

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO  
FACOLTA' DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

---

Dottorato di Ricerca in "Psicologia" (XXIV Ciclo)

**DCA e terapia psicodinamica di gruppo:  
uno studio process-outcome di tipo single case**

Dottoranda:  
*Dott.ssa Paola Cavani*

---

Tutor:  
*Prof.ssa Francesca Giannone*

---

Coordinatore del  
Corso di Dottorato:  
*Prof.ssa Marie Di Blasi*

---

SSD: MPSI-07

---

A.A. 2012-2013

*Con l'approssimarsi della conclusione di questo percorso, desidero porgere alcuni ringraziamenti.*

*Un primo ringraziamento va doverosamente rivolto al Ce.Di.Al., struttura clinica all'avanguardia, attenta, istituzionalmente curiosa ed eticamente rigorosa, per avermi accolta con entusiasmo e massima disponibilità.*

*Un secondo pensiero e la mia totale riconoscenza sono rivolti ai professionisti della cura che, partendo dal loro desiderio e dalla loro sensibilità, hanno creato tale istituzione e continuano a crearla ogni giorno. Grazie di cuore a Lia Iaconelli, Responsabile della struttura, Giuseppe Buffa, Antonella Ingianni, Vincenzo Bruno e Alessandro Bivona...  
...tutti, a loro modo, tutor pazienti e dolci maestri.*

*Abbraccio, inoltre, ognuna delle pazienti che hanno reso possibile tutto questo, donandomi il loro dolore, la loro gioia, i loro sorrisi e le lacrime e rendendo la freddezza di un test carta-matita una emozionante esperienza di vita.*

*A tutti, per tutto questo e per molto altro ancora,  
**grazie.***

# INDICE

<b>Introduzione</b>	<i>p. 1</i>
<b>Cap. I I Disturbi del Comportamento Alimentare: inquadramenti diagnostici, fattori di rischio e caratteristiche cliniche</b>	<i>p. 5</i>
I.1 I Disturbi del Comportamento Alimentare: un inquadramento diagnostico	<i>p. 5</i>
I.1.1 Anoressia Nervosa (AN)	<i>p. 7</i>
I.1.2 Bulimia Nervosa (BN)	<i>p. 8</i>
I.1.3 DCA Non Altrimenti Specificati (DCA NAS)	<i>p. 9</i>
I.2 Fattori di rischio e DCA	<i>p. 11</i>
I.3 DCA: quali outcome?	<i>p. 18</i>
I.3.1 Outcome primari	<i>p. 19</i>
a) Il peso corporeo e la valutazione dello stato di peso-forma	<i>p. 19</i>
b) Presenza e frequenza dei comportamenti di abbuffata	<i>p. 20</i>
c) Presenza e regolarità del ciclo mestruale	<i>p. 20</i>
I.3.2 Outcome secondari	<i>p. 21</i>
a) Difficoltà interpersonali	<i>p. 21</i>
b) Stati emotivi	<i>p. 23</i>
c) Caratteristiche personologiche e intrapsichiche	<i>p. 24</i>
<b>Cap. II La cura nei DCA: i trattamenti psicoterapeutici e la loro efficacia</b>	<i>p. 27</i>
II.1 Decorsi clinici e DCA: esiti, migrazioni transdiagnostiche e dropout	<i>p. 27</i>
II.2 I fattori prognostici nel trattamento dei DCA	<i>p. 30</i>
II.3 La pianificazione dei trattamenti nei DCA	<i>p. 33</i>
II.4 L'efficacia della psicoterapia nel trattamento dei DCA	<i>p. 35</i>

II.4.1	La terapia familiare	<i>p. 36</i>
II.4.2	La terapia ad orientamento cognitivo-comportamentale	<i>p. 38</i>
II.4.3	La terapia interpersonale	<i>p. 44</i>
II.4.4	Le psicoterapie ad orientamento psicodinamico supportivo-espressive	<i>p. 47</i>
II.4.4.1	Terapie psicodinamiche a breve termine	<i>p. 48</i>
II.4.4.2	Terapie psicodinamiche a lungo termine	<i>p. 50</i>
II.5	La psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico	<i>p. 52</i>
II.5.1	Le ricerche sull'effectiveness	<i>p. 53</i>
II.5.2	Le ricerche di processo e process-outcome	<i>p. 55</i>
<b>Cap. III</b>	<b>Valutazione di un gruppo terapeutico semi-aperto ad orientamento psicodinamico per il trattamento dei DCA: uno studio process-outcome di tipo single case</b>	<b><i>p. 58</i></b>
III.1	Introduzione	<i>p. 58</i>
III.2	Ipotesi e obiettivi	<i>p. 59</i>
III.3	Metodologia	<i>p. 60</i>
III.3.1	Disegno di ricerca	<i>p. 60</i>
III.3.1.1	Una questione metodologica: l'analisi longitudinale delle variabili	<i>p. 61</i>
III.3.2	Partecipanti	<i>p. 64</i>
III.3.3	Caratteristiche del trattamento	<i>p. 64</i>
III.3.4	Strumenti e tempi di somministrazione	<i>p. 65</i>
III.3.4.1	Misure di outcome	<i>p. 65</i>
a)	Scheda informativa	<i>p. 65</i>
b)	Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)	<i>p. 66</i>
c)	Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)	<i>p. 67</i>
d)	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)	<i>p. 68</i>
e)	Profile of Mood States (POMS)	<i>p. 68</i>
III.3.4.2	Misure di processo	<i>p. 69</i>
a)	Californian Psychotherapy Alliance Scale – Group (CalPAS-G)	<i>p. 69</i>
b)	Group/Member/Leader Cohesion Scale (Group Form) (G/M/L/CS)	<i>p. 69</i>
c)	Group Climate Questionnaire (GCQ)	<i>p. 69</i>
III.3.4.3	Procedure e tempi di somministrazione	<i>p. 69</i>
III.3.5	Analisi statistiche	<i>p. 71</i>
III.4	Risultati: variabili di esito	<i>p. 75</i>

III.4.1	Baseline: assessment clinico e caratteristiche socio-demografiche	<i>p. 75</i>
III.4.2	Analisi delle relazioni fra gli indicatori di outcome alla baseline	<i>p. 79</i>
III.4.3	Efficacia del trattamento: il cambiamento degli indicatori di outcome	<i>p. 80</i>
III.4.4	Tempo di permanenza in trattamento ed outcome individuali	<i>p. 92</i>
III.4.5	Turnover dei membri del gruppo ed outcome individuali	<i>p. 93</i>
III.5	Risultati: variabili di processo	<i>p. 95</i>
III.5.1	Analisi descrittive	<i>p. 95</i>
III.5.2	Effetto del gruppo e del tempo di permanenza in trattamento sul cambiamento individuale nei livelli di alleanza, clima di gruppo e coesione	<i>p. 98</i>
III.5.3	Turnover del gruppo e andamento delle variabili di processo	<i>p. 103</i>
III.6	Risultati: relazioni process-outcome	<i>p. 103</i>
III.7	Discussioni	<i>p. 104</i>
III.7.1	Una cornice clinica: caratteristiche pre-trattamento	<i>p. 104</i>
III.7.2	Oltre il sintomo: effectiveness della terapia di gruppo	<i>p. 107</i>
III.7.3	Variabili di setting ed outcome: evidenze a favore dei gruppi terapeutici a lungo termine e semi-aperti?	<i>p. 109</i>
III.7.4	Processo di gruppo e processo del singolo	<i>p. 110</i>
III.7.5	La relazione fra esito e processo: legami di gruppo e timori interpersonali	<i>p. 112</i>
III.8	Conclusioni: punti di forza, limiti e prospettive future	<i>p. 113</i>
	<b>Bibliografia</b>	<b><i>p. 117</i></b>

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro di ricerca intende fornire un contributo allo studio dell'efficacia dei trattamenti dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), con particolare riferimento all'efficacia delle terapie di gruppo a medio-lungo termine ad orientamento psicodinamico.

Nello specifico, il percorso proposto all'interno dell'elaborato parte da un iniziale inquadramento clinico-diagnostico dei DCA e delle principali evidenze della letteratura in merito all'efficacia dei trattamenti psicoterapici per concludersi con un'ultima ed ampia parte che ospita il lavoro di ricerca condotto nel corso degli ultimi tre anni.

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie complesse e multifattoriali che colpiscono nella maggior parte dei casi soggetti giovani di sesso femminile, con una ampia e crescente diffusione soprattutto all'interno della cultura occidentale (APA, 2006; Dalle Grave, 2011; Riva E., 2009), sebbene ormai siano sempre più presenti anche in altre culture e nella popolazione maschile (Swanson et al., 2011; Treasure et al., 2010).

A tal proposito, il primo capitolo fornisce un iniziale inquadramento diagnostico delle manifestazioni psicopatologiche (anoressiche, bulimiche e forme miste o sotto-soglia) che rientrano nella più ampia categoria dei comportamenti alimentari abnormi che, seppur nella loro irriducibilità clinico-fenomenologica, appaiono essere manifestazioni differenti di una medesima categoria complessa e multifattoriale, la cui eziologia affonda in componenti psicologiche, emotive, relazionali, evolutive e culturali.

Inoltre, sempre all'interno del primo capitolo, si è proceduto ad una rassegna dei principali fattori di rischio che concorrono allo sviluppo e al mantenimento di tali quadri patologici: partendo dalle iniziali sistematizzazioni di Garner et al. (Garner & Myerholtz, 1998; Garner & Keiper, 2010) e sulla base delle recenti evidenze empiriche, si identificano diverse categorie di fattori di rischio (culturali e

psicosociali, evolutivi e individuali, comportamentali e personologici) e vengono approfondite le interconnessioni e le relazioni di reciproco mantenimento.

In accordo le indicazioni fornite dalla ultime linee guida del *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2004) e dell'*American Psychiatric Association* (APA, 2006) che sottolineano l'importanza di assessment multidimensionali funzionali a cogliere la complessità della patologia, il capitolo si conclude con una panoramica delle principali dimensioni di outcome che la letteratura considera centrali nei DCA, distinguendo fra outcome primari (le *core features*, gli aspetti centrali e distintivi della patologia alimentare: il peso corporeo e la valutazione dello stato di peso-forma, la presenza e la frequenza dei comportamenti di abbuffata e/o evacuativi, lo sviluppo sessuale, con particolare riferimento al ciclo mestruale) e secondari (dimensioni psicologiche aspecifiche che contribuiscono a determinarne la severità e il grado di compromissione del funzionamento psicologico globale, ed in particolare difficoltà interpersonali, stati emotivi intensi e disturbanti e caratteristiche personologiche specifiche, quali bassi livelli di autostima ed eccessivo perfezionismo) (Björk, 2008; Brownley et al., 2007; Bulik et al., 2007; Garner & Myerholtz, 1998; Garner & Keiper, 2010; Shapiro et al., 2007).

Proseguendo il percorso clinico-descrittivo, il secondo capitolo si sofferma su una iniziale rassegna della letteratura in merito ai decorsi dei DCA, focalizzando l'attenzione sulle differenze transdiagnostiche rispetto ai tassi di remissione, ai drop out e alle evoluzioni sintomatiche, ponendo le basi per il successivo approfondimento dell'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici per la cura dei DCA.

Nello specifico, la seconda parte del capitolo ospita una lunga e articolata rassegna della letteratura circa l'efficacia di quelli che attualmente sono considerati i trattamenti psicoterapici elettivi: terapia familiare, trattamenti ad orientamento cognitivo-comportamentale, terapie interpersonali ed infine di matrice psicodinamica. Rispetto a questi ultimi, oltre a suddividere le evidenze empiriche in base alla lunghezza del trattamento (distinguendo fra terapie a breve e lungo termine), si fornisce in chiusura del capitolo uno specifico approfondimento dell'efficacia dei formati gruppali.

Questi ultimi, infatti, sembrano essere oggetto di una condizione paradossale, risultando scarsamente studiati e valutati empiricamente (anche per le considerevoli difficoltà e problematiche metodologiche che presentano) ma ampiamente diffusi all'interno dei setting clinici reali grazie alla loro buona efficacia terapeutica e vantaggioso rapporto costi-benefici (soprattutto rispetto alla tipologia semi-aperta, in cui i pazienti possono essere inseriti all'interno del dispositivo terapeutico anche in fasi successive a quella di avvio, spesso a seguito di abbandoni precoci o conclusioni degli altri partecipanti).

Infine, il terzo ed ultimo capitolo espone i risultati dello studio condotto nel corso degli ultimi tre anni, adottando un disegno di ricerca osservazionale-naturalistico di tipo single-case (Kazdin A.E., 2003) per la valutazione process-outcome di un trattamento psicoterapeutico di gruppo semi-aperto ad orientamento psicodinamico a medio-lungo termine per pazienti con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA) condotto all'interno del Ce.Di.Al. (Centro per i Disturbi Alimentari), ambulatorio specialistico per il trattamento dei DCA dell'ASP 6 di Palermo.

Con l'intento di fornire un contributo al gap presente in letteratura fra evidenze scientifiche e pratica clinica "reale", l'obiettivo generale della ricerca è stato quello di valutare l'effectiveness di tale format terapeutico congiuntamente all'analisi degli effetti di specifiche variabili di processo (alleanza terapeutica, coesione verso il gruppo e verso il terapeuta, clima di gruppo) e di setting (tempo di permanenza in trattamento, turnover dei membri) sul cambiamento sintomatico dei pazienti nel corso del tempo. L'ipotesi che ci ha guidati nel lavoro prevede infatti che la psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico, e nello specifico gruppoanalitico, sia in grado di promuovere un cambiamento in quanto orientata non solo al superamento sintomatico, ma ad un più generale processo di elaborazione e maturazione delle strutture intrapsichiche del soggetto.

Il capitolo include inoltre un approfondimento di quelle che sono le criticità metodologiche delle analisi e dei modelli statistici finora impiegati all'interno di tali disegni di ricerca, per poi introdurre una metodologia di analisi statistica che, attraverso l'applicazione dei two-levels Multilevel Models (Kenny & Hoyt, 2009; Raudenbush & Bryk, 2002; Singer & Willett, 2003; Tasca & Gallop, 2009)

congiuntamente alle indicazioni fornite da Tasca et al. (2010) per il modellamento dei dati provenienti da gruppi terapeutici, consente di elaborare dati a struttura nested e fra loro non omogenei (ad esempio, dati mancanti nel dataset conseguenti al differente tempo di permanenza in trattamento dei singoli pazienti), coniugando lo studio del singolo soggetto con il controllo dell'influenza del livello del gruppo e giungendo a risultati metodologicamente rigorosi e attendibili.

# CAPITOLO I

## **I Disturbi del Comportamento Alimentare: inquadramenti diagnostici, fattori di rischio e caratteristiche cliniche**

### **I.1 I Disturbi del Comportamento Alimentare: un inquadramento diagnostico**

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono patologie complesse e multifattoriali, caratterizzate da gravi complicazioni sia a livello fisico che psicologico e da significativi livelli di compromissione rispetto al funzionamento psicosociale del soggetto che ne è affetto (APA, 2000). Le patologie alimentari sono sindromi che colpiscono nella maggior parte dei casi soggetti giovani di sesso femminile appartenenti alla cultura occidentale (APA, 2006; Dalle Grave, 2011; Riva E., 2009), anche se ormai sono in crescente diffusione all'interno di altre culture e nella popolazione maschile (Swanson et al., 2011; Treasure et al., 2010).

