare. Il DSM-IV distingue i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia e della prima fanciullezza dai disturbi dell'alimentazione propriamente detti (AN, BN, EDNOS)<sup>1</sup>. Sono stati descritti altri quadri clinici della media infanzia la cui collocazione nosografica è controversa, tra di essi ricordiamo la disfagia funzionale, il rifiuto emozionale del cibo e l'alimentazione selettiva<sup>2,3</sup>.

Gli studi epidemiologici sui DCA dell'infanzia e dell'adolescenza non forniscono dati certi, per il limitato numero di soggetti esaminati e per il frequente riscontro di campioni aggregati di adolescenti e adulti. Herpetz-Dahlmann<sup>4</sup> riporta nell'adolescenza una prevalenza dell'AN tra 0,3%-0,9%, della BN tra 1-2%, degli EDNOS tra 2-3%. Nicholls<sup>3</sup> riferisce che l'incidenza della AN, tra 10-19 anni è di 17,5/100,00 e tra 0-9 anni è di 0,3/100,000 e che la prevalenza di BED è del 6,2%, tra 6-13aa. Non sono disponibili studi epidemiologici sugli altri quadri clinici della media infanzia.

Quantunque AN e BN abbiano più frequente esordio in adolescenza sono segnalati casi di AN a partire da sette anni e di BN a partire da dieci<sup>2,3</sup>.

Le forme ad esordio prima di 14 anni hanno caratteristiche cliniche diverse da quelle della piena adolescenza. In particolare a tale età non si riscontrano i sintomi che soddisfano i criteri riguardanti l'alterata percezione e preoccupazione per peso e forma corporea. Le presentazioni cliniche atipiche rendono difficile l'individuazione dei DCA, molti soggetti sfuggono alla diagnosi e la categoria diagnostica EDNOS è assegnata più frequentemente che nell'adulto<sup>4</sup>.

### **Linee generali del trattamento dei DCA**

In tutta la letteratura è segnalato come la psicoterapia dei DCA debba essere svolta nell'ambito di progetti di cura multimodali. L'obiettivo complessivo del trattamento è ottenere il ripristino di condizioni fisiche e di standard nutrizionali accettabili, oltre che modificare i fattori psicologici personali e/o familiari sottesi al disturbo alimentare<sup>5,6</sup>. Questi obiettivi sono condivisi a livello internazionale, anche se la pratica clinica può variare in base alla nazione o alla singola istituzione<sup>b</sup>.

---

<sup>b</sup> Per un panorama della situazione Italiana si vedano, *I disturbi del comportamento alimentare: esperienze a confronto in età evolutiva*, Atti del Convegno Nazionale (Bologna 19-20 dicembre 2008). In particolare i contributi di U. Balottin e G. Rossi, F. Muratori, M.G. Martinetti, M.C. Stefanini.

La letteratura specifica mostra che – indipendentemente dall’orientamento teorico – tutti gli autori concordano nel ritenere che la psicoterapia è solo uno degli elementi di un programma terapeutico complesso che prevede molteplici interventi <sup>7,8</sup>.

Il trattamento di pazienti con DCA richiede particolari accorgimenti tecnici. Il management clinico-nutrizionale e la psicoterapia sono modulati in base alle caratteristiche psicopatologiche del disturbo e alle condizioni fisiche del paziente. All’esordio, con condizioni fisiche compromesse si sconsiglia di intraprendere una psicoterapia intensiva e si preferiscono interventi supportivi, seguiti, alla ripresa di condizioni fisiche accettabili, dal trattamento psicoterapeutico propriamente detto.

Quest’ultimo, poi, deve essere condotto con flessibilità e duttilità nell’uso degli strumenti tecnici a disposizione di ogni psicoterapeuta. C’è una larga convergenza tra gli autori sulla necessità di adattare la tecnica alle caratteristiche dei pazienti con disturbi dell’alimentazione, per renderla più efficace. Spesso l’avvio della psicoterapia è un traguardo più che un punto di partenza per questi pazienti. Come vedremo più avanti, vengono utilizzate strategie per migliorare la motivazione al trattamento o forme di consultazione breve, preparatoria alla psicoterapia.

### Uno sguardo d’insieme alla letteratura

Numerose e diverse forme di psicoterapia sono applicate nella cura dei DCA dell’adulto e dell’età evolutiva (Tab. I). In una recente *review* sul trattamento dell’AN in adolescenza, Herpertz-Dahlmann <sup>8</sup> conclude con queste parole “Noi non sappiamo che tipo di psicoterapia individuale dovrebbe essere consigliata agli adolescenti con AN”. In effetti, si ritiene che non ci sia ancora sufficiente evidenza scientifica circa il miglior trattamento psicoterapeutico a causa dello scarso numero di studi randomizzati controllati (RCT<sub>s</sub>), dell’esiguità dei campioni esaminati e dell’elevato *dropout* dei pazienti <sup>9-11</sup>.

**Tab. I.** Psicoterapie dei DCA.

---

1.	Behavioral Family Systems Therapy (BFST)
2.	Cognitive Analytic Therapy (CAT)
3.	Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
4.	Ego Oriented Individual Therapy (EOIT)
5.	Family Based Therapy (FBT)
6.	Focal Psychoanalytic Therapy (FPT)
7.	Group Psychotherapy (GT)
8.	Interpersonal Psychotherapy (IPT)
9.	Psychoanalytic Psychotherapy (PP)
10.	Supportive Psychotherapy (SPT)

---

Nondimeno, la letteratura fornisce indicazioni generali per la scelta di questo o quel trattamento nel singolo disturbo, basandosi sui dati disponibili. Per l'adulto, tanto l'*American Psychiatric Association*<sup>5</sup> che il *National Institute for Clinical Excellence*<sup>6</sup> concordano nel ritenere che la terapia cognitivo-comportamentale (BCT) sia utile nella BN e nelle forme EDNOS e BED, mentre che per l'AN siano indicate varie forme di psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, interpersonale, psicodinamico, familiare. L'APA si occupa appena dell'età evolutiva e indica come trattamento preferibile la terapia familiare (FT) sia per l'AN che per la BN. Viceversa, le linee guida del NICE dedicano alcuni paragrafi all'infanzia e all'adolescenza e raccomandano la FT per l'AN e la BCT per la BN. Comunque, tanto l'APA che il NICE ritengono indispensabile il coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico.

Negli ultimi dieci anni, sono stati pubblicati circa duecento studi sulla psicoterapia dei DCA in soggetti tra 6-18 anni, di cui una quarantina in forma di *review* ed una decina in forma di RCT<sub>s</sub>. Gli RCT<sub>s</sub> riguardano, quasi esclusivamente, la psicoterapia di AN e BN in adolescenza<sup>12-24</sup>. Quasi 2/3 dei RCT<sub>s</sub> reperibili in letteratura valutano l'efficacia della FT, l'altro terzo è composto da studi sulla BCT. Viceversa le ricerche sulla Psicoterapia Psicoanalitica (PP) sono un numero esiguo.

Gli studi su campioni in età evolutiva confermano che la FT (particolarmente la *Family Based Therapy*) è il trattamento psicoterapeutico più efficace per l'AN, mentre la BCT è indicata in BN e BED. Nella Tabella II sono riportate le ricerche pubblicate tra il 1999 ed il 2009 che confrontano vari tipi di psicoterapie; come si vede i campioni sono composti da soggetti di età compresa tra 9 e 18 anni ad eccezione di due studi che includono anche adulti. Le dimensioni dei campioni sono comprese tra 21 e 167 soggetti. L'*outcome* è misurato alla fine del trattamento e/o ad 1 o 2 anni di distanza dalla fine. I parametri utilizzati sono di solito sia clinico-medici che clinico-psicopatologici. In genere si ricorre al BMI ed ai criteri Morgan-Russel associati a scale specifiche per la valutazione del DCA, dei disturbi psichiatrici associati e delle relazioni familiari.

Tutte le psicoterapie confrontate ottengono risultati accettabili con un *outcome* tra buono ed intermedio. Due studi sull'AN<sup>16 17</sup>, non hanno dimostrato una sostanziale differenza tra l'efficacia della psicoterapia e il trattamento di routine per DCA o interventi psico-educativi.

### L'approccio familiare

L'applicazione della FT ai DCA prende avvio, come è noto, dai contributi di Minuchin e Palazzoli. Minuchin in particolare, pubblica nel 1978 incoraggianti risultati (86% di remissioni) del trattamento familiare, durato 8,6 mesi, in 53 casi di adolescenti anoressiche<sup>25</sup>. Questa forma di FT ha origine dal paradigma di "Fa-