Sebbene le ultime edizioni del DSM (APA, 2000; 2013) identifichino diverse entità diagnostiche all'interno della categoria dei Disturbi del Comportamento Alimentare, questi appaiono accomunati da caratteristiche clinico-psicologiche che le distinguono da ogni altro disturbo (Dalle Grave, 2011; Hearer & Walsh, 2013; Treasure et al., 2010).

In particolare, i DCA rappresentano persistenti alterazioni del comportamento alimentare, caratterizzate da una eccessiva importanza attribuita all'alimentazione, al peso, alle forme corporee, aspetti questi ultimi in grado di esercitare una profonda influenza sui livelli di autostima e considerazione del Sè. In questi quadri patologici il regime alimentare può essere rigidamente controllato e

limitato nelle quantità o, al contrario, caratterizzato da cicliche, incontrollate e massicce ingestioni di cibo. Inoltre, le persone che ne sono affette possono ricorrere a varie strategie di compensazione (es. iperattività, digiuni, abuso di farmaci anoressizzanti o lassativi, vomito autoindotto) al fine di contrastare l'aumento del peso o in generale modellare la forma del proprio corpo. Su un versante emotivo, frequentemente questi soggetti vivono un profondo senso di vergogna, inadeguatezza e disprezzo per il proprio corpo, evitando di guardarlo o di esporlo. Inoltre appaiono tormentati dalla ricerca spasmodica della magrezza e dal terrore di perdere il controllo e di ingrassare a dismisura. Infine, per poter effettuare diagnosi di DCA, queste problematiche non devono essere secondarie a nessuna condizione medica o psichiatrica.

Le categorie diagnostiche che compongono i DCA sono Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e DCA Non Altrimenti Specificato (DCA NAS); all'interno dell'ultima edizione del DSM-V (APA, 2013), il Binge Eating Disorder (BED) o Disturbo da Alimentazione Incontrollata, precedentemente categorizzato tra i DCA NAS, è stato riconosciuto come categoria diagnostica autonoma.

Sebbene l'esordio dei DCA talvolta possa avvenire in età infantile o adulta, nella maggior parte dei casi è collocabile durante la fase adolescenziale dello sviluppo (onset compreso fra 12 e 18 anni) (Riva E., 2009; Swanson et al., 2011): l'incidenza stimata nelle recenti pubblicazioni fra adolescenti e giovani adulte è di 0.3-1.0% per il disturbo anoressico, 0.51-2% per il disturbo bulimico, 1.2-2.4% per i DCA NAS e 1.2-2.15% per il BED (Jacobi et al., 2004; Machado P.P.P. et al., 2007; Preti et al., 2009; Smink et al., 2012; Swanson et al., 2011; Treasure et al., 2010).

Alla luce di quanto detto, e in linea con le recenti linee guida fornite dall'American Psychiatric Association (2006), l'insieme di disturbi che convergono all'interno della più generale categoria dei disturbi dell'alimentazione può essere considerato lungo un continuum che va da un polo caratterizzato da ipercontrollo (alimentare e degli impulsi) ad uno opposto, caratterizzato da cicliche perdite del controllo, con una varietà clinico-fenomenologica che in realtà rimanda a comuni basi eziopatogenetiche e caratteristiche psicologiche.

### I.1.1 Anoressia Nervosa (AN)

Il disturbo anoressico è un disordine alimentare caratterizzato da ricerca volontaria ed egosintonica dello stato di inedia e malnutrizione, negazione della patologia e spiccata ambivalenza verso il trattamento (Guarda, 2008).

I soggetti che presentano un disturbo anoressico si caratterizzano per la presenza di un regime alimentare rigidamente controllato, riducendo al minimo l'assunzione di cibo e controllando le calorie assunte; inoltre, nonostante l'evidente condizione di malnutrizione e magrezza in cui versano, spesso sono tormentate dal pensiero di perdere il controllo della loro alimentazione, del peso e della forma corporea, temendo di diventare grasse. L'immagine corporea è profondamente disturbata, la maggior parte di queste pazienti si percepiscono grasse e grottesche pur in condizioni di visibile sottopeso, e i loro pensieri presentano quasi costantemente contenuti relativi al cibo e all'alimentazione.

Un ultimo criterio fondamentale per poter diagnosticare tale disturbo è la scomparsa del ciclo mestruale (per le donne che già hanno avuto il menarca) o la mancata comparsa dello stesso. Da un punto di vista sessuale, infine, presentano una quasi totale assenza della libido e del desiderio.

Da un punto di vista psicologico, sono soggetti caratterizzati da forti spinte al perfezionismo, che rincorrono standard estremamente elevati e inevitabilmente irraggiungibili: ogni loro sforzo e performance, nel lavoro come nella vita privata, non appare mai soddisfacente o adeguato, alimentando così una costante rincorsa della perfezione che esita in profondi sensi di vergogna inadeguatezza e svalutazione di sé.

Pur mantenendo tutte le caratteristiche sopra descritte, esiste una certa varietà nella fenomenologia clinica con cui si manifesta il disturbo; nello specifico è possibile indentificare due sottotipi diagnostici: il primo (AN con restrizioni) è caratterizzato dall'esclusiva presenza di comportamenti alimentari restrittivi; il secondo (AN con abbuffate/condotte di eliminazione) si caratterizza per la saltuaria presenza di ingestioni massicce di cibo in un lasso di tempo ristretto e conseguenti strategie compensatorie al fine di contrastare l'aumento ponderale e neutralizzare l'apporto ipercalorico dell'abbuffata (es. digiuno, abuso di purghe e farmaci anoressizzanti, vomito autoindotto) (tab. I.1).

**Tab. I.1** Criteri diagnostici per l'Anoressia Nervosa

### **ANORESSIA NERVOSA (AN; DSM-IV TR)**

Per effettuare una diagnosi è necessario che siano presenti tutti i seguenti criteri diagnostici:

A) Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto);

B) Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso;

C) Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso;

D) Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorrea se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per esempio estrogeni).

#### **Sottotipi diagnostici**

*con restrizioni.* Nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa (AN) il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o di enteroclistmi);

*con abbuffate/condotte di eliminazione.* Nell'episodio attuale di Anoressia Nervosa (AN) il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o di enteroclistmi).

**Note.** Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4<sup>th</sup> ed. (DSM-IV TR) (APA, 2000).

#### **I.1.2 Bulimia nervosa (BN)**

I soggetti con un disturbo bulimico appaiono tendenzialmente normopeso anche se, a volte, possono caratterizzarsi per un lieve sottopeso. Il loro regime alimentare è caratterizzato da cicliche assunzioni incontrollate di grandi quantità di cibo in un arco di tempo ristretto, a cui fanno seguito strategie per controllare l'aumento del peso corporeo (es. iperattività fisica, digiuni, abuso di lassativi o diuretici, vomito autoindotto).

Inoltre, i loro livelli di autostima e considerazione di sé appaiono eccessivamente influenzati dalla forma del loro corpo e dalla capacità di autocontrollarsi.

Al contrario dei soggetti con disturbo anoressico, queste persone presentano minori livelli di inibizione, apparendo maggiormente socievoli e partecipi alla vita relazionale e presentando una gamma di emozioni molto più ampia e articolata.

Inoltre, anche queste persone appaiono tormentate da ideali e standard di perfezione difficili da raggiungere, rimproverandosi e considerandosi incapaci di

perseguire gli obiettivi prefissati anche per la ciclica perdita del controllo degli impulsi che li caratterizza.

Come nel caso della AN, anche in questa categoria diagnostica vi è una certa varietà nelle caratteristiche cliniche con cui si manifesta il disturbo; nello specifico è possibile indentificare due sottotipi diagnostici in base alla presenza (BN con condotte di eliminazione) o all'assenza (BN senza condotte di eliminazione) di strategie di compensazione a seguito dei comportamenti di abbuffata (tab. I.2).

**Tab. I.2** Criteri diagnostici per la Bulimia Nervosa

#### **BULIMIA NERVOSA (BN; DSM-IV TR)**

Per effettuare una diagnosi è necessario che siano presenti tutti i seguenti criteri diagnostici:

A) Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti elementi: mangiare in un definito periodo di tempo (ad es, un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbero nello stesso tempo ed in circostanze simili;

B) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando);

C) Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, di diuretici, di enteroclistmi o di altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo;

D) Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per tre mesi;

E) I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa (AN).

#### **Sottotipi diagnostici**

*con condotte di eliminazione.* Nell'episodio attuale di Bulimia Nervosa (BN) il soggetto ha presentato regolarmente vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclistmi;

*senza condotte di eliminazione.* Nell'episodio attuale il soggetto ha utilizzato regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si dedica regolarmente al vomito auto-indotto o all'uso inappropriato di lassativi, di diuretici o di enteroclistmi.

**Note.** Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4<sup>th</sup> ed. (DSM-IV TR) (APA, 2000).

### I.1.3 DCA Non Altrimenti Specificati (DCA NAS)

Questa categoria diagnostica è estremamente eterogenea rispetto alle due precedenti: il DSM-IV TR (APA, 2000) infatti vi include tutte quelle forme "residuali" di DCA, che non possono essere interamente riconducibili ai quadri

diagnostici descritti in precedenza (es. non soddisfano i criteri temporali o di frequenza sintomatica). Ad esempio, vi rientrano tutti quei casi in cui, pur soddisfacendo le caratteristiche cliniche di un disturbo anoressico, vi è un ciclo mestruale regolare o che, pur caratterizzandosi per un significativo dimagrimento, permangono comunque nel range del normopeso; oppure, sono diagnosticati tali quei soggetti che ricorrono a condotte di eliminazione con una frequenza inferiore a quella richiesta dai criteri per la BN o che attuano tali comportamenti dopo aver ingerito piccole quantità di cibo oppure ancora che mettono in atto comportamenti di abbuffata senza ricorrere mai ad alcuna strategia compensatoria (tab. I.3).

**Tab. I.3** Criteri diagnostici per il DCA Non altrimenti Specificato

**DCA Non Altrimenti Specificato (DCA NAS; DSM-IV TR)**

- A) Tutti i criteri della AN in presenza di un ciclo mestruale regolare;
- B) Tutti i criteri della AN e, malgrado la significativa perdita di peso, il peso attuale è nella norma;
- C) Tutti i criteri della BN tranne il fatto che le abbuffate e le condotte compensatorie hanno frequenza inferiore a 2 episodi a settimana per 3 mesi;
- D) Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte compensatorie dopo aver ingerito piccole quantità di cibo (es. induzione del vomito dopo aver mangiato due biscotti);
- E) Il soggetto mastica e sputa, senza deglutire, grandi quantità di cibo.

**Note.** Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4<sup>th</sup> ed. (DSM-IV TR) (APA, 2000).

Nonostante tali indicazioni, permangono numerose controversie e perplessità rispetto a questa classificazione. Infatti, la mancanza di criteri diagnostici chiari rende a volte difficoltoso distinguere fra un comportamento alimentare normale o patologico, lasciando la decisione alla valutazione del clinico oltre al fatto che espone al rischio di sottovalutarne la gravità (Thomas et al., 2009). Infatti, i DCA NAS condividono con gli altri DCA, soprattutto con le forme bulimiche, molti fattori di rischio (età, genere, etnia, condizione lavorativa, stato civile) nonché numerose caratteristiche psicopatologiche specifiche e analoghi tassi di comorbidità psichiatrica (Fairburn et al., 2007; Swanson et al., 2011).

La ricerca internazionale (Fairburn & Bohn, 2005; Fairburn et al., 2007; Machado P.P.P. et al., 2007; Preti et al., 2009; Rockert et al., 2007; Swanson et al., 2011;

Thomas et al., 2009) indica che il DCA NAS è il più diffuso fra i disturbi alimentari, con un tasso di prevalenza nel corso della vita intorno al 1.2-2.15% nella popolazione normale e una percentuale che oscilla fra il 40 e il 60% fra la popolazione clinica che afferrisce presso i centri specializzati per il trattamento di questi disturbi.

## **I.2 Fattori di rischio e DCA**

Nonostante il fatto che la ricerca scientifica e la pratica clinica concordino nel delineare la multifattorialità di tali sindromi, attualmente non è stato ancora possibile identificare una eziologia precisa di questi disturbi: piuttosto questi sembrano il frutto della complessa interazione di fattori genetici, ambientali, biologici e psicologici senza che il ruolo e la predominanza di ciascuno sia meglio definito (Dalle Grave, 2011; Hearner & Walsh, 2013; Klump et al., 2009; Striegel-Moore & Bulik, 2007; Treasure et al., 2010).

Le prime sistematizzazioni in merito risalgono a Hilde Bruch (1973) e, successivamente, alle teorizzazioni di Mara Selvini-Palazzoli (1984). Le Autrici, seppur con prospettive differenti, hanno avuto il merito di fornire una lettura organica e complessa circa le dinamiche psicologiche e relazionali che sottostanno all'esordio e al mantenimento dei disturbi dell'alimentazione, tra cui le caratteristiche familiari, personologiche e culturali.

Successivamente, Garner et al. (Garner & Myerholtz, 1998; Garner & Keiper, 2010), hanno fornito ulteriori indicazioni importanti per la comprensione eziologica dei DCA, portando avanti un lavoro di sistematizzazione e categorizzazione di quelli che sono ancora oggi sono considerati i fattori di rischio principali per l'onset e il mantenimento di tali patologie, e mettendo a punto uno strumento diagnostico, l'*Eating Disorder Inventory* che, nelle sue successive edizioni (EDI-2, Garner, 1991; EDI-3, Garner, 2004), rappresenta uno degli strumenti di assessment più usati nello studio e nella valutazione dei DCA.

Gli Autori definiscono i DCA dei disturbi eziologicamente multideterminati ed eterogenei, derivanti dall'interazione di almeno tre grandi tipologie di fattori di rischio o predisponenti: culturali, familiari e individuali.

Rispetto alla prima tipologia, identificano due variabili culturali ad elevato potere predittivo: l'appartenenza alla cultura occidentale (caratterizzata dalla presenza di parametri di bellezza che esaltano l'attenzione alla forma e all'aspetto del corpo) e il far parte di gruppi sociali (es. sportivi, professionali) in cui è forte l'enfaticizzazione della magrezza.

Fra le variabili familiari, la presenza di disturbi del comportamento alimentare nell'anamnesi familiare e il crescere in un contesto relazionale avvezzo alle diete o iper-attento al peso dei suoi membri risultano essere fattori ad alto e medio rischio. Di contro, non risulta ben definita l'influenza di alte aspettative genitoriali, iper-protezione, scarse cure e familiarità per obesità o disturbi affettivi. Infine, la categoria delle variabili individuali è quella più ampia, comprendendo almeno in parte molti degli elementi che rappresentano alcuni dei principali criteri diagnostici. Da un punto di vista comportamentale, fra i fattori predisponenti ad alto rischio vi sono la presenza di regimi alimentari restrittivi e l'iperattività fisica e, sul versante intrapsichico, un forte impulso alla magrezza, alti livelli di insoddisfazione corporea, preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, insicurezza, difficoltà interpersonali e bassa autostima. In ultimo, fra le variabili evolutive, un aspetto che rappresenta un importante fattore di rischio è la fase adolescenziale, con le sue profonde trasformazioni a livello psico-fisico e l'avvio di un processo di maturazione e sviluppo identitario e sessuale.

Recenti reviews confermano come, fra i fattori evolutivi e psicosociali, la fase dell'adolescenza possa essere considerata il periodo di massima vulnerabilità per l'onset dei DCA (Dalle Grave, 2011; Keel & Forney, 2013) e una recente indagine epidemiologica sulla prevalenza dei DCA in età adolescenziale condotta in America (Swanson et al., 2011) riporta come l'età media di esordio oscilla fra gli 11 e i 14 anni.