miglia Psicosomatica” e dall’ipotesi che specifici meccanismi familiari sottendono lo sviluppo dell’AN. Da allora ad oggi è stata confermata l’efficacia della FT per i DCA, con particolare riguardo al trattamento dell’AN in età evolutiva<sup>26</sup>. Occorre però sottolineare che la FT attualmente praticata nei paesi di lingua inglese, e impiegata nei RCT<sup>3</sup>, è profondamente diversa dall’approccio sistemico originario perché la teoria e la tecnica del lavoro con la famiglia sono profondamente mutate. Diamond, in una *review* sul trattamento familiare in psichiatria infantile<sup>27</sup> pone in evidenza i tre principali cambiamenti: a) il paradigma della teoria sistemica familiare è caduto in disuso a favore di approcci transazionali, multidimensionali ed ecologici; b) la tecnica è diventata flessibile, non solo per quanto riguarda il coinvolgimento della intera famiglia, ma anche per il ruolo assunto dalla famiglia nell’ambito del progetto terapeutico; c) il termine stesso FT è stato sostituito con quello di *Family Based Therapy* (FBT) che designa “tutte le modalità di coinvolgere i genitori come parte essenziale del trattamento”. La FBT include: la FT propriamente detta, il *parent management training*, i modelli psicoeducativi. In generale si vanno perdendo le distinzioni tra i diversi orientamenti in seno alla FT e “l’eclettismo teorico e tecnico domina attualmente la scena”<sup>27</sup>. Questo eclettismo è particolarmente evidente nella pratica della psicoterapia familiare nei casi con DCA.

La svolta radicale che ha portato alla trasformazione della FT è conseguente all’abbandono dei modelli terapeutici familiari basati su ipotesi etiopatogenetiche a favore di modelli tesi a modificare le dinamiche familiari che si organizzano attorno al DCA. Una volta ribaltata la prospettiva per cui le disfunzioni nella famiglia non sono più viste come causa dell’AN ma come prodotto della presenza di un soggetto affetto in famiglia, anche l’obiettivo terapeutico e la tecnica mutano. Mentre la FT sistemica si proponeva di ridisegnare una dinamica familiare disfunzionale patogena, la FBT mira a modificare i fattori familiari cristallizzati attorno al disturbo e quelli che impediscono la cura. La famiglia abbandona lo status di paziente ed è attivamente coinvolta nel progetto terapeutico, assumendo il ruolo di supporto alla terapia.

La forma più utilizzata di FBT adotta il modello detto *Maudsley Family Therapy* che è stato formalizzato in forma di manuale per l’applicazione clinica standard. Il trattamento si articola in tre fasi e copre un periodo di circa un anno. L’obiettivo della prima fase è aiutare i genitori a trovare strategie efficaci per restaurare il peso della figlia. Nella seconda fase l’obiettivo è che l’adolescente prenda il controllo riguardo ai comportamenti alimentari ed alle altre attività secondo modalità adeguate all’età. Quando il paziente ha recuperato il peso e un adeguato comportamento alimentare, svincolato dal controllo dei genitori, si avvia la terza fase che si propone di favorire la ripresa dello sviluppo adolescenziale<sup>28</sup>. I principali studi che documentano l’utilità della FBT nella AN sono riportati nella Tabella II (studi n. 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13).

Altre forme di trattamento affine alla FBT è la *Multiple Family Therapy* (MFT), terapia di gruppo con più famiglie di soggetti con AN, con sedute setti-

**Tab. II.** Studi sul trattamento di Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) ed EDNOS.

Naz	I autore Anno	Studio	Num età	Obiettivo	Durata psicoter	Misura outcome	Efficacia
1	IS Bachar 1999	RCT <sub>s</sub> BN /AN	33	SPT vs. COT e C/CN	40 sedute SPT 12 m COT 6 m C/CN	DSM-SS, EAT 26, Selves Q	SPT > C/GN e COT
2	AU Ball 2004	RCT <sub>s</sub>	25 18,1	CBT vs. BFT	1a/21/25 sedute	BMI, umore, autostima	a 6 m BFT = CBT 72%
3	GB Dare 2001	RCT <sub>s</sub>	84	FPP, CAT vs. FT vs. RT vs. TAU	FPP: 24 sed CAT: 1,7a FT: 12 m TAU:12 m	Peso, BMI, Morgan Russel	Miglioramento sintomi in tutti i trattamenti
4	GB Eiser 2000	RCT <sub>s</sub>	40	CFT vs. SFT	1 anno	BMI, EAT, EDI, Morgan/Russell	PST, FT > controllo CFT = SFT
5	CAN Geist 2000	RCT <sub>s</sub>	15,5 25 12-17	CFT vs. GFP	4 m/8 sedute	BMI	Nessuna differenza
6	GB Gowers 2007	RCT <sub>s</sub>	167	Ricovero vs. ambulatoriale vs. specialistico	6 mesi	Morgan Russel, EDI, MFQ, FAD	FU a 2 anni: Nessuna differenza
7	USA LeGrange 2007	RCT <sub>s</sub> BN	80 12-19	FBT vs. SPT	6 mesi	EDE, clinico	FBT > SPT 39% vs. 18%
8	USA Lock 2006	RCS AN/Ednos	32 9-12,9	FBT	6-12 m	BMI, EDE	Significativo miglioramento