A partire dalle concettualizzazioni di Garner et al., numerose ricerche hanno approfondito lo studio di questi fattori di rischio (tab. I.4).

Sul versante culturale e psicosociale, nella loro review Keel & Forney (2013) riportano dati a sostegno del fatto che l'appartenenza ad una cultura fortemente orientata all'ideale di magrezza rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di problematiche alimentari, poiché favorirebbe lo strutturarsi di

eccessive preoccupazioni rispetto al peso e alla forma del proprio corpo. Inoltre, gli Autori riportano evidenze relative al ruolo di fattore di rischio indiretto svolto dalla presenza di un gruppo di pari che rinforza e sostiene l'ideale di magrezza attraverso i propri comportamenti (es. eccessivo ricorso a diete).

Fra i fattori di vulnerabilità individuale, quello su cui vi è un accordo tendenzialmente generale nel mondo clinico e scientifico è il genere femminile (Dalle Grave, 2011; Ferreiro et al., 2011; Jacobi et al., 2004; Keel et al., 2007; Keel & Forney, 2013; Neumark-Sztainer et al., 2011; Ricciardelli & McCabe, 2001; Swanson et al., 2011). Uno studio longitudinale (Keel et al., 2007) condotto su un campione non clinico di adolescenti ha analizzato le traiettorie dei comportamenti alimentari a rischio fra uomini e donne nell'arco di 20 anni; i risultati confermano la maggiore presenza di disturbi alimentari di rilevanza clinica fra la popolazione femminile. Tale dato trova conferma in un più recente studio (Neumark-Sztainer et al., 2011) le cui analisi longitudinali condotte su un campione non clinico di uomini e donne confermano, nell'arco di 10 anni, una maggiore prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare fra soggetti di genere femminile.

Infine, un'importante review di studi longitudinali e cross-sectional (Jacobi et al., 2004) annovera, fra i fattori individuali ed evolutivi ad alto rischio, la presenza di disturbi gastrointestinali o connessi all'alimentazione nel corso dell'infanzia o esperienze di abuso sessuale; quest'ultimo dato trova conferma in una più recente review (Dalle Grave, 2011) che, passando in rassegna gli studi nel corso dell'ultimo ventennio, identifica come fattori di rischio rilevanti nella genesi dei DCA, la presenza di esperienze negative generali, tra cui trascuratezza e stili parentali disfunzionali e esperienze di abuso fisico e sessuale.

Rispetto al ruolo delle variabili comportamentali, la letteratura conferma quanto già indicato da Garner et al. (1998; 2010) circa il ruolo predisponente di specifici comportamenti (ad es. regime alimentare restrittivo, iperattività fisica). In particolare un recente studio longitudinale riporta che i soggetti dediti a diete restrittive e al ricorso a numerose strategie di controllo del peso (ad es. limitare l'ingestione di cibo, saltare i pasti) durante l'adolescenza hanno un maggiore

rischio di sviluppare DCA nel corso dei 10 anni successivi (Neumark-Sztainer et al., 2011).

Inoltre sembra che le variabili comportamentali in molti casi si associno ad altri fattori di rischio amplificandone la predittività. Nello specifico, tali associazioni risultano essere maggiormente significative in relazione a determinate variabili individuali (genere femminile, età adolescenziale) (Keel et al., 2007; Neumark-Sztainer et al., 2011) ed intrapsichiche (insoddisfazione per l'aspetto del corpo, sovrastima del peso corporeo) (Ferreiro et al., 2011; Keel et al., 2007; Keel & Forney, 2013).

Rispetto alle variabili intrapsichiche, oltre a quelle appena citate, la letteratura annovera fra i fattori predisponenti anche la presenza di elevate preoccupazioni per la forma e il peso del corpo (Jacobi et al., 2004) emozionalità negativa e, nello specifico, sintomatologia e vissuti depressivi (Goldschmidt et al., 2012; Keel & Forney, 2013), senso di inefficacia e scarsa consapevolezza enterocettiva (Keel & Forney, 2013).

Infine, fra i fattori personologici, la letteratura mostra evidenze rispetto all'influenza dei livelli di autostima e perfezionismo.

Recenti studi longitudinali e reviews sul ruolo dell'autostima rivelano la presenza di numerose e significative associazioni fra bassi livelli di autostima e DCA (Berg et al., 2009; Goldschmidt et al., 2012; Jacobi et al., 2004; Keel & Forney, 2013) così come fra bassi livelli di autostima e elevati livelli di insoddisfazione corporea, considerata a sua volta uno dei maggiori fattori predisponenti lo sviluppo di patologie connesse all'alimentazione (Wojtowicz & von Ranson, 2012).

Anche la presenza di marcati livelli di perfezionismo rappresenta un fattore predisponente ad alto rischio. Nei loro lavori, Egan et al. (2011) così come Keel & Forney (2013) ne sottolineano il ruolo nello sviluppo di numerosi quadri psicopatologici, fra cui i disturbi del comportamento alimentare, aumentando la vulnerabilità rispetto all'interiorizzazione di ideali di magrezza. Nello specifico, Boone et al. (2010) in uno studio su una popolazione non clinica di studenti delle scuole superiori riscontrano che, fra le sottocategorie del perfezionismo, quelle che mostrano le più forti associazioni predittive con lo sviluppo di sintomi

alimentari sono la presenza di elevati standard personali ed eccessive preoccupazioni connesse al giudizio.

**Tab. I.4** Fattori di rischio: tabella sinottica

<b>FATTORI DI RISCHIO CULTURALI E PSICOSOCIALI</b>		
<b>Autori</b>	<b>Caratteristiche studio</b>	<b>Risultati</b>
Garner & Keiper, 2010	Linee-guida per la comprensione dei DCA e la pianificazione di trattamenti efficaci	Appartenenza alla <b>cultura occidentale</b> caratterizzata da parametri di bellezza che esaltano l'attenzione alla forma e all'aspetto del corpo; appartenenza a <b>gruppi sociali</b> (sportivi, professionali) in cui è forte l'enfatizzazione della magrezza
Keel & Forney, 2013	Review di studi epidemiologici, cross culturali e longitudinali relativi ai fattori di rischio psicosociale nel DCA	Appartenenza ad una <b>cultura orientata all'ideale di magrezza</b> ; <b>gruppo dei pari</b> come fattore di rischio indiretto
<b>FATTORI DI RISCHIO EVOLUTIVI ed INDIVIDUALI</b>		
<b>Autori</b>	<b>Caratteristiche studio</b>	<b>Risultati</b>
Garner & Keiper, 2010	Linee-guida per la comprensione dei DCA e la pianificazione di trattamenti efficaci	La <b>fase evolutiva adolescenziale</b> , per le profonde trasformazioni psico-fisiche e l'avvio dei processi di maturazione e sviluppo identitari e sessuali
Dalle Grave, 2011	Review della letteratura specializzata degli ultimi 20 anni	Vi sono numerose evidenze che indicano l' <b>adolescenza</b> come momento evolutivo di massima vulnerabilità per l'onset di DCA; <b>genere femminile</b> come elemento di vulnerabilità; esperienze negative generali ( <b>neglect e stili parentali disfunzionali, abuso fisico e sessuale</b> )
Keel & Forney, 2013	Review di studi epidemiologici, cross culturali e longitudinali relativi ai fattori di rischio psicosociale nel DCA	Gli studi epidemiologici appaiono concordi nel considerare l' <b>adolescenza</b> il momento evolutivo di massima vulnerabilità per l'onset di DCA; <b>genere femminile</b> come elemento di vulnerabilità
Jacobi et al., 2004	Review di studi longitudinali e cross-sectional	Dall'analisi degli studi longitudinali e cross-sectional emerge che, fra le variabili evolutive ed individuali, il <b>genere</b> , la presenza di <b>disturbi gastrointestinali o connessi all'alimentazione nel corso dell'infanzia</b> o <b>esperienze di abuso sessuale</b> rappresentano fattori ad alto rischio per lo sviluppo dei DCA
Ferreiro et al., 2011	Studio prospettico sui fattori	Il <b>genere femminile</b> rappresenta

	di rischio per lo sviluppo di disturbi depressivi e DCA condotto su N959 adolescenti spagnoli (N474 femmine)	una variabile predittiva rispetto allo sviluppo di DCA; l'interazione fra <b>genere femminile e basso BMI</b> costituisce un significativo fattore predisponente lo sviluppo di patologie alimentari
Keel et al., 2007	Studio longitudinale condotto su un campione non clinico di adolescenti (N654 di cui N465 femmine) per lo studio delle traiettorie di evoluzione dei comportamenti alimentari a rischio	Il follow up a 20 anni, si riscontra la maggiore presenza di disturbi di rilevanza clinica fra la <b>popolazione femminile</b> .
Neumark-Sztainer et al., 2011	Project EAT-III: Eating Among Teens and Young Adults, 1999-2010 condotto su un campione di N2.287 giovani adulti (55% femmine)	Il follow-up a 10 anni evidenzia una maggiore prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare fra soggetti di <b>genere femminile</b> .
Swanson et al., 2011	National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement, condotto su un campione di 10.123 adolescenti rappresentativo della popolazione degli USA	Dati epidemiologici riportano <b>esordi in età adolescenziale</b> indipendentemente dall'inquadramento diagnostico (AN, BN, NAS, BED); maggiore incidenza fra i soggetti di <b>genere femminile</b> , ad eccezione dei disturbi AN in cui le differenze fra i sessi non sono significative.

#### FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI

<b>Autori</b>	<b>Caratteristiche studio</b>	<b>Risultati</b>
Garner & Keiper, 2010	Linee-guida per la comprensione dei DCA e la pianificazione di trattamenti efficaci	ruolo predisponente di specifici comportamenti, fra cui un <b>regime alimentare restrittivo e iperattività fisica</b>
Keel et al., 2007;	Studio longitudinale condotto su un campione non clinico di adolescenti (N654 di cui N465 femmine) per lo studio delle traiettorie di evoluzione dei comportamenti alimentari a rischio	Dati di follow-up a 20 anni indicano che un maggiore ricorso a <b>diete e altre strategie di controllo del peso</b> è associato ad un maggior rischio di sviluppare un DCA, soprattutto fra la popolazione femminile.
Neumark-Sztainer et al., 2011	Project EAT-III: Eating Among Teens and Young Adults, 1999-2010 condotto su un campione di N2.287 giovani adulti (55% femmine)	Soggetti dediti a <b>diete restrittive e strategie di controllo del peso</b> durante l'adolescenza hanno un maggiore rischio di sviluppare DCA nel corso dei 10 anni successivi. Tali comportamenti appaiono significativamente associati con il genere femminile e la fase evolutiva adolescenziale
Keel & Forney, 2013	Review di studi epidemiologici, cross-culturali e longitudinali relativi ai fattori di rischio	Studi longitudinali e cross-culturali riscontrano maggiore <b>attenzione alla dieta e maggiori restrizioni alimentari</b> fra la popolazione

psicosociale nel DCA	femminile piuttosto che fra soggetti di sesso maschile
----------------------	--

#### FATTORI DI RISCHIO INTRAPSICHICI

<b>Autori</b>	<b>Caratteristiche studio</b>	<b>Risultati</b>
Jacobi et al., 2004	Review di studi longitudinali e cross-sectional	Dall'analisi degli studi longitudinali e cross-sectional emerge che, fra le variabili intrapsichiche, la presenza di <b>elevate preoccupazioni per la forma e il peso del corpo</b> rappresenta un fattore ad alto rischio per lo sviluppo dei DCA
Keel et al., 2007;	Studio longitudinale condotto su un campione non clinico di adolescenti (N654 di cui N465 femmine) per lo studio delle traiettorie di evoluzione dei comportamenti alimentari a rischio	Dati di follow-up a 20 anni indicano che maggiori livelli di <b>insoddisfazione per il corpo</b> sono associati ad un maggior rischio di sviluppare un DCA, soprattutto fra la popolazione femminile
Ferreiro et al., 2011;	Studio prospettico sui fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi depressivi e DCA condotto su N959 adolescenti spagnoli (N474 femmine)	<b>Insoddisfazione corporea</b> rappresenta uno dei più robusti fattori di rischio per lo sviluppo di una patologia alimentare
Keel & Forney, 2013	Review di studi epidemiologici, cross-culturali e longitudinali relativi ai fattori di rischio psicosociale nel DCA	Gli studi cross-culturali e longitudinali identificano nella presenza di <b>eccessive preoccupazioni per il peso</b> e un robusto fattore di rischio per lo sviluppo dei DCA; maggiori livelli di <b>insoddisfazione corporea</b> fra la popolazione femminile, emozionalità negativa e <b>sintomi depressivi</b> ; senso di inefficacia e <b>scarsa consapevolezza enterocettiva</b>
Goldschmidt et al., 2012	Studio longitudinale condotto su N1.827 soggetti volto all'analisi dei fattori psicosociali coinvolti nella relazione fra dieta e alimentazione incontrollata	Il follow up a 10 anni indica che, fra coloro che sperimentano numerose diete, la presenza di <b>sintomi depressivi</b> aumenta il rischio di sviluppare disturbi connessi all'alimentazione incontrollata rispetto a chi non ricorre all'uso di diete per controllare il peso

#### FATTORI DI RISCHIO PERSONOLOGICI

<b>Autori</b>	<b>Caratteristiche studio</b>	<b>Risultati</b>
Jacobi et al., 2004	Review di studi longitudinali e cross-sectional	Dall'analisi degli studi longitudinali e cross-sectional emerge che, fra le variabili personologiche, la presenza di una <b>valutazione negativa di sé</b> rappresenta un fattore ad alto rischio per lo sviluppo dei DCA
Berg et al., 2009	Studio longitudinale condotto su N186	I dati indicano che l'aumento nei <b>livelli di autostima</b> è un predittore

	studentesse frequentanti il college volto all'analisi dei cambiamenti nel corso del tempo della sintomatologia alimentare e la loro relazione con il cambiamento dei fattori rischio	robusto della diminuzione dell'intensità della sintomatologia alimentare e viceversa.
Boone et al., 2010	Studio condotto su 656 adolescenti (58.5% femmine) volto ad identificare le associazioni predittive fra sintomatologia alimentare e sottotipi di perfezionismo	L'interazione fra <b>elevati standard personali e preoccupazioni per la valutazione</b> mostrano robuste associazioni predittive con lo sviluppo di sintomatologia alimentare
Goldschmidt et al., 2012	Studio longitudinale condotto su N1.827 soggetti volto all'analisi dei fattori psicosociali coinvolti nella relazione fra dieta e alimentazione incontrollata	Il follow up a 10 anni indica che, fra coloro che sperimentano numerose diete, <b>bassi livelli di autostima</b> aumentano il rischio di sviluppare disturbi connessi all'alimentazione incontrollata rispetto a chi non ricorre all'uso di diete per controllare il peso
Keel & Forney, 2013	Review di studi epidemiologici, cross-culturali e longitudinali relativi ai fattori di rischio psicosociale nel DCA	Studi longitudinali identificano il ruolo predisponente di alcune variabili personologiche, fra cui <b>bassi livelli di autostima</b> , nel predisporre allo sviluppo di DCA, considerandole l'elemento di connessione fra le influenze culturali e le variabili individuali; <b>elevati livelli di perfezionismo</b> sono indicati come un fattore di rischio che aumenta il rischio per lo sviluppo di DCA
Wojtowicz & von Ranson, 2012	Studio longitudinale condotto su N393 adolescenti femmine volto a valutare la relazione fra fattori di rischio ed insoddisfazione corporea	I risultati al follow up di 1 anno indicano che il più potente predittore per elevati livelli di insoddisfazione corporea era la presenza di <b>bassi livelli di autostima</b> , facendo considerare questi soggetti un campione ad alto rischio per lo sviluppo di DCA
Egan et al. 2011	Review circa le evidenze che supportano il ruolo del perfezionismo come processo transdiagnostico	<b>Elevati livelli di perfezionismo</b> aumentano la vulnerabilità per i DCA e mostrano un valore predittivo rispetto agli esiti del trattamento

### I.3 DCA: quali outcome?

Alla luce della molteplicità dei dati finora emersi ed in accordo con quanto ribadito nelle ultime linee guida del *National Institute for Clinical Excellence*

(NICE, 2004) e dell'*American Psychiatric Association* (APA, 2006), sembra che la natura complessa ed eterogenea dei DCA vada necessariamente valutata attraverso procedure di assessment multidimensionali che includano quelle che sono considerate le core features, gli aspetti centrali e distintivi della patologia alimentare, ma vadano anche oltre, investigando dimensioni psicologiche aspecifiche ma eziologicamente e clinicamente rilevanti. A tal proposito, in accordo con le indicazioni fornite dalla letteratura (Björk, 2008; Brownley et al., 2007; Bulik et al., 2007; Garner & Myerholtz, 1998; Garner & Keiper, 2010; Shapiro et al., 2007), è possibile distinguere fra due tipologie di *outcome*: primari e secondari.

### I.3.1 Outcome primari

Gli outcome primari sono quegli indicatori che forniscono informazioni relativamente ad aspetti centrali e distintivi della patologia alimentare.

Questi aspetti specifici in parte si sovrappongono alle indicazioni fornite dai criteri diagnostici, risultando più o meno pregnanti in base allo specifico disturbo cui si fa riferimento. Fra questi ricordiamo: (a) il peso corporeo e la valutazione dello stato di peso-forma (Bulik et al., 2007; Brownley et al., 2007; Garner & Keiper, 2010); (b) la presenza e la frequenza dei comportamenti di abbuffata e/o evacuativi (Shapiro et al., 2007; Garner & Keiper, 2010); (c) la raccolta di informazioni anamnestiche in merito allo sviluppo sessuale, con particolare riferimento al ciclo mestruale (Bulik et al., 2007; Garner & Keiper, 2010).

#### *a) Il peso corporeo e la valutazione dello stato di peso-forma*

La raccolta di informazioni anamnestiche relative all'aumento nel tempo della massa ponderale, le sue oscillazioni<sup>1</sup> o i repentini decrementi, così come la frequenza e la tipologia di diete e altre strategie di controllo del peso attuali o pregresse sono aspetti clinici centrali per la comprensione dei disturbi alimentari. Questi elementi infatti consentono non solo una corretta valutazione del grado di compromissione e severità clinica ma rappresentano componenti imprescindibili

---

<sup>1</sup> Le oscillazioni ponderali sono intese come i livelli minimi e massimi raggiunti dal momento dell'esordio dei comportamenti alimentari abnormi

per un corretto inquadramento diagnostico attuale e pregresso, consentendo la ricostruzione a ritroso di eventuali migrazioni transdiagnostiche e facilitando la storicizzazione delle problematiche attuali. Inoltre, il peso attuale è un elemento centrale per la valutazione dello stato di peso-forma e, conseguentemente, per la stima del grado di rischio di incorrere in ulteriori compromissioni mediche.

Nello specifico, per la valutazione del peso-forma l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fa riferimento ad un indice biometrico, il Body Mass Index (BMI), che si ottiene dal rapporto fra il peso (espresso in chilogrammi) e il quadrato dell'altezza (espressa in metri) ( $BMI = Kg/h^2$ ) e consente di distinguere fra condizioni di grave magrezza, normo-peso, sovrappeso o obesità (tab. I.5).

**Tab. I.5** Classificazione del peso-forma per soggetti adulti

<b>Classificazione</b>	<b>Body Mass Index (BMI)</b>
Sottopeso	$BMI < 18,50$
Normopeso	$18,51 < BMI < 24,99$
Sovrappeso	$25,0 < BMI < 29,9$
Obesità classe I	$30,0 < BMI < 34,9$
Obesità classe II	$35,0 < BMI < 39,9$
Obesità classe III	$BMI \geq 40$

**Note.** fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

*b) Presenza e frequenza dei comportamenti di abbuffata e/o evacuativi*

L'assessment di tali comportamenti è fondamentale per una corretta diagnosi differenziale a livello transdiagnostico e fra sottotipologie all'interno dello stesso disturbo alimentare. Inoltre, sia la frequenza che la durata nel tempo di tali comportamenti consente una valutazione del grado di severità e del rischio che il soggetto ha di esporsi a ulteriori complicazioni di tipo medico-internistico (es. scompensi dell'equilibrio elettrolitico, affezioni del tratto digerente e/o dell'apparato orale, problematiche cardiache).

*c) Presenza e regolarità del ciclo mestruale*

La presenza di complicanze endocrine a carico della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaie con insorgenza di amenorrea secondaria rappresenta l'elemento cardine per effettuare una diagnosi differenziale fra il disturbo anoressico e gli altri disturbi del comportamento alimentare. A tal proposito,

l'assessment dovrebbe comprendere la raccolta di informazioni in merito all'età in cui è avvenuto il menarca (nel caso di soggetti che presentavano già la presenza di un ciclo mestruale al momento dell'esordio del DCA), alla regolarità del ciclo mestruale o ad eventuali alterazioni o sospensioni dello stesso.

### I.3.2 Outcome secondari

Nella categoria degli outcome secondari confluiscono quelle caratteristiche e dimensioni psicologiche aspecifiche trasversali a molti quadri diagnostici ma significativamente associate anche ai disturbi alimentari che contribuiscono a determinarne la severità e il grado di compromissione del funzionamento psicologico globale. Fra queste ricordiamo la presenza di difficoltà interpersonali, stati emotivi intensi e disturbanti e caratteristiche personologiche specifiche, quali bassi livelli di autostima ed eccessivo perfezionismo.

#### *a) Difficoltà interpersonali*

La presenza di difficoltà nelle relazioni interpersonali come elemento caratterizzante i soggetti con DCA era già stata suggerita da Autori quali Bruch (1973) e Selvini Palazzoli (1974), in riferimento al contesto familiare di appartenenza. Successivamente, la letteratura clinica e scientifica ha ampliato tali prospettive, affermando che la presenza di modalità relazionali disfunzionali non riguarda solo il sistema familiare o la coppia coniugale ma si estende anche al di fuori delle relazioni nucleari, coinvolgendo le più ampie interazioni sociali, tra pari così come nei contesti lavorativi (APA, 2006; Bulik et al., 2011; Carter et al., 2011; Hartmann et al., 2010).

Recentemente, Arcelus et al. (2013), attraverso un imponente e sistematico lavoro di review della letteratura degli ultimi 40 anni, hanno messo a punto un modello teorico esplicativo sulla base delle numerose ed inequivocabili evidenze a favore di un legame fra DCA e problemi interpersonali, questi ultimi in parte differenziati fra gruppi diagnostici. Nello specifico, gli Autori ipotizzano che soggetti con sintomatologia esclusivamente restrittiva si caratterizzano prevalentemente per la presenza di tendenze auto-sacrificanti, dando priorità ai sentimenti e bisogni altrui a scapito dei propri, ed evitanti rispetto alla possibilità

di esprimere e condividere emozioni; le difficoltà interpersonali in soggetti con sintomatologia bulimica invece appaiono maggiormente caratterizzate da elevati livelli di diffidenza relazionale, maggiore conflittualità e paura dell'intimità. Inoltre, gli Autori ipotizzano che tali differenze fra gruppi diagnostici affondino le radici in differenti caratteristiche di personalità e stili di attaccamento associati ai singoli disturbi.

Queste ipotesi esplicative sembrano trovare conferma nei recenti studi empirici (Carter et al., 2011; Hartmann et al., 2010) condotti su gruppi di pazienti con DCA (AN-sottotipo restrittivo/con comportamenti di abbuffata e strategie di compensazione; BN). In queste ricerche gli Autori hanno riscontrato che i soggetti appartenenti ai campioni clinici presentano maggiori difficoltà e livelli di stress interpersonale rispetto a quelli del gruppo normativo di riferimento, caratterizzandosi per minori livelli di intimità relazionale e maggiori difficoltà di espressione dei sentimenti rabbiosi oltre ad una maggiore anassertività, sottomissione, inibizione sociale e freddezza relazionale rispetto ai secondi. Inoltre, anche a livello transdiagnostico sono state riscontrate differenze: in particolare, i soggetti AN con episodi di alimentazione incontrollata e comportamenti purgativi si caratterizzano per maggiori compromissioni nella sfera interpersonale rispetto agli altri sottogruppi diagnostici, specificamente per quanto riguarda la presenza di livelli di evitamento sociale più marcati.

Inoltre, Carter et al. (2011) nel loro studio riscontrano che, a seguito del trattamento psicoterapico, vi erano miglioramenti significativi in molte delle iniziali difficoltà relazionali tranne che per l'inibizione sociale che appare essere un tratto stabile, invariante e predittivo di peggiori outcome a livello transdiagnostico.

Questi dati trovano supporto anche in studi condotti su campioni di studenti clinici e non (Hayaki et al., 2003; Lampard et al., 2011b; Miller et al., 2008). A tal proposito, Lampard et al. (2011b) hanno riscontrato associazioni significative fra modalità interpersonali orientate alla dipendenza e comportamenti alimentari abnormi all'interno di un campione di studenti di college; in particolare, sono emerse associazioni predittive fra elevati livelli di inibizione sociale, dipendenza interpersonale, restrizioni alimentari e sovrastima del peso del corpo. Infine, gli

Autori riscontrano un ruolo di mediazione svolto dalla presenza di bassi livelli di autostima: i problemi interpersonali risulterebbero predittivi dello sviluppo di un DCA in relazione alla presenza di bassi livelli di autostima che spingerebbero i soggetti a cercare conferme e rassicurazioni attraverso l'iperinvestimento e valorizzazione del proprio aspetto corporeo.

*b) Stati emotivi*

La letteratura riporta elevate e significative percentuali di comorbidità fra i DCA e i disturbi d'ansia (in particolare il Disturbo da Attacchi di Panico e d'Ansia Generalizzata) e dell'umore (tra cui il Disturbo Depressivo Maggiore e quello Distimico) (Garner & Keiper, 2010; Hudson et al., 2007; Klump et al., 2009; Preti et al., 2009; Swanson et al., 2011).

Al di là della co-occorrenza con forme psicopatologiche conclamate, la presenza di stati emotivi disturbanti appare essere un aspetto centrale dei DCA, in particolare per quanto riguarda la presenza di elevati livelli di aggressività, ostilità ed irritabilità.

La letteratura già negli anni '90 appariva tendenzialmente concorde nell'indicare come questi possono influenzare il decorso clinico e l'esito dei trattamenti, oltre all'esistenza di una correlazione fra livelli di ostilità, difficoltà di espressione della rabbia e la gravità dei quadri clinici (Garner & Myerholtz, 1998; Steiger et al., 1990; Millar et al., 1990; Tiller et al., 1995).

Fassino et al. (2001) hanno effettuato uno studio su pazienti con diagnosi di DCA (AN-sottotipo restrittivo, AN-sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione, BN) al fine di valutare la presenza di eventuali differenze transdiagnostiche rispetto all'espressione della rabbia. Dai dati emerge che i pazienti BN presentano più elevati livelli di rabbia e maggiore espressività di tali sentimenti rispetto ai gruppi di pazienti AN e al gruppo di controllo, mentre non si riscontra alcuna differenza significativa fra i due sottogruppi di pazienti AN e il gruppo di controllo. Inoltre, i pazienti che presentano comportamenti evacuativi (es. vomito autoindotto) mostrano maggiori livelli di aggressività espressa ed impulsività rispetto a soggetti che non presentano tale sintomatologia.

Questi risultati sono stati confermati da successivi e più recenti studi (Abbate-Daga et al., 2005; Amianto F. et al., 2012; Krug et al., 2008) che hanno riscontrato come i gruppi di controllo presentano livelli di aggressività significativamente più bassi rispetto ai campioni clinici di pazienti con DCA e che, fra questi, i soggetti con diagnosi di BN (e in generale comportamenti evacuativi, come vomito autoindotto o abuso di lassativi) presentano maggiori livelli di aggressività.

Flaire et al (2007), attraverso uno studio condotto su una popolazione a rischio, riscontrano la presenza di una associazione significativa fra stati depressivi e atteggiamenti alimentari disfunzionali (iperattenzione alla dieta e comportamenti bulimici), confermando così dati derivanti da studi precedenti (Lane, 2003; Lane et al., 2004),

Infine, studi condotti su popolazioni cliniche (Gilboa-Schechtman et al., 2006; Hilbert et al., 2007) riportano associazioni significative fra disturbi alimentari e difficoltà di gestione degli stati emotivi. In particolare, emerge che i comportamenti di abbuffata sono frequentemente preceduti dalla presenza di stati emotivi negativi e sono seguiti da un ulteriore deterioramento del tono emotivo, non osservabile nelle popolazioni non cliniche (Hilbert et al., 2007).

### *c) Caratteristiche personologiche ed intrapsichiche*

Fra le caratteristiche personologiche, la letteratura internazionale sottolinea la frequente associazione fra DCA, bassa autostima, impulsività ed elevati livelli di perfezionismo.

Rispetto al ruolo svolto dall'autostima, sono ormai numerose le evidenze che, oltre ad annoverarla fra i fattori di rischio, considerano la scarsa valutazione di sé un aspetto caratteristico della patologia alimentare stessa (Bardone-Cone et al., 2010; Brockmeyer et al., 2012; Daley et al., 2008; Jacobi et al., 2004). Inoltre, diversi studi ne suggeriscono il ruolo predittivo sia rispetto al rischio di drop out precoci (Halmi et al., 2005) che alla presenza di esiti non soddisfacenti al termine del trattamento (Daley et al., 2008; Halvorsen & Heyerdal, 2006; La Mela et al., 2013).

Vi sono inoltre alcune evidenze a sostegno del fatto che la bassa valutazione di sé è una caratteristica che permane anche nei casi in cui vi è una remissione

sintomatica completa: studi condotti su campioni di soggetti in trattamento confermano che, rispetto al gruppo di controllo, i gruppi clinici presentano livelli di autostima più bassi anche quando la patologia alimentare appare in completa remissione (Brockmeyer et al., 2012; Daley et al., 2008). Questo dato però non sempre trova piena conferma nella comunità scientifica; ad esempio, Bardone-Cone et al. (2010) nel loro studio giungono a risultati differenti: i soggetti che al termine del trattamento presentano una remissione completa della problematica alimentare mostrano esiti generali interamente comparabili ai soggetti del gruppo di controllo (tra cui appunto i livelli di autostima).

Infine, la letteratura indica che bassi livelli di autostima sono frequentemente associati a maggiori compromissioni del funzionamento psicosociale, scarsa capacità di coping verso eventi di vita avversi e relazioni familiari difficoltose (Steinhausen et al., 2005) oltre a difficoltà emotive, tra cui la presenza di stati ansioso-depressivi (Goldschmidt et al., 2012; Mayer et al., 2009), ed elevati livelli di insoddisfazione per il corpo (Mayer et al., 2009; Svaldi et al., 2012; van den Berg et al., 2010).