Naz	I autore anno	Studio	Num età	Obiettivo	Durata psicoter	Misura outcome	Efficacia
9	USA Lock 2006	RCT <sub>s</sub>	71 12-18	FBT breve vs. lunga	6 m/10 sedute vs. 12 m/20 sedute	EDE, Intervista telefonica	FU a 3,9 anni: uguale efficacia la FBT lunga > BMI nei casi più gravi ad 1 anno: FTb = FTI TF1 più efficace nei casi più gravi
10	USA Lock 2005	RCT <sub>s</sub>	86 12-18	FT breve vs. lunga	6 m/10 sedute vs. 12 m/20 sedute	BMI, EDE	
11	USA Loeb 2007	OT	20 12-18	FBT	1 anno	Peso, EDE, mestruazioni	Significativo miglioramento
12	NZ McIntosh 2005	RCT <sub>s</sub>	56 17-40	CBT, vs. IPT, vs. RT (CM+SuPT)	5 m/20 sedute	SCID, HDRS, EDE, GAF	SuPT+CM (56%) > CBT (32%) > IPT (10%)
13	USA Robin 1999	RCT <sub>s</sub>	37	BFST vs. PTEO	12 m/47 sedute	BMI, EAT, EF	BFST = PTEO BFST > PTEO per BMI

Open Trial (OT), Studio Controllato Randomizzato (RCT<sub>ϕ</sub>), Retrospective Case series (RCS). Behavioral Family Systems Therapy (BFST), Clinical Management (CM), Cognitive Orientation Therapy (COT), Controlled Nutritional Counseling (C/NC), Conjoint Family Therapy (CFT), Psicoterapia di supporto (SuPT), Psicoterapia Interpersonale (IPT), Psicoterapia Ego Oriented (PTEO), Self Psychology Therapy (SPT), Single Family therapy (SFT), Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), Family Based Therapy (FBT), Trattamento di Routine (RT), Trattamento di Supporto non psicoteraputico (TS), Trattamento non psicoteraputico (Tr), Treatment as Usual (TAU), Gruppo Familiare Psicoeducativo (GFP). Eating Attitude Test (EAT), Eating Disorder Examination (EDE), Ego Functioning (EF), Family Assessment Device (FAD), Global Assessment of Functioning, (GAF), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Selves Questionnaire (SQ), Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID), Moodland Feeling Questionnaire (MFQ).

manali o quindicinali, che affiancano il lavoro familiare con la singola famiglia. Per quanto riguarda la FT nella BN ricordiamo il lavoro di Le Grange<sup>18</sup> (Tab. II, n. 7) che conferma l'efficacia della FBT anche in questo disturbo.

### Approccio cognitivo-comportamentale

L'approccio cognitivo-comportamentale individua il nucleo psicopatologico dell'AN e della BN in un'alterazione cognitiva che contribuisce allo sviluppo ed al mantenimento del disturbo<sup>29-31</sup>. La ricerca nel campo dei processi cognitivi e del sistema di credenze nei DCA ha subito una svolta, quando è stata individuata la caratteristica associazione tra distorte credenze sul peso e forma corporea e opinioni negative riguardanti il sé, ed il rapporto tra le stesse.

Nell'AN il rigido controllo su peso e alimentazione e la magrezza accrescono il valore attribuito a se stessi, proprio perché tale valore è stimato in termini di forma e peso corporeo. Il successo della condotta restrittiva comporta il senso d'essere persone speciali ed una identificazione positiva con il disturbo. Il modello cognitivo pone l'accento sulla funzione di rinforzo positivo e di semplificazione svolto dall'AN<sup>31</sup>. L'obiettivo della CBT nell'AN è plurifocale: sviluppare la motivazione al cambiamento, restaurazione del peso e delle abitudini alimentari, modificare le credenze sul peso, sull'alimentazione e sull'immagine di sé.

La più nota teoria sulla BN è stata elaborata da Fairburn. Autore al quale si deve anche l'adattamento tecnico della BCT ai DCA dell'adulto. Fairburn<sup>30</sup> afferma che il disturbo cognitivo nucleare della BN è simile a quello dei soggetti con AN, mentre i sintomi quali il vomito, l'uso di lassativi, l'ipercriticismo sono secondari. Egli descrive un modello circolare costituito da: a) la valutazione negativa di sé e l'alterazione cognitiva favoriscono l'adozione di una restrizione dietetica qualitativa e quantitativa con regole alimentari idiosincrasiche; b) queste facilitano la perdita di controllo ed il comportamento *Binge Eating* (BE); c) tale condotta accresce la rappresentazione negativa di sé, ed il ciclo ricomincia. Il focus del trattamento cognitivo-comportamentale della BN non è solo sul comportamento *Binge Eating*, ma deve includere i comportamenti restrittivi e l'ipervalutazione di peso e forma corporea.