Rispetto al ruolo svolto dall'impulsività, recenti reviews (Waxman, 2009; Wildes & Marcus, 2013) la indicano come l'elemento centrale e maggiormente caratterizzante dei disordini alimentari, in grado di differenziare i gruppi clinici da quelli di controllo.

Mead et al. (2012) hanno condotto uno studio su una popolazione clinica di donne in trattamento ambulatoriale riscontrando che elevati livelli di impulsività correlano più con gli aspetti psicologici aspecifici che con le core features dei DCA e, in particolare, con bassa autostima, scarsa consapevolezza enterocettiva, elevata disregolazione emotiva, timori connessi alla maturità.

Infine, in uno studio volto ad indagare la presenza di differenze significative fra tipologie diagnostiche e livelli di impulsività (Claes et al., 2010) è emerso che i pazienti la cui sintomatologia si caratterizza per la presenza di comportamenti purgativi e di abbuffata presentano maggiori livelli di impulsività (intesa come minore livelli di inibizione comportamentale e minore controllo cognitivo) rispetto agli altri inquadramenti diagnostici.

Anche il perfezionismo rappresenta un aspetto peculiare dei disturbi alimentari (APA, 2006; Bernert et al., 2013; Garner & Keiper, 2010), oltre che un importante fattore di rischio.

Studi condotti su campioni clinici (Steele et al., 2011) mostrano che elevati livelli di perfezionismo risultano significativamente associati con elevate preoccupazioni per la forma e il peso del corpo. In particolare, un recente studio (Wade & Tiggemann, 2013) ha riscontrato associazioni specifiche fra alcuni aspetti del perfezionismo (elevata tendenza all'organizzazione e all'ordine, preoccupazione per gli errori e dubbi sulle proprie azioni) e i livelli di insoddisfazione corporea.

Alla luce delle sempre maggiori evidenze che indicano il perfezionismo come un costrutto multidimensionale, Lampard et al. (2012) hanno condotto un'analisi volta ad indagare sia la struttura fattoriale della scala del Perfezionismo (P) di una delle più diffuse misure per l'assessment dei DCA, l'EDI-2 (Garner, 1991), che le eventuali associazioni con i comportamenti alimentari abnormi. Dall'analisi condotta su un campione di donne con diagnosi di AN, BN e DCA NAS è emerso che la scala P presenta una struttura a due fattori, definiti perfezionismo self-oriented e socially prescribed. Di questi, solo il perfezionismo centrato sulla tendenza a porsi obiettivi e standard personali troppo elevati (self-oriented) correla con le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo nonché con le restrizioni alimentari sia nel caso di diagnosi di AN che di BN. Alla luce di tali risultati, gli Autori concludono che probabilmente sono gli *standard* interni del soggetto piuttosto che quelli socialmente prescritti a ricoprire un ruolo centrale nei DCA.

Tale dato conferma i risultati di precedenti studi (Boone et al., 2010; Lethbridge et al., 2011) secondo cui solo la componente self-oriented del perfezionismo mostra associazioni predittive con i DCA.

## **CAPITOLO II**

### **La cura nei DCA: i trattamenti psicoterapeutici e la loro efficacia**

#### **II.1. Decorsi clinici e DCA: esiti, migrazioni transdiagnostiche e dropout**

Sebbene sia condivisa l'idea che le categorie diagnostiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare siano accomunate da analoghe matrici eziologiche e cliniche, emergono delle differenze a volte significative rispetto alle risposte ai trattamenti (APA, 2006). Questo potrebbe essere in parte attribuibile al fatto che i differenti quadri diagnostici, pur condividendo le core features degli outcome primari (eccessiva preoccupazione per il peso e tendenza a sovrastimare le dimensioni e la forma del corpo) e secondari (difficoltà emotive, interpersonali, di autostima, ecc), si caratterizzano frequentemente per la presenza di costellazioni sintomatiche, forza dell'Io, livelli di compromissione del funzionamento psicologico così variegata da determinare differenti decorsi e risposte alla cura.

Rispetto agli esiti generali delle singole categorie diagnostiche, la comunità scientifica internazionale appare tendenzialmente concorde sul fatto che i pazienti con diagnosi di AN presentano peggiori esiti di quelli con diagnosi di BN; in particolare, i primi mostrano maggiori tassi di mortalità (AN 5.0% vs BN 0.32%) e di remissione minori rispetto ai secondi, con una significativa percentuale di pazienti che va incontro a decorsi sintomatologici cronici anche dopo aver concluso i trattamenti (APA, 2006; Garner & Keiper, 2010; Guarda, 2008; Hoek H.W., 2006; Keski-Rahkonen et al., 2007). Un recente studio longitudinale (van Son et al., 2010) condotto su 147 donne reclutate all'interno di un servizio deputato alla cura dei DCA riporta che, a 5 anni dal termine del trattamento, il 61% delle pazienti bulimiche soddisfa i criteri per la remissione completa, a fronte

del 55% delle pazienti anoressiche, e solo il 6% soddisfa ancora i criteri diagnostici del disturbo, a fronte di percentuali doppie e triple per i pazienti con diagnosi di AN (17% AN-restrittiva; 23% AN-sottotipo purgativo).

Keel & Brown (2010) nella loro review confermano ed ampliano questi dati: l'analisi della letteratura suggerisce che le migliori risposte al trattamento (in termini di remissione sintomatica) si riscontrano nei soggetti con diagnosi di DCA NAS sin dalle valutazioni a breve termine e, ampliando il periodo di follow up, con diagnosi BN, al contrario dei disturbi AN che invece mostrano peggiori outcome post-trattamento indipendentemente dall'ampiezza del tempo di valutazione.

Queste evidenze appaiono in contrasto con quanto riportato da due precedenti reviews (Steinhausen, 2002; Steinhausen & Weber, 2009), in cui gli Autori non riscontrano significative differenze circa gli esiti e il decorso fra pazienti anoressici e bulimici, indicando tassi di remissione, miglioramento e cronicizzazione tendenzialmente sovrapponibili (remissione: AN 46%, BN 45%; miglioramento: AN 33%, BN 27%; cronicizzazione: AN 20%, BN 23%).

Rispetto a tali discrepanze, è necessario ricordare che gli studi di valutazione frequentemente presentano il limite di non adottare criteri omogenei di classificazione degli outcome, determinando una variabilità di classificazioni che rende poco comparabili i risultati emersi e apre al rischio di sovra o sottostimare il dato reale.

Oltre alla variabilità dei tassi di remissione, un altro aspetto frequentemente riscontrabile nel corso dei trattamenti di tali pazienti sono le cosiddette migrazioni transdiagnostiche, ovvero la tendenza a transitare da una categoria diagnostica ad una altra a seguito di modifiche della sintomatologia manifesta; anche in questo caso si riscontrano differenze fra le singole sottocategorie. Keel & Brown (2010) riportano che, nel corso dei trattamenti, la maggiore percentuale di passaggi da una categoria diagnostica all'altra riguarda i pazienti anoressici, i quali tenderebbero a spostarsi verso l'area della sintomatologia bulimica, mentre invece appaiono molto rare le migrazioni inverse, ovvero dall'area bulimica a quella anoressica. Quest'ultimo dato sembra porsi in linea con quanto riscontrato da Steinhausen & Weber (2009) i quali evidenziano che le migrazioni

transdiagnostiche nei disturbi BN, pur essendo abbastanza comuni (10-32%), appaiono più frequentemente orientate verso i DCA NAS piuttosto che i quadri anoressici.

Un ultimo aspetto pregnante dei decorsi delle patologie alimentari è la presenza di elevati tassi di dropout (Agras et al., 2000; Björk et al., 2008; Fassino et al., 2009): una recente review (Fassino et al., 2009) condotta sulla letteratura scientifica pubblicata fra il 1980 e il 2009 riscontra tassi di dropout fra il 20.2 e il 51% per i trattamenti residenziali o semi residenziali e fra il 29 e il 73% per quelli ambulatoriali, con una maggiore prevalenza fra i quadri diagnostici AN-sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione.

Nel corso dell'ultimo trentennio sono state numerose le ricerche che, a tal proposito, si sono dedicate allo studio delle caratteristiche cliniche frequentemente associate ai dropout, riscontrando ad esempio una più lunga storia di malattia (Mahon, 2000; Vandereycken & Pierloot, 1983), una maggiore severità della sintomatologia bulimica (Franzen et al., 2004; Mahon, 2000), un maggiore impulso alla magrezza (Fassino et al., 2003; Mahon, 2000), più elevati livelli di impulsività (Fassino et al., 2003; Rosval et al., 2006), una gestione problematica degli stati emotivi, in particolare della rabbia (Fassino et al., 2003), oltre che depressione e perdita di speranza (Steel et al., 2000).

A dispetto di tali evidenze, attualmente fra clinici e ricercatori è sempre più diffusa l'idea che il dropout sia un fenomeno più complesso di quanto finora considerato e che verosimilmente non sia del tutto attribuibile a fattori clinici pre-trattamento o al raggiungimento di scarsi esiti nel corso della terapia (Björk et al., 2008; Fassino et al., 2009; Stein et al., 2011). Recenti studi infatti riscontrano una assenza di differenze significative fra soggetti che hanno abbandonato il trattamento e i cosiddetti completers (Stein et al., 2011) se non addirittura minori livelli di compromissione alla baseline (Björck et al., 2008) rispetto alle variabili demografiche e cliniche. Inoltre, Di Pietro et al. (2002) in uno studio retrospettivo condotto su pazienti ambulatoriali con diagnosi di DCA hanno riscontrato che, nel 71% di coloro che avevano abbandonato il trattamento, le ultime valutazioni disponibili indicano un miglioramento significativo nella sintomatologia primaria (BMI, strategie di compensazione, amenorrea). Una ricerca più recente (Björk et

al., 2009) conferma e amplia tale risultato, riscontrando una sovrapposibilità dei miglioramenti sintomatici nelle valutazioni al follow up fra pazienti che hanno completato il trattamento e coloro che lo hanno concluso prematuramente.

Gli Autori fin qui citati sembrano pertanto concludere che l'abbandono del trattamento da parte di un paziente non vada interpretato necessariamente come una resistenza al cambiamento o un esito negativo o problematico riconducendo, al contrario, ad un elevato numero di componenti difficilmente operazionalizzabili e conseguentemente controllabili.

## **II.2 I fattori prognostici nel trattamento dei DCA**

In linea con quanto finora emerso, anche la letteratura relativa allo studio dei fattori prognostici associati agli esiti del trattamento dei DCA mostra risultati non del tutto omogenei, consentendo l'identificazione certa ed affidabile solo di un ventaglio ristretto di fattori (tab. II.1).

Rispetto ai disturbi anoressici, fra i fattori prognostici che sembrano godere di più ampio accordo vi sono variabili connesse prevalentemente alla storia clinica: in particolare, la maggiore durata della storia di malattia prima dell'avvio di un trattamento, la lunghezza del trattamento e la presenza di ricoveri ospedalieri appaiono negativamente correlati alla presenza di esiti positivi (Keel & Brown, 2010). Fra gli altri fattori considerati prognosticamente sfavorevoli ricordiamo la presenza di comportamenti di abbuffata o vomito, abuso di lassativi e purganti, la presenza a livello premorbo di un disturbo di personalità ossessivo-compulsiva o sintomatologia ossessivo-compulsiva (APA, 2006; Guarda, 2008; Wentz et al., 2009), tratti autistici premorbo (Wentz et al., 2009) e, più in generale, ogni forma di comorbidità psichiatrica e psicopatologia genitoriale (Ohmann et al., 2013). Fra i fattori predittivi di outcome positivi invece vi è la capacità di dedicarsi ad attività edonistiche, la presenza di buone abilità sociali e la remissione da disturbi depressivi (Ohmann et al., 2013).

Per quanto riguarda la valutazione dei fattori prognostici nel trattamento dei disturbi bulimici, la letteratura riporta un generale accordo sulla presenza di comorbidità con altri disturbi psichiatrici: in particolare appaiono fattori

prognosticamente sfavorevoli la maggiore gravità della sintomatologia psichiatrica (APA, 2006; Clausen L., 2008; Keel & Brown, 2010) e la presenza di un disturbo di personalità evitante (APA, 2006; Keel & Brown, 2010). Inoltre, l'APA (2006), fra i fattori che correlano negativamente con la presenza di esiti positivi, riporta l'eccessiva tendenza a sovrastimare il peso e la forma del corpo.

Steinhausen & Weber (2009) nella loro review sottolineano la grande variabilità nei risultati relativi ai predittori degli esiti nel trattamento dei quadri BN, a differenza di quanto accade per i quadri AN in cui le conclusioni della letteratura appaiono tendenzialmente più omogenee (Steinhausen, 2002). Nonostante tale variabilità, dal loro lavoro emerge che l'elemento predittivo di esiti positivi con l'effect size più ampio è la durata del follow-up: i dati suggeriscono la presenza di un decorso con andamento curvilineo, in cui i maggiori tassi di remissione si riscontrano nei follow up fra i 4 e i 9 anni mentre in quelli effettuati prima o dopo tale finestra temporale si evidenzia una maggiore prevalenza di cronicizzazione, migrazioni trasndiagnostiche e miglioramenti parziali.

Quest'ultimo dato però non trova conferma in un recente studio longitudinale condotto su un campione di clinico di pazienti al primo accesso ai servizi di cura per i DCA (van Son et al., 2010); gli Autori riscontrano che fra i fattori esaminati, l'unica variabile significativamente associata alla presenza di esiti positivi del trattamento è l'età in cui viene effettuata per la prima volta la diagnosi: nello specifico, pazienti AN e BN di età pari o inferiore a 19 anni al momento della valutazione diagnostica mostrano esiti migliori rispetto ai pazienti di età pari o superiore ai 20 anni. Al contrario, non si riscontra alcun valore predittivo da parte della durata del follow-up, della frequenza di utilizzo dei servizi di salute mentale, del valore del BMI e, nel caso di sintomatologia bulimica, della frequenza degli episodi di alimentazione incontrollata.

Infine, per quanto riguarda i quadri NAS, non sono molti gli studi specifici disponibili, trattandoli frequentemente come una forma subclinica dei due disturbi alimentari maggiori (AN e BN). Nonostante ciò, una recente review (Keel & Brown, 2010) riporta che, a confronto con le altre categorie diagnostiche, i fattori prognostici principali rispetto alla predizione degli outcome sono rappresentati da aspetti relazionali: nello specifico, la presenza di maggiori difficoltà nei rapporti

interpersonali sarebbero maggiormente associate a peggiori esiti al termine del trattamento.

Un ultimo fattore considerato predittore di outcome positivi a livello transdiagnostico sembra essere l'età d'esordio: l'onset del disturbo in età adolescenziale rappresenta un fattore predittore di outcome positivi rispetto ad esordi in età più avanzata (APA, 2006; Guarda, 2008; Wentz et al., 2009) indipendentemente dall'inquadramento diagnostico del soggetto.

Tab. II.1 Fattori prognostici: un quadro sinottico

<b>FATTORI PROGNOSTICI</b>		
<b>Diagnosi</b>	<b>Variabile</b>	<b>Autori</b>
<b>Anoressia Nervosa</b>	durata della malattia prima dell'avvio di un trattamento	Keel & Brown, 2010
	durata del trattamento	Keel & Brown, 2010
	ricoveri ospedalieri	Keel & Brown, 2010
	comportamenti di abbuffata o vomito	APA, 2006; Guarda, 2008; Wentz et al., 2009
	abuso di lassativi e purganti	APA, 2006; Wentz et al., 2009
	Disturbo premorbo di personalità ossessivo-compulsiva o sintomatologia ossessivo-compulsiva	APA, 2006; Guarda, 2008; Wentz et al., 2009
	Tratti autistici premorbo	Wentz et al., 2009
	basso peso al momento dell'avvio del trattamento	Guarda, 2008
	Età in cui viene effettuata la diagnosi	van Son et al., 2010
	onset in età adolescenziale	APA, 2006; Guarda, 2008; Wentz et al., 2009
	La presenza di comorbidità psichiatrica e psicopatologia genitoriale rappresentano fattori prognostici negativi mentre, fra i fattori predittivi di outcome positivi, vi è la capacità di dedicarsi ad attività edonistiche, la presenza di buone abilità sociali e la remissione da disturbi depressivi	Ohmann et al., 2013
<b>Bulimia Nervosa</b>	Comorbidità psichiatrica	APA, 2006; Clausen L., 2008; Keel & Brown, 2010
	Intensità della sintomatologia psichiatrica concomitante	APA, 2006; Clausen L., 2008; Keel & Brown, 2010
	disturbo premorbo di personalità evitante	APA, 2006; Keel & Brown, 2010
	tendenza a sovrastimare il peso e la forma del corpo	APA, 2006
	follow-up fra 4 e 9 anni dal termine del trattamento	Steinhausen & Weber, 2009
	l'età in cui viene effettuata per la prima volta la	van Son et al., 2010

	diagnosi	
	onset in età adolescenziale	APA, 2006; Guarda, 2008
<b>DCA NAS</b>	difficoltà relazionali	Keel & Brown, 2010
	onset in età adolescenziale	APA, 2006; Guarda, 2008

### II.3 La pianificazione dei trattamenti nei DCA

Le ultime linee guida per l'implementazione degli interventi nella cura dei DCA fornite dal *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2004), così come quelle dell'*American Psychiatric Association* (APA, 2006) e la letteratura in generale (Garner & Keiper, 2010; Guarda, 2008) concordano nell'indicare l'importanza di interventi complessi e multimodali, differenziati per setting (d'emergenza, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, post-ospedalizzazione) ed in parte specifici per ogni sottocategoria diagnostica.

Secondo quanto riferito da Garner & Keiper (2010), i DCA nel corso dell'ultimo ventennio hanno conquistato maggior rilievo non solo nel campo della psichiatria e della psicologia ma anche della medicina, a partire dal riconoscimento della gravità delle conseguenze sulla salute connesse agli stati acuti del disturbo e al fatto che spesso perdurano anche successivamente, sia nelle forme subcliniche che nei casi di remissione completa.

La complessa interazione di fattori medico-biologici e clinico-psichiatrici che spesso concorrono a determinare il livello di gravità e compromissione di questi quadri sindromici impone pertanto la pianificazione di trattamenti e progetti terapeutici in grado di abbracciare entrambi i domini, modulandosi in base alle emergenze specifiche.

Gli obiettivi generali degli interventi dovrebbero pertanto essere orientati a (APA, 2006):

- ripristinare un peso adeguato per età ed altezza (nel caso di pazienti AN, associato ad una regolarità nella comparsa del ciclo mestruale per le donne e del riequilibrio ormonale per gli uomini; nel caso di pazienti BN: ridurre e laddove possibile eliminare il ciclo di abbuffate e comportamenti purgativi)
- gestire le complicazioni fisiche connesse allo stato di malattia;

- implementare i livelli di motivazione del soggetto sia rispetto alla partecipazione al trattamento che al ripristino di un pattern alimentare adeguato;
- fornire informazioni su stili alimentari e nutrizionali adeguati e salutari;
- sostenere nell'identificazione e trasformazione degli aspetti cognitivi disfunzionali, dei conflitti e delle emozioni connesse ai DCA;
- trattare le problematiche di natura psicopatologica e/o psichiatrica eventualmente compresenti, fra cui difficoltà emotive, deficit nel controllo degli impulsi, bassa autostima, problematiche comportamentali;
- prevenire le ricadute.

Alla luce di tali premesse, fra le tipologie di intervento tendenzialmente adottate nel trattamento dei DCA, trasversali ad ogni setting e adattabili ad ogni piano terapeutico specifico, ricordiamo (APA, 2006; NICE, 2004):

- (a) monitoraggio longitudinale delle condizioni mediche e, laddove necessario, la loro stabilizzazione attraverso interventi intensivi;
- (b) interventi farmacologici: generalmente caratterizzati da terapie antidepressive, ansiolitiche e, nei casi più gravi, antipsicotiche modulate in relazione alla fase della malattia (acuta, cronica, residuale) e all'intensità sintomatica;
- (c) riabilitazione nutrizionale: volta alla normalizzazione dei pattern alimentari, al riconoscimento e/o ridefinizione delle sensazioni di fame e sazietà; nei casi di pazienti AN, gli interventi dovrebbero essere mirati anche alla gestione delle eventuali complicazioni fisiche connesse alla malnutrizione e al ripristino di adeguati livelli di BMI; nel caso di pazienti BN, lo sviluppo di un adeguato piano alimentare dovrebbe divenire lo strumento per l'interruzione del circuito abbuffate-comportamenti purgativi/restrizioni alimentari;
- (d) trattamenti psicosociali: pianificati sulla base di valutazioni complessive del singolo soggetto che tengono in considerazione lo sviluppo cognitivo e psicologico, gli aspetti intrapsichici, lo stile cognitivo ed una eventuale comorbidità; comprendono interventi psicoterapeutici (a breve o lungo

termine, in setting individuale o di gruppo), gruppi di auto-aiuto, interventi psico-educazionali, ecc.

Fra le diverse tipologie di interventi psicosociali, i trattamenti psicoterapeutici sembrano assumere un ruolo centrale (Wilson et al., 2007; Stein et al., 2011). La maggior parte dei pazienti con DCA può essere infatti efficacemente trattata attraverso i servizi ambulatoriali, accedendo a forme più intensive e protratte di trattamento solo nei casi acuti e caratterizzati da una maggiore compromissione del funzionamento psico-fisico. In entrambi i casi però le indicazioni evidence-based circa la pianificazione dei trattamenti suggeriscono l'integrazione fra interventi medico-psichiatrici e trattamenti psicoterapeutici (APA, 2006; NICE, 2004), siano essi di matrice cognitivo-comportamentale o psicodinamica, in assetto individuale, familiare o gruppale.

#### **II.4 L'efficacia della psicoterapia nel trattamento dei DCA**

Nonostante le evidenze accumulate nel corso degli ultimi decenni circa l'efficacia delle psicoterapie nel trattamento dei DCA, la recente letteratura (Tasca & Machado, 2013; Wilson et al., 2007) sembra suggerire che i trattamenti psicologici, analogamente a quanto riscontrato per altre patologie (Lambert, 2013), sono complessi, onerosi e dagli esiti modesti, con un effect size di poco superiore (seppur in modo significativo) alle condizioni di controllo.

A tal proposito, alcuni Autori (Tasca & Machado, 2013; von Ranson et al., 2013) ribadiscono quanto già affermato in precedenza e cioè che, fra tutti gli elementi che possono concorrere a determinare questo scarto, un ruolo centrale è svolto dalla scarsa corrispondenza fra le indicazioni fornite dal mondo dei ricercatori e la pratica clinica. In particolare, questo potrebbe essere legato alla difficoltà a generalizzare i dati ottenuti attraverso studi randomizzati alle popolazioni cliniche reali così come dalla scarsa replicabilità dei setting di intervento di tali studi empirici all'interno dei contesti reali di intervento.

Inoltre, un ulteriore elemento ostacolante è rappresentato dalla difficile comparabilità dei risultati ottenuti dai vari studi di efficacia a causa della presenza

di setting, popolazioni, strumenti e criteri di classificazione fra loro estremamente eterogenei.

Al di là di tali criticità, sembra esservi un robusto accordo fra le indicazioni fornite nelle ultime linee guida sulle buone prassi (APA, 2006; NICE, 2004) e il recente handbook clinico per i trattamenti nei DCA (Grilo & Mitchel, 2010) nell'indicare come orientamenti psicoterapeutici più diffusi ed efficaci le terapie ad orientamento familiare, cognitivo-comportamentali, interpersonale e psicodinamico supportivo-espressive.

#### II.4.1 LA TERAPIA FAMILIARE

Fra i disturbi del comportamento alimentare, certamente i quadri anoressici sono quelli che per anonomasia hanno visto l'applicazione di varie forme di trattamenti familiari.

Sin dalle prime concettualizzazioni, infatti, sia il gruppo di lavoro della Scuola di Milano, il cui massimo esponente è Mara Selvini Palazzoli (1984), che le concettualizzazioni di Hilde Bruch (1973) hanno considerato la presenza di specifiche costellazioni familiari come elementi caratterizzanti, se non addirittura determinanti, i quadri anoressici. Secondo questi Autori il sintomo patologico altro non sarebbe che l'espressione di un problema riguardante il macro sistema-familiare di cui il paziente si fa portavoce e per tanto, nel trattamento, non può non essere coinvolto attivamente l'intero nucleo agendo sulle sue dinamiche interne. Da allora, numerose sono state le evoluzioni in merito alle conoscenze circa il ruolo svolto dalla famiglia nell'eziologia e nel mantenimento dei DCA, abbracciando sempre più una logica multidimensionale e complessa, che considera l'esistenza di più fattori di rischio interagenti fra loro (Le Grange et al., 2010). Recenti reviews (Fischer et al., 2010; Lock, 2011) riportano una crescente attenzione empirica verso la valutazione dell'efficacia delle terapie familiari, sebbene ancora i risultati in merito siano abbastanza lacunosi: i trials clinici controllati sono pochi e i risultati difficilmente generalizzabili (anche per la scarsa numerosità dei campioni) e confrontabili fra loro.

Nel trattamento dei pazienti con diagnosi di AN, le seppur poche evidenze supportano che, in regime ambulatoriale, la terapia familiare risulta più efficace

dei trattamenti standard, sia rispetto ai tassi di remissione che al mantenimento dei risultati (Dare et al., 2001; Ball & Mitchell, 2004). Questi studi si sono anche occupati di confrontare l'efficacia del trattamento familiare con quella di altre forme psicoterapiche, giungendo a risultati in parte contrastanti: mentre in uno studio si riscontra che la terapia familiare e quella psicodinamica breve sono più efficaci nel trattamento dei disturbi AN rispetto all'approccio cognitivo-comportamentale (Dare et al., 2001) in un altro non emerge alcuna differenza nell'efficacia fra l'approccio cognitivo-comportamentale e familiare (Ball & Mitchell, 2004).

Fra i vari modelli di trattamento familiare quello che trova più numerosi e robusti riscontri è il *Family-Based Treatment* (FBT) (Lock et al., 2001)<sup>2</sup>. L'efficacia di tale tipo di trattamento è sufficientemente riconosciuta e condivisa in letteratura (Bulik et al., 2007; Couturier et al., 2013; Fischer et al., 2010; Fariburn, 2005; Garner & Keiper, 2010; Guarda, 2008; Wilson et al., 2007) tanto che il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2004) lo indica come il trattamento d'eccellenza nella cura dei pazienti AN, soprattutto in età adolescenziale.

Lock et al. (2010), in uno studio clinico randomizzato, hanno confrontato il trattamento FBT con una psicoterapia individuale per la cura di pazienti in età adolescenziale. Gli Autori concludono che, sebbene entrambe le terapie determinano miglioramenti significativi e simili tassi di remissione al termine dei 12 mesi di trattamento, l'approccio familiare è più efficace rispetto al mantenimento dei risultati nel corso del tempo, come dimostrano le valutazioni del follow-up. Ancora più recentemente Le Grange et al. (2012), confrontando la FBT con un trattamento individuale per pazienti adolescenti (12-18 anni) con diagnosi di AN, riscontrano una sua maggiore efficacia anche nel trattamento dei quadri con maggiori livelli di gravità: i soggetti con forme più severe del disturbo

---

<sup>2</sup> Trattamento intensivo (10-20 sessioni) manualizzato di tipo ambulatoriale che prevede il coinvolgimento attivo del paziente e dei membri del ristretto nucleo familiare nel percorso di guarigione, con particolare riferimento alla fratria. Inizialmente, gli interventi del clinico sono centrati esclusivamente sulla risoluzione della sintomatologia alimentare e le problematiche ad essa correlate (es. senso di colpa, vergogna verso gli altri membri della famiglia) (prima fase) e solo successivamente si agisce sulla negoziazione di nuove modalità relazionali familiari e in direzione della ripresa del percorso evolutivo del paziente (seconda fase); infine, l'ultima fase è dedicata alla stabilizzazione dei risultati ottenuti (terza fase).

ottengono migliori risultati con il trattamento familiare mentre l'efficacia dei due trattamenti appare analoga nei casi con minori livelli di compromissione.

Di contro, sono poche le evidenze relative al trattamento familiare con pazienti con BN, sebbene la letteratura sembra indicarne una soddisfacente efficacia, soprattutto per quanto riguarda la FBT (Garner & Keiper, 2010; Kaslow et al., 2012; Lock & Le Grange, 2005). Allo stato attuale è stato condotto solo un trial clinico controllato per la valutazione dell'efficacia di tale approccio con i pazienti con BN. Le Grange et al. (2007) lo hanno confrontato ad una psicoterapia supportiva, riscontrando risultati clinicamente e statisticamente migliori al termine del trattamento e dopo 6 mesi dalla sua conclusione per quei pazienti assegnati all'intervento in setting familiare; inoltre questi pazienti mostravano un tempo di remissione minore della sintomatologia bulimica già nel corso della terapia.

Seppur più recenti, in letteratura cominciano ad emergere anche dati rispetto all'efficacia della FBT con i quadri NAS; recentemente, Loeb et al. (2012) in un loro scritto riportano un case study di un'adolescente femmina con diagnosi di DCA NAS efficacemente trattata con la FBT e una recente review (Couturier et al., 2013) conclude che la FBT non differisce in maniera significativa dai trattamenti individuali nel breve termine mentre sembra mostrare risultati superiori al lungo termine nel trattamento dell'anoressia, della bulimia e dei quadri DCA NAS, sebbene rispetto a questi vi sia il minor numero di studi controllati.

#### II.4.2 LA TERAPIA AD ORIENTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

La terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive Behaviour Therapy*-CBT) rappresenta una macro categoria cui poter ricondurre un'ampia gamma di interventi, genericamente accomunati da modalità operative altamente definite e spesso centrate sull'identificazione e comprensione delle problematiche in termini di relazioni fra pensieri, sentimenti e comportamenti. Frequentemente gli interventi sono centrati sul qui-ed-ora, hanno una durata limitata nel tempo e prevedono obiettivi circoscritti e individualizzati; il cambiamento è attivamente promosso attraverso modalità di conduzione attive e specifiche tecniche di

intervento, spesso orientate ai sintomi target, alla riduzione dello stress, alla ristrutturazione di pensieri e cognizioni e promozione della speranza.

Questi trattamenti rappresentano i più studiati nella ricerca sull'efficacia delle terapie per la cura di numerosi quadri psicopatologici, tra cui appunto i DCA, grazie anche alla presenza di procedure manualizzate, facilmente replicabili e di breve durata.

Garner e collaboratori (Garner et al., 1982; 1985), a partire dagli anni '80, hanno fornito le prime indicazioni in merito all'applicabilità di tali trattamenti nella cura dei disturbi anoressici e, solo successivamente (Fairburn, 1985), si è proceduto all'adattamento di tali tecniche per la cura dei quadri bulimici. Nel tempo tale approccio è andato in contro a numerose elaborazioni ed aggiornamenti (Fairburn et al., 2003), senza discostarsi sostanzialmente dalle originali concettualizzazioni (Wilson, 2005; Wilson et al., 2007; Garner & Keiper, 2010).