La BCT è applicata anche ai DCA dell'infanzia e dell'adolescenza. Schmidt<sup>29</sup>, in una recente *review* sull'argomento, sostiene che la BCT può essere applicata ai soggetti pre-puberi ed agli adolescenti e che un trattamento precoce garantisce un miglior *outcome*. Tecniche di tipo comportamentale sono state applicate con successo nella Disfagia Evolutiva e nell'Alimentazione Selettiva<sup>32</sup>. Nei DCA del bambino si usano le tradizionali strategie della CBT adattata all'infanzia. La scarsa motivazione al cambiamento dei pazienti può essere un ostacolo specifico al lavoro con i DCA, di conseguenza alcuni autori hanno sperimentato l'integrazione tra BCT e tecniche motivazionali per adolescenti con DCA<sup>29</sup>.



Gli studi RCT sull'efficacia della BCT in adolescenti menzionati nella Tabella II (studi n. 2, 6, 12) confermano l'utilità della BCT ma non la maggiore efficacia rispetto ad altri trattamenti. Una forma modificata di BCT ad adolescenti con BN, EDNOS e BED è stata sperimentata su piccole casistica<sup>29</sup>. La BCT dei DCA ha obiettivi chiaramente definiti e l'*outcome* dei pazienti è misurato secondo parametri standard. La durata della terapia e la frequenza delle sedute variano da sei mesi ad un anno, il numero di circa 20-25 sedute.

In regime di ricovero o ambulatoriale, l'intero piano di trattamento può essere ispirato dall'orientamento cognitivo comportamentale. In pratica gli obiettivi del management clinico-nutrizionale e della psicoterapia sono pianificati e concordati tra il terapeuta, il paziente e lo staff assistenziale e la famiglia. In generale si raccomanda un uso non dogmatico della tecnica. In particolare, per i pazienti con AN sono sconsigliati programmi comportamentali rigidi che possono produrre un *outcome* negativo favorendo le ricadute<sup>29 32</sup>. Il lavoro con i genitori che si è dimostrato efficace nell'AN, non è documentato nelle BN.

### Psicoterapia psicoanalitica

Il panorama dell'approccio psicoanalitico alla cura dei DCA dell'età evolutiva è abbastanza composito. Nell'insieme, pur nell'ambito di differenti posizioni teoriche, sussiste un accordo sui seguenti punti: a) i DCA sono riconducibili a carenze strutturali della personalità dovute a difficoltà a livello delle interiorizzazioni precoci; b) i cambiamenti puberali e le trasformazioni corporee connesse riattivano conflitti sopiti e problematiche relative al processo di individuazione-separazione che favoriscono il crollo della precedente organizzazione difensiva e lo sviluppo del disturbo; c) nell'AN e nella BN è presente una modalità di funzionamento mentale e relazionale tipica.

Tenendo conto di questi punti possiamo distinguere le psicoterapie psicoanalitiche descritte in letteratura in forme brevi focali, orientate prevalentemente sulla condotta anomala e sulla crisi adolescenziale, e forme di lunga durata che si avvalgono di una tecnica classica e privilegiano il lavoro sul difetto strutturale.

Le ricerche RCT<sub>s</sub> sulla psicoterapia psicoanalitica (PP) dei DCA sono meno di una decina e riguardano esclusivamente pazienti adulti o in tarda adolescenza<sup>c</sup>. Leichsring<sup>33</sup> in un lavoro del 2005 sulla PP breve riporta 5 ricerche pubblicate tra il 1986 ed il 2001, tre delle quali sulla BN. Fonagy<sup>34</sup> cita quattro studi editi tra il 1987 ed il 2002. Nel complesso, i risultati di queste ricerche mostrano che la PP è efficace quanto altre psicoterapie nell'AN, mentre per la BN la CBT ottiene risultati migliori. Fonagy ritiene che la PP sia efficace nei DCA solo se è opportunamente modificata.

---

<sup>c</sup> Per le critiche all'applicazione degli studi RCT<sub>s</sub> alla psicoterapia psicoanalitica si veda F. Leichsring 2005.

È interessante notare che la metodologia degli studi RCT<sub>s</sub> include sempre la sistematica supervisione dei casi. Uno studio molto noto è stato svolto da Crisp<sup>35</sup> su 90 soggetti di età compresa tra i 20 e i 23 anni con esordio dell'AN tra 17,4 e 19,8 anni. I soggetti sono stati divisi in quattro gruppi: a) trattamento ospedaliero; b) trattamento ambulatoriale; c) terapia di gruppo; d) *counseling* dietetico. Pertanto sono stati applicati o un programma di psicoterapia individuale e familiare (in a e in b), di gruppo (in c), e nessun trattamento psicoterapeutico (in d). La PP utilizzata rispondeva alla tecnica elaborata da Crisp per l'AN con un numero di sedute pari a 12 per i pazienti ambulatoriali. La tecnica di Crisp è una forma di PP breve con focus sulla conflittualità legata allo sviluppo puberale ed alla crisi adolescenziale. Il trattamento si è dimostrato efficace in tutti e tre i gruppi che praticavano psicoterapia.

Dare<sup>14</sup> ha valutato l'efficacia di varie psicoterapie in pazienti adulti con AN. Sono state confrontate: PP focale, FT, *Cognitive-Analytic Therapy* (CAT), trattamento di routine. I risultati (Tab. II, studio n. 3), mostrano che dopo un anno PP e FT sono più efficaci degli altri trattamenti. Anche la terapia applicata da Dare in questo studio è una forma di psicoterapia psicoanalitica breve della durata di un anno e con sedute settimanali (in media 24 sedute).

Uno studio molto citato è quello di Bachar et al.<sup>12</sup> (Tab. II, studio n. 1). Questi autori si rifanno alla teoria della psicologia del Sé di Kohout e considerano AN e BN patologie del Sé. La tecnica psicoanalitica kohutiana (*Self Psychotherapy*) è stata applicata a cadenza settimanale, con rigore e senza specifici adattamenti alla patologia. Come gruppi di controllo sono stati scelti soggetti sottoposti a CBT o *counseling* nutrizionale. Alla fine del trattamento la *Self Psychotherapy* ha ottenuto il 64% di remissioni contro il 17% della CBT e l'1% del *counseling* nutrizionale. Questo studio è meritevole d'attenzione per la scrupolosa metodologia, l'aderenza alla tecnica psicoanalitica e l'ampia argomentazione dei risultati.

Alcuni rilevanti contributi all'applicazione della psicoterapia psicoanalitica ai DCA in età evolutiva vengono da autori di matrice keimiana che pubblicano resoconti di casi seguiti longitudinalmente<sup>36</sup> e dagli autori francofoni. Occorre soffermarsi sulla scuola francese per le notevoli implicazioni della particolare metodologia di lavoro per la pratica clinica. Sulla scorta dell'esperienza pluridecennale e della consistente casistica che include forme severe d'anoressia e di bulimia, Jammet et al.<sup>37</sup> hanno ideato un personale l'approccio alla cura dei DCA. L'intervento terapeutico è guidato dall'ipotesi che il nucleo psicopatologico comune ai soggetti con DCA sia una forma patologica di dipendenza<sup>37</sup>. Il lavoro terapeutico, in regime di ricovero o ambulatoriale, tiene conto delle caratteristiche psicopatologiche del disturbo cercando di valutare ed intervenire su vari parametri: il comportamento sintomatico, la personalità della paziente, i conflitti familiari ed individuali. La psicoterapia procede lentamente ed è adattata a ciascun caso e a ciascuno stadio dell'evoluzione. L'inizio del trattamento mira a creare un ambiente in cui il paziente possa allacciare relazioni e ritrovare il piacere dello scambio con altri. In questa fase il supporto è indiretto e nessun

progresso deve essere interpretato e neanche portato all'attenzione del paziente. Tutto, anche le prescrizioni o le decisioni riguardo al peso sono valutate alla luce della teoria dell'autore. Le opzioni terapeutiche suggerite da Jammet sono: lo psicodramma, la terapia bifocale, la terapia di gruppo. La terapia bifocale è svolta da due terapeuti di concerto, ciascuno in un ambito. Il primo lavora con focus sulla realtà esterna del paziente, intervenendo attivamente sugli eventi e contenendo le tensioni. Il secondo terapeuta lavora sui conflitti inconsci del paziente. La terapia bifocale permette di accogliere tutti i livelli coinvolti nel DCA, e si adatta alla personalità di questi pazienti.