Sebbene l'originaria applicazione della CBT abbia riguardato la cura dei disturbi anoressici, allo stato attuale le evidenze empiriche appaiono piuttosto lacunose: Wilson et al. (2007) riportano che nel corso degli ultimi 20 anni solo 15 trials comparativi sono stati pubblicati in letteratura. Fra le ipotesi alla base di tale gap gli Autori riportano una minore frequenza del disturbo rispetto ad altre forme di DCA, l'assidua presenza di complicazioni e urgenze di natura medico-internistica e la necessità di un tempo medio di trattamento significativamente più lungo rispetto agli altri quadri per raggiungere la totale remissione sintomatica. Nonostante ciò, fra gli studi presenti, la maggiori evidenze riguardano la valutazione dei trattamenti in setting individuale per la cura di soggetti adulti, indicandone la maggiore efficacia nel ridurre il rischio di ricadute e nel mantenimento del peso rispetto ad altri interventi non psicologici, tra cui il counseling nutrizionale (Pike et al., 2003) e il solo trattamento farmacologico (Fairburn, 2005; Halmi et al., 2005; Walsh et al., 2006). Una più recente review (Bulik et al., 2007) riporta tuttavia che le prove di efficacia divengono più deboli nel caso di quadri clinici caratterizzati da grave sotto peso.

Rispetto al confronto con gli altri trattamenti psicologici, Fairburn (2005) ha effettuato una rassegna degli studi sui trattamenti evidence-based per la cura dei disturbi AN, giungendo a risultati poco incoraggianti. Nel trattamento di pazienti

adulti, i pochi studi presenti sembrano indicare una maggiore efficacia della CBT confrontata con i trattamenti di routine forniti a livello ambulatoriale ma non rispetto ad altri trattamenti psicologici (terapia familiare, comportamentale, analitico-comportamentale); inoltre, i tassi di remissione riportati apparivano comunque insoddisfacenti. Al contrario, nella cura di popolazioni adolescenti l'Autore riporta prove di maggiore efficacia per l'approccio FBT precedentemente descritto.

Allo stato attuale, rispetto all'efficacia del format di gruppo nel trattamento della patologia anoressica in letteratura si rintraccia un solo recente studio di tipo osservazionale-naturalistico che ha analizzato l'efficacia della terapia di gruppo su 29 adolescenti con diagnosi di AN (Ohmann et al., 2013). Al termine del trattamento si riscontrano miglioramenti significativi e persistenti anche al follow up di 12 mesi negli outcome primari (aumento del BMI e diminuzione dei comportamenti sintomatici) e secondari (miglioramento del tono dell'umore, dell'ansia sociale e del senso di efficacia) mentre sono apparse invariate le difficoltà nella gestione delle emozioni.

Per quanto attiene il trattamento dei quadri BN con la CBT, la letteratura è concorde nell'indicare una buona efficacia rispetto ad altri interventi o differenti quadri diagnostici, mostrando risultati migliori sia nel breve che nel lungo periodo e agendo efficientemente sugli outcome primari della patologia, soprattutto nel caso di popolazioni adulte (Garner & Keiper, 2010; Hay, 2013; Leichsenring et al., 2006; Shapiro et al., 2007; Wilson, 2005; Wilson et al., 2007). A tal proposito, il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2004), nell'ultima, ampia e rigorosa rassegna evidence-based circa le buone prassi terapeutiche, indica la CBT come trattamento elettivo per la cura dei disturbi BN in setting ambulatoriali, essendo più efficace di altri interventi terapeutici (trattamenti farmacologici, terapia interpersonale) nell'estinguere i comportamenti di abbuffata e/o purgativi e nel modificare le restrizioni alimentari. Questi dati appaiono in linea con quanto riportato da successive review e lavori meta-analitici secondo cui la CBT è più efficace rispetto alla condizione di non-trattamento o di controllo e ad altri approcci terapeutici (terapia interpersonale, dialettico-comportamentale, psicoterapia supportiva, gruppi di auto-aiuto) nel ridurre la frequenza dei

comportamenti di abbuffata sia nelle forme cliniche che sub-cliniche di BN (Hay et al., 2004; Hofman et al., 2012). Recentemente, Waller et al. (2013) hanno voluto testare la generalizzabilità dell'efficacia dei *trials* randomizzati per la CBT ai setting clinici reali, realizzando uno studio con 78 donne affette da forme sia cliniche che sub-cliniche di BN. Al termine del trattamento individuale (della durata media di circa 20 sessioni) i tassi di remissione sintomatica apparivano sovrapponibili a quelli riscontrabili nei setting puramente sperimentali, così come comparabili erano i miglioramenti nella sfera emotiva, nelle attitudini verso l'alimentazione e nella frequenza dei comportamenti sintomatici.

Nonostante l'ampio consenso da parte del mondo clinico e scientifico nell'utilizzo della CBT per la cura dei quadri BN rispetto ad altre forme terapeutiche, sembra comunque permanere l'annoso problema delle basse percentuali di remissione: l'analisi della letteratura indica che in media solo la metà di coloro che completano il trattamento mostra un mantenimento completo e duraturo dei risultati terapeutici nel corso del tempo (Waller et al., 2013; Wilson et al., 2007).

Le ricerche fin qui citate hanno riguardato, nella quasi totalità dei casi, la valutazione di terapie in setting individuali; seppur meno numerose e meno recenti, vi sono ormai diverse evidenze a sostegno dell'efficacia delle terapie di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale (CBT-G) per il trattamento dei quadri BN. Alcuni studi longitudinali hanno comparato gli outcome ottenuti attraverso la CBT sia in setting individuale che di gruppo (Chen et al., 2003; Nevonen & Broberg, 2006), evidenziando un'efficacia pressoché analoga al termine della terapia in molte delle aree indagate (atteggiamenti verso l'alimentazione, tratti psicologici peculiari, autostima, adattamento sociale, psicopatologia), con una percentuale lievemente maggiore nei tassi di remissione dei comportamenti sintomatici (di abbuffata e compensativi) nei trattamenti individuali. Questi risultati trovano ulteriore conferma in un successivo studio randomizzato condotto da Katzman et al. (2010) su 225 pazienti con diagnosi di BN volto a valutare l'efficacia di un piano terapeutico combinato articolato in due step (primo: CBT vs approccio motivazionale; secondo: CBT di gruppo vs CBT individuale); l'intervento ha avuto una durata di 12 settimane ed un follow up a 1 e 2,5 anni dal termine del trattamento. I risultati non indicano differenze

significative negli outcome e nei tassi di aderenza al trattamento né rispetto al tipo di intervento (CBT e motivazionale) né fra i format individuali e gruppali. Infine, recentemente Jones & Clausen (2013) hanno portato ulteriori prove a sostegno dell'efficacia dei trattamenti di gruppo CBT, anche nel caso di forme brevi (8 sessioni); nello specifico lo studio, condotto in un centro ambulatoriale, ha riguardato 205 donne con diagnosi di BN che mostravano differenze significative fra il pre e il post trattamento sia rispetto ai comportamenti sintomatici che ai livelli di stress-correlato oltre ad un aumento del BMI.

Risultati discordanti invece riguardano le valutazioni al follow-up: alcune ricerche indicano un annullamento delle differenze fra i tassi di remissione nei trattamenti individuali e di gruppo al follow up di 1 anno mentre altri studi riportano il permanere di un effect size più ampio a favore dei setting individuali (Chen et al., 2003; Nevonen & Broberg, 2006).

Per quanto attiene i DCA NAS, alcuni studi (Brownley et al., 2007; Hay et al., 2004) suggeriscono che la CBT, nella forma individuale e di gruppo, è più efficace sia della condizione di non trattamento che di altre forme di intervento psicologico (terapia interpersonale, gruppi di auto-aiuto) nel ridurre i comportamenti di abbuffata ma non nel determinare variazioni di peso o favorire il mantenimento nel lungo periodo dei risultati terapeutici. Recenti review e studi meta-analitici (Hay, 2009, 2013; Vocks et al., 2010), confermando i risultati precedenti, riportano evidenze secondo cui la CBT è maggiormente efficace della sola farmacoterapia, di altre forme terapeutiche (es. terapia interpersonale) o delle condizioni di non trattamento nella cura dei DCA NAS, soprattutto quelli con sintomatologia bulimica, riducendone la frequenza dei comportamenti di abbuffata.

Nel corso dell'ultimo decennio si è registrato un proliferare di studi volti a valutare l'efficacia della CBT-G anche nella cura dei DCA NAS, soprattutto BED o più genericamente con sintomatologia bulimica. Studi longitudinali che hanno posto a confronto l'efficacia del format di gruppo con quello individuale (Nevonen & Broberg, 2005; Ricca et al., 2012) sembrano suggerire analoga efficacia dei due interventi al termine della terapia rispetto al miglioramento della sintomatologia primaria (abbuffate e riduzione del peso) e di altri outcome

secondari (indici psicopatologici), con una maggiore incisività del format grupale nel mantenere i miglioramenti al follow up rispetto alle condizioni di trattamento individuale (Nevonen & Broberg, 2005). Inoltre, la CBT-G, anche nella forma breve (8 sessioni), sembra aver mostrato migliori risultati rispetto alle condizioni di non trattamento (Schulp et al., 2009; Tasca et al., 2006a) e alla riduzione della sintomatologia primaria (frequenza di episodi di alimentazione incontrollata), mentre non si è riscontrata alcuna superiorità nella determinazione di outcome positivi al confronto con le terapie di gruppo psicodinamicamente orientate (Tasca et al., 2006a). Infine, risultati contrastanti si hanno circa l'efficacia dei gruppi di auto-aiuto ad orientamento cognitivo-comportamentale (Hay, 2009, 2013; Sysko & Walsh, 2008; Vocks et al., 2010), non mostrando risultati univoci rispetto alla riduzione sintomatica.

Al contrario di quanto riscontrato con la forma classica di CBT, vi sono recenti indicazioni di efficacia transdiagnostica per quanto riguarda una forma modificata, definita *Enhanced Cognitive Behavior Therapy (E-CBT)*<sup>3</sup>, sia nella forma individuale che di gruppo (Fairburn et al., 2008). Fairburn et al. (2009) nel loro studio condotto su una popolazione ambulatoriale hanno confrontato la CBT con la E-CBT, riscontrando differenze nella risposta al trattamento solo in relazione ai livelli di compromissione del paziente: i soggetti il cui quadro clinico mostrava maggiore severità ottenevano risultati migliori attraverso la E-CBT piuttosto che la CBT, maggiormente focalizzata su un livello esclusivamente sintomatico. Studi clinici successivi (Byrne et al., 2011; Lampard et al., 2011; Watson et al., 2012) sembrano confermare tali risultati preliminari, indicando che la E-CBT è efficace nel trattamento di soggetti adulti con DCA non solo rispetto alla remissione sintomatica (es., incremento del peso nei casi di AN o sospensione

---

<sup>3</sup> Come indicato dalle linee guida fornite dagli Autori, questo approccio rappresenta una forma modificata e focalizzata del più generale trattamento cognitivo-comportamentale, articolandosi in tappe successive: partendo da un lavoro di definizione della motivazione e costruzione dell'aggancio terapeutico al trattamento (stage 1), si focalizza successivamente sulla definizione degli ostacoli al cambiamento nonché sulla loro risoluzione (stage 2) oltre che sulla modifica di specifiche credenze (es. l'ipervalutazione del peso e della forma del corpo) o altri meccanismi e caratteristiche psicologiche che concorrono al mantenimento del disturbo (es. perfezionismo, bassa auto-stima, difficoltà interpersonali e stati emotivi disturbanti) (stage 3). Infine, il trattamento si conclude con interventi volti al consolidamento dei risultati ottenuti e alla prevenzione delle ricadute.

dei comportamenti di abbuffata nei quadri BN) ma anche su alcuni outcome secondari (es. qualità della vita, sintomi depressivi e livelli di autostima). Recentemente, Fairburn et al. (2013) hanno valutato l'efficacia di tale trattamento anche nella gestione di quadri clinici caratterizzati da grave sottopeso, riscontrando evidenze soddisfacenti: la E-CBT non solo agisce significativamente sul cambiamento degli indicatori primari di outcome (incremento ponderale) ma presenta anche un buon tasso di mantenimento dei risultati terapeutici al follow up.

#### II.4.3 LA TERAPIA INTERPERSONALE

La Psicoterapia Interpersonale (*Interpersonal Psychotherapy* – IPT) è una forma di intervento breve (15-20 sessioni per un massimo di 4-5 mesi) e a tempo determinato focalizzata sull'implementazione delle capacità interpersonali e solo indirettamente sugli aspetti sintomatologici, riconnettendoli alla presenza di specifiche aree relazionali problematiche che si presumono essere alla base del mantenimento stesso del sintomo. Lo stile di conduzione è non direttivo e non interpretativo e l'intero trattamento prevede l'articolazione in fasi: partendo da un iniziale lavoro di identificazione e definizione delle aree problematiche target (fase iniziale), si procede verso una progressiva trasformazione e modifica delle stesse (fase intermedia), dedicando la parte conclusiva del trattamento al consolidamento dei cambiamenti ottenuti (fase finale) (Garner et al., 2010; Grilo & Mitchel, 2010).

Originariamente applicata come trattamento elettivo per le sindromi depressive (Klerman et al., 1984), sul finire degli anni '80 l'IPT è stata modificata al fine di adattarla al trattamento dei DCA, in particolare le sindromi bulimiche (Fairburn et al., 1991; 1993) e successivamente ai quadri NAS (in particolare BED), soprattutto nel format di gruppo (Wilfley et al., 1993). Attualmente, l'IPT è considerata uno dei trattamenti elettivi nella cura di tali quadri psicopatologici, alla stessa stregua degli interventi psicoterapici ad orientamento cognitivo-comportamentale, mostrando risultati equivalenti (Iacovino et al., 2012; Murphy et al., 2012; NICE, 2004; Van den Eynde & Schmidt, 2008; Wilson et al., 2007);

inoltre, in letteratura vi è traccia di qualche evidenza anche a favore del trattamento della patologie anoressiche (Murphy et al., 2012).

Rispetto al trattamento dei quadri BN, i primi studi sull'efficacia dell'IPT sono stati condotti da Fairburn et al. (1993; 1995) nella prima metà degli anni '90; gli Autori hanno realizzato un randomized controlled trial per confrontare l'efficacia di tre differenti psicoterapie (CBT, IPT, terapia comportamentale BT) su un campione di 75 pazienti affetti da BN reclutati all'interno di un centro clinico specializzato. I risultati indicano che, fra i tre trattamenti, la CBT e l'IPT sono stati più efficaci rispetto alla BT, quest'ultima esclusivamente focalizzata sulla dimensione sintomatica, nel determinare un cambiamento negli indicatori primari e secondari di outcome (es. inquadramento diagnostico, frequenza di comportamenti di abbuffata, autostima, adattamento sociale); inoltre, nel corso del trattamento (18 settimane) i pazienti trattati con la CBT hanno mostrato miglioramenti più rapidi rispetto a quelli assegnati alla IPT mentre apparivano assolutamente equivalenti rispetto al mantenimento dei risultati nel corso del tempo, come indicato dalle valutazioni a 1 e 6 anni di follow up.