Sempre nell'ambito psicoanalitico bisogna ricordare il lavoro di transizione verso la psicoterapia per adolescenti con DCA adottato da de Sauma<sup>38</sup>. L'*Adolescent Exploratory Therapy (AET) or Interviewing* è una consultazione terapeutica focale che consente all'adolescente di avvicinarsi con cautela alla psicoterapia attraverso una tecnica adattata al bisogno di controllo di questi pazienti.

### Conclusioni

Gli studi presentati offrono dati abbastanza confortanti circa l'efficacia di varie forme di psicoterapia nei DCA. Allo stato, non è possibile individuare la miglior forma di trattamento ed è probabile che gli studi RCT<sub>s</sub> debbano essere perfezionati e le nostre informazioni integrate da ricerche che si avvalgono di altre metodologie. Molti interrogativi sono aperti. Quali sono gli effetti a lungo termine delle psicoterapie in questo ambito? Quali i parametri corretti per valutarne l'efficacia? Come isolare l'effetto terapeutico della psicoterapia nel contesto di piani di trattamento articolati? E ancora, dobbiamo abituarci a pensare a programmi terapeutici che prevedono approcci teorici differenti da attuare in successione?

Non dimentichiamo che circa il 40% dei giovani con DCA sviluppa una comorbidità psichiatrica e che alcune forme ad esordio precoce hanno un *outcome* sfavorevole. Gli studi presentati dimostrano comunque una certa efficacia della psicoterapia che pertanto è indispensabile, deve essere iniziata tempestivamente, e condotta con rigore. Abbiamo visto le difficoltà tecniche specifiche del lavoro con questi pazienti. Lavoro che “si pone al crocevia tra la psichiatria e la psicoanalisi” e “a livello del paziente tra il regno del mondo interno e i comportamenti”<sup>37</sup>. La psicoterapia dei DCA si svolge in un “campo” mutevole e complesso dove è costantemente chiamata in causa la capacità dell'intera équipe curante di integrare azione e riflessione, somatico e psichico, realtà interna ed realtà esterna. Ne consegue l'esigenza di un'ottima preparazione degli psicoterapeuti e dei giovani neuropsichiatri infantili che desiderano occuparsi di questo tema. Purtroppo, la letteratura sul tema può suscitare un senso di disorientamento, soprattutto nei giovani. Gli studi mostrano la tendenza all'ibridazione delle teorie ed all'elettrismo tecnico, al punto da rendere meno distinte le caratteristiche specifiche di

ciascun approccio in rapporto ad interventi educativi e riabilitativi. Probabilmente questa tendenza della tecnica molto evidente in questo campo rispecchia una propensione generale della psicoterapia contemporanea. Sarebbe interessante, però, capire quanto la frammentazione e dispersione identitaria che trapela da alcuni resoconti non sia, anche, il prodotto controtransferale della natura stessa dei pazienti con DCA.

### RIASSUNTO

Il lavoro si propone di offrire una rassegna della letteratura sulla psicoterapia dei Disturbi della Condotta Alimentare (DCA) in età evolutiva. Dopo una panoramica clinica sui DCA e sull'insieme del trattamento sono illustrati gli studi sull'efficacia delle psicoterapie e alcuni aspetti delle teorici e tecnici. Allo stato sussiste una buona evidenza circa la relativa efficacia di alcune psicoterapie.

### BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (IV edizione)*, Milano: Masson 1995.
- <sup>2</sup> Lask B, R Bryant-Waught Ed. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove, GB: Brunner Routledge 2000.
- <sup>3</sup> Nicholls D, Bryant-Waugh R. *Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity*. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2009;18:17-30.
- <sup>4</sup> Herpetz-Dahlmann B. *Adolescent eating disorders: definition, symptomatology, epidemiology and comorbidity*. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2009;18:31-47.
- <sup>5</sup> American Psychiatric Association (APA). *Treatment of patients with eating disorders*. Third Edition. Am J Psychiatr 2006;163:7, S.
- <sup>6</sup> National Institute for Clinical Excellence (NICE), *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and management of Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa and related Disorders*. National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, 2004.
- <sup>7</sup> Lask B. *Overview of management*. In: *Anorexia nervosa and related eating disorders*. IN: Lask B, Bryant-Waugh R. *Childhood and adolescence*. Hove, GB: Ed Brunner-Routledge 2000, pp. 167-184.
- <sup>8</sup> Herpetz-Dahlmann B, Salbach-Andrae H. *Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa*. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2009;18:131-45.
- <sup>9</sup> le Grange D. *The dearth of Psychological Treatment Studies for Anorexia Nervosa*. Int J Eat Disord. 2005;37:79-91.
- <sup>10</sup> Rutherford L, Couturier J. *A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders*. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;16:153-7.
- <sup>11</sup> Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. *Anorexia Nervosa Treatment: a systematic review of randomized controlled trials*. Int J Eat Disord, 2007;40:310-20.
- <sup>12</sup> Bachar E, Latzer Y, Keitler S, Berry EM. *Empirical comparison of two psychological therapies. Self Psychology and Cognitive Orientation in the treatment of anorexia and bulimia*. J Psychother Pract Res 1999;8:115-28.
- <sup>13</sup> Dare C, Eisler I, Russel G, Treasure J. *Psychological therapies for adults with anorexia nervosa*. Br J Psychiatry, 2001;178:216-21.
- <sup>14</sup> Ball J, Mitchell P. *A randomized controlled study of cognitive behaviour therapy and behavioural family therapy for anorexia nervosa patients*. Eat Disord 2004;12:303-14.
- <sup>15</sup> Eisler I, Dare C, Hodes M, Russel G, Dodge E, Le Grange D. *Family therapy for adolescent anorexia nervosa. The results of a controlled comparison of two family interventions*. J Child Psychol Psychiatr 2000;14,6:727-36.

- <sup>16</sup> Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. *Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents*. Br J Psychiatry 2007;191: 427-35.
- <sup>17</sup> Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Kazman DK. *Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa*. Can J Psychiatry 2000;45:173-8.
- <sup>18</sup> le Grange D, RD Crosby, PJ Rathouz, BL Levental. *A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa*. Arch Gen Psychiatry 2007;64:1049-56.
- <sup>19</sup> Lock J, Couturier J, Agras WS. *Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:666-72.
- <sup>20</sup> Lock J, Fitzpatrick KK. *Evidenced-based treatments for children and adolescents with eating disorders: family therapy and family-facilitated cognitive-behavioral therapy*. J Contemp Psychother 2007;37:145-55.
- <sup>21</sup> Lock J, Agras S, Bryson S, Kramer HC. *A comparison of short and long-term family therapy for adolescent Anorexia nervosa*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44:632-9.
- <sup>22</sup> Loeb KL, Walsh BT, Lock J, Le Grange D, Jones J, Marcus S, et al. *Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence of successful dissemination*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:792-800.
- <sup>23</sup> McIntosh V, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. *Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial*. Am J Psychiatry 2005;162:741-7.
- <sup>24</sup> Robin A, Siegel PT, Moye AW, Gilray M, Dennis AB, Sikend A. *A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1482-9.
- <sup>25</sup> Minuchin S, Rosman-Lester Baker BL. (1978) *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio 1980.
- <sup>26</sup> le Grange D, Eiser I. *Family interventions in adolescent anorexia nervosa*. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2009; 18:155-73.
- <sup>27</sup> Eisler I. *The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa*. J Fam Therapy 2005;27:104-31.
- <sup>28</sup> Diamond G, Jsephson A. *Family-based treatment research: a 10-year update*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44:872-87.
- <sup>29</sup> Schmidt U. *Cognitive Behavioral approaches in adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2009;18:147-58.
- <sup>30</sup> Fairburn CG. *Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa*. In: Fairburn CG, Brownell KD. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. New York: The Guilford Press 2002, pp. 302-308.
- <sup>31</sup> Vitousek KB. *Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa*. In: Fairburn CG, Brownell KD Ed. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. New York: The Guilford Press 2002, pp. 308-312.
- <sup>32</sup> Christie D. *Cognitive-behavioural therapeutic techniques for children with eating disorders*. In: Lask B, Bryant-Waugh R. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove, GB: Ed Brunner-Routledge 2000, pp. 167-184.
- <sup>33</sup> Leichsenring F. *Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data*. Int J Psychoanal 2005;86:841-68.
- <sup>34</sup> Fonagy P, Roth A, Higgitt A. *The outcome of psychodynamic Psychotherapy for psychological disorders*. Clinical Neuroscience Research 2005;4:367-77.
- <sup>35</sup> Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D, et al. *A controlled study of effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa*. Br J Psychiatry 1991;159:325-33.
- <sup>36</sup> Magagna J. *Individual psychotherapy*. In: Lask B, Bryant-Waugh R. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove, GB: Ed. Brunner-Routledge 2000, pp. 227-263.
- <sup>37</sup> Corcos M, Jeammet P. *Eating disorders: psychodynamic approach and practice*. Biomed Pharmacother 2001;55:479-88.
- <sup>38</sup> de Sauma M. *The establishment of a therapeutic space in the treatment of anorexia in adolescence*. Relazione tenuta al Congresso Internazionale: Il cibo, metafora degli affetti. Napoli 1-2 dicembre 2006 (in stampa).