Questi risultati sono stati confermati da un successivo studio americano (Agras et al., 2000) che, coinvolgendo 220 pazienti con diagnosi esclusiva di BN, è giunto a evidenze assolutamente sovrapponibili: la CBT mostra maggiore efficacia nel trattamento sintomatico nel breve periodo ma i risultati appaiono sovrapponibili con quelli ottenuti attraverso la IPT nel medio-lungo periodo (follow up a 8-12 mesi).

Infine, un più recente studio ha valutato l'efficacia di una forma modificata di IPT (*IPT modified*, IPTm)<sup>4</sup> nel trattamento dei quadri diagnostici caratterizzati da sintomatologia bulimica, includendo oltre i disturbi BN anche i quadri NAS (Arcelus et al., 2009); il trattamento sembra mantenere il focus relazionale della forma classica della IPT, coniugandolo a principi e tecniche di matrice cognitivo-comportamentale. Lo studio, condotto su 59 pazienti reclutati nell'arco di 2 anni all'interno di un servizio specialistico per l'assessment e il trattamento di soggetti adulti con DCA, ha riscontrato che nel corso di un trattamento della durata di 16

---

<sup>4</sup> Questo format terapeutico, rispetto a quello tradizionale, si caratterizza per la presenza di una maggiore centratura su interventi psicoeducativi nelle fasi precoci del trattamento nonché per il ricorso a strumenti (es. il diario alimentare) e tecniche comportamentali e direttive.

settimane, già alle valutazioni intermedie i pazienti mostravano cambiamenti significativi non solo negli outcome primari ma anche nei livelli di funzionamento interpersonale e di sintomatologia depressiva.

Rispetto ai quadri NAS, tutti gli studi presenti in letteratura hanno valutato l'efficacia della IPT-group nel trattamento del BED.

I due maggiori studi (Wilfley et al., 1993; 2002), confermati da ulteriori e più recenti ricerche (Hilbert et al., 2012), hanno previsto la realizzazione di randomized controlled trials con l'obiettivo di confrontare, l'efficacia di una terapia di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale con una ad orientamento interpersonale (entrambe di 16 sessioni), adottando come condizione di controllo la lista d'attesa, nel trattamento di 56 donne assegnate random a una delle condizioni sperimentali. In entrambi gli studi, i gruppi terapeutici hanno mostrato analoga efficacia nel trattamento dei pazienti al termine del trattamento, riducendo significativamente la frequenza dei comportamenti di abbuffata, e sovrapponibili tassi di mantenimento dei risultati a 6 e 12 mesi di follow up. Gli Autori concludono che, a differenza di quanto riscontrato per il trattamento dei quadri con BN, non si riscontrano differenze di efficacia al trattamento fra la IPT e la CBT.

Un recente trial clinico (Wilson et al., 2010) ha ulteriormente ampliato le precedenti indagini, confrontando gli outcome primari (frequenza dei comportamenti binge) e secondari (autostima) di 205 soggetti con diagnosi BED assegnati casualmente a uno di tre differenti trattamenti di gruppo (tutti della durata di 6 mesi): IPT, *Guided cognitive-behavioural self-help* (CBTgsh) e *Behavioural weight loss treatment* (BWL). Al termine del trattamento e al follow up a 2 anni la IPT e il CBTgsh hanno mostrato maggiori tassi di remissione dei comportamenti di abbuffata rispetto al programma di riduzione del peso. Inoltre, lo studio di mediazione condotto ha evidenziato che i pazienti con più bassi livelli di autostima e maggiore frequenza di comportamenti alimentari patologici ottenevano risultati migliori attraverso la IPT piuttosto che con il trattamento cognitivo-comportamentale. Questo risultato appare in linea con quanto emerso nello studio di Hilbert et al. (2007) sui predittori degli outcome di pazienti BED trattati con forme gruppali di IPT e CBT, secondo cui maggiori livelli di severità

nella patologia alimentare sono associati predittivamente a peggiori esiti nel caso del trattamento CBT.

Infine, rispetto al trattamento dei quadri AN, in letteratura sembra esservi attualmente un solo randomized controlled clinical trial, che ha confrontato l'efficacia di una CBT, una IPT fra loro e rispetto alla condizione di controllo (*specialist supportive clinical management, SSCM*) nel trattamento delle patologie anoressiche (McIntosh et al., 2005). Lo studio ha coinvolto un totale di 56 donne con diagnosi di AN selezionate all'interno di un centro clinico specializzato e assegnate random alle 3 condizioni sperimentali. Al termine del trattamento, il SSCM e, secondariamente, il trattamento CBT hanno mostrato una maggior rapidità nel determinare un cambiamento negli outcome, soprattutto primari (misura di valutazione globale del disturbo anoressico) rispetto alla IPT. Uno studio successivo (Carter et al., 2011), condotto sul medesimo campione, ha confrontato l'efficacia dei 3 trattamenti nel lungo periodo, attraverso le valutazioni effettuate al follow up (6.7 anni;  $ds \pm 1.2$ ), senza riscontrare alcuna differenza significativa. Questo dato è in linea con quanto emerso negli studi sull'efficacia nel trattamento delle patologie con sintomatologia bulimica, secondo cui l'IPT porterebbe ad un cambiamento più lento rispetto agli outcome nel breve termine, con efficacia equiparabile al trattamento cognitivo-comportamentale nel più lungo periodo.

#### II.4.4 LE PSICOTERAPIE AD ORIENTAMENTO PSICODINAMICO SUPPORTIVO-ESPRESSIVE

Con la dicitura “psicoterapie psicodinamiche” si fa riferimento ad una vasta gamma di trattamenti psicoterapeutici basati su concetti e metodi di matrice psicoanalitica collocabili lungo un ipotetico continuum che, in linea con le evidenze prodotte dal progetto di ricerca sulle psicoterapie promosso dalla *Menninger Foundation* (Gill, 1951; Luborsky, 1984), si muove da un polo più supportivo ad uno più interpretativo/espressivo. Seppur con tecniche e metodi in parte differenti, l'essenza delle psicoterapie psicodinamiche è quella di promuovere un lavoro esplorativo di quegli aspetti del Sé non interamente accessibili o conosciuti; inoltre, gli obiettivi terapeutici di tali approcci includono

ma vanno oltre la sola remissione sintomatica, concependo la salute psicologica come presenza di risorse e buone capacità interne, oltre che assenza di disagio e malessere.

La natura e la lunghezza di tali interventi rendono tali approcci meno facilmente manualizzabili, meno controllabili e conseguentemente meno paragonabili rispetto ad altri trattamenti. Nonostante tali criticità metodologiche, vi sono diverse prove della loro efficacia, sia rispetto alle forme a breve che a lungo termine<sup>5</sup> (de Maat et al., 2009; Fonagy et al., 2005; Leichsenring et al. 2004; Leichsenring, 2005; Leichsenring et al., 2006; Leichsenring & Leibing, 2007; Leichsenring & Rabung, 2008, 2011; Lewis et al., 2008; Shelder, 2010; Stiles et al., 2008), anche nel trattamento dei DCA.

In questa sede oltre a differenziare la rassegna della letteratura in base alla lunghezza degli interventi, un approfondimento è dedicato alle evidenze relative all'efficacia dei trattamenti di gruppo psicodinamicamente orientati.

#### II.4.4.1 *TERAPIE PSICODINAMICHE A BREVE TERMINE*

Le ricerche sui trattamenti a breve termine pur essendo esigue e poco recenti, rintracciano alcune indicazioni circa la loro efficacia (Fonagy et al., 2005; Leichsenring et al., 2004, 2006; Leichsenring & Leibing, 2007; Lewis et al., 2008).

Fra i primi studi nella cura dei quadri bulimici ricordiamo 3 trial clinici randomizzati (Fairburn et al., 1986; Garner et al., 1993; Walsh et al., 1997) che attraverso il confronto delle terapie ambulatoriali a breve termine (18 sessioni) ad orientamento psicodinamico e cognitivo-comportamentale, giungono a conclusioni tendenzialmente analoghe. Al termine dei trattamenti, i risultati sono sovrapponibili rispetto al cambiamento degli outcome primari (frequenza degli episodi bulimici, dei comportamenti purgativi e di vomito auto-indotto) mentre si riscontrano alcune differenze in relazione agli outcome secondari (sintomi depressivi, bassa autostima, livelli di stress, funzionamento psicologico,

---

<sup>5</sup> Per quanto non vi siano criteri di inclusione condivisi, tendenzialmente si considerano a breve termine quei trattamenti che hanno una durata pari o inferiore a 25 sedute; di contro, gli interventi superiori a 25 sedute rientrano fra i trattamenti a lungo termine, della durata appunto a volte superiore ai due anni (Leichsenring & Rabung, 2011; Shleder, 2010).

adattamento e funzionamento sociale), rispetto ai quali i pazienti trattati con la CBT mostrano maggiori cambiamenti sia al termine del trattamento che al follow-up a 6 e 8 mesi.

La presenza di tali risultati ha alimentato a lungo l'idea che il trattamento elettivo per i quadri bulimici e/o NAS con sintomatologia bulimica fosse quello di natura esclusivamente cognitivo-comportamentale. Un più recente studio (Murphy et al., 2005), però, ha fornito evidenze parzialmente divergenti, verificando l'efficacia delle forme integrate di trattamento in cui si affiancano le strategie comportamentali a principi interpretativi ed operativi di matrice psicodinamica. Attraverso un disegno di ricerca naturalistico-osservazionale, gli Autori hanno riscontrato che pazienti BN e NAS con sintomatologia bulimica sottoposti a trattamento integrato mostrano, al termine del programma, una riduzione clinicamente e statisticamente significativa della sintomatologia alimentare specifica (frequenza dei comportamenti di abbuffata e purgativi).

Tale dato preliminare trova conferma nelle ultime linee guida dell'APA (2006) che, seppur con le necessarie cautele relative alla necessità di ulteriori approfondimenti, forniscono indicazioni in favore dell'uso congiunto di interventi psicodinamici e cognitivo-comportamentali anche a breve termine, il quale potrebbe garantire il raggiungimento di migliori outcome generali (es. comorbidità, qualità della vita) nel trattamento dei quadri bulimici o con sintomatologia bulimica.

Gli studi sui trattamenti delle patologie anoressiche sono ancora meno numerosi e, analogamente a quanto riscontrato in precedenza, i primi risalgono agli anni '80-'90. In quegli anni, (Cowers et al., 1994; Hall & Crisp, 1987) diversi studi longitudinali sono stati effettuati con l'obiettivo di confrontare le terapie ambulatoriali a breve termine (12 sessioni) ad orientamento psicodinamico e familiare, giungendo a conclusioni tendenzialmente analoghe.

Al termine del trattamento, infatti, entrambe le condizioni sperimentali apparivano più efficaci di quella di controllo (caratterizzato da interventi di counseling nutrizionale o semplici procedure di assessment iniziali) mentre il confronto fra i due interventi psicologici evidenzia risultati sovrapponibili sia al post trattamento che al follow-up (1 o 2 anni), con miglioramenti significativi anche rispetto agli

indicatori secondari di outcome (adattamento sociale, funzionamento psicologico e difficoltà relative alla sessualità).

Solo recentemente Schmidt et al. (2012) hanno realizzato un trial clinico randomizzato allo scopo di confrontare l'efficacia di un trattamento a breve termine psicodinamico con un nuovo modello psicoterapico, il MANTRA (*Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults*<sup>6</sup>), in cui vengono coniugati elementi di matrice cognitivo comportamentale con altri più puramente cognitivi, ambedue della durata di 12 sessioni. Entrambi i gruppi hanno mostrato analoghi miglioramenti nella sintomatologia alimentare primaria (BMI, incremento del peso) e negli outcome secondari (sintomi ansioso-depressivi, livelli di funzionamento psicologico, indicatori neuropsicologici). Inoltre, i pazienti assegnati al trattamento psicodinamico mostrano tassi di ricovero e/o di trattamenti in regime semi-residenziale più bassi rispetto all'altro gruppo sperimentale.

#### II.4.4.2 TERAPIE PSICODINAMICHE A LUNGO TERMINE

Secondo una recente review (Leichsenring & Rabung, 2011), gli interventi a breve termine sono più indicati per il trattamento di condizioni sintomatiche acute, mentre per la gestione di condizioni croniche o complesse è più indicato il trattamento a lungo termine; quest'ultimo non solo consentirebbe il raggiungimento di outcome positivi, ma favorirebbe il mantenimento dei risultati nel corso del tempo oltre ad una loro implementazione anche dopo la conclusione della terapia (Shelder, 2010). Nonostante tali indicazioni, l'assenza di criteri di categorizzazione condivisi in merito alla distinzione fra terapie a breve e a lungo termine, rende la rassegna della letteratura per quest'ultima categoria ancora più complessa di quella precedente, con reviews (Fairburn, 2005; Leichsenring & Leibing, 2007; Leichsenring & Rabung, 2008, 2011) che presentano scarse

---

<sup>6</sup> Il MANTRA è un protocollo di intervento messo a punto dalla *Menninger Foundation* per il trattamento di soggetti adulti con diagnosi di AN che, coniugando elementi cognitivo-comportamentali con quelli della terapia cognitivo-riparativa, prevede la presenza di una serie di compiti e obiettivi attraverso cui incoraggiare una valutazione dei pro e contro del proprio stile cognitivo, sostenendo i pazienti nella comprensione di ciò che li tiene ancorati al sintomo e nell'apprendimento graduale di strategie di *coping* alternative e più adattive.

evidenze in merito ai trattamenti individuali a lungo termine psicodinamicamente orientati per la cura dei DCA.

Infatti, rispetto al trattamento dei quadri anoressici, nel corso degli ultimi 20 anni è possibile rintracciare solo tre trials clinici controllati. Fra questi, i primi due (Crisp et al., 1991; Dare et al., 2001) si sono occupati di confrontare l'efficacia di vari trattamenti psicologici (psicoterapia psicodinamica individuale, terapia cognitiva, terapia familiare), giungendo a risultati analoghi. In entrambi gli studi, al termine del trattamento (durata: 1 anno) è stata riscontrata una maggiore efficacia delle condizioni di trattamento rispetto al gruppo di controllo, senza però rilevare differenze significative nell'efficacia di specifici trattamenti. Tutti i pazienti, indipendentemente dal gruppo di riferimento, mostravano analoghi tassi di incremento ponderale e di ripresa del ciclo mestruale nonché miglioramenti nei livelli di adattamento psicosessuale e socioeconomico.

Nell'ultimo studio (Zipfel et al., 2013) vengono riportati i dati ottenuti dall'*Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients (ANTOP) study*, un trial multicentrico randomizzato e controllato volto a valutare l'efficacia di due trattamenti ambulatoriali manualizzati individuali per la cura dei disturbi AN, la *focal psychodynamic therapy* e la *enhanced CBT*, condotto con 242 pazienti reclutati in 10 ospedali. I risultati indicano una analoga efficacia fra le due terapie al termine dei 10 mesi di trattamento, portando ad un incremento ponderale significativo e una riduzione della psicopatologia specifica correlata; tali miglioramenti permangono anche durante i 12 mesi di follow up sebbene si registrano più elevati tassi di remissione negli indicatori globali di outcome (EDI-2; SCID-I) nel gruppo di pazienti assegnati al trattamento psicodinamico.

Rispetto al trattamento dei quadri con BN, non sono stati riscontrati studi specifici; gli unici dati provengono da due ricerche che hanno valutato l'efficacia dei trattamenti psicodinamici a lungo termine a livello transdiagnostico.

Un primo studio (Russell et al., 1987) ha previsto la realizzazione di un trial clinico controllato volto al confronto fra trattamenti ambulatoriali familiari ed di tipo supportivo individuale per pazienti AN e BN reclutati all'interno di un centro specializzato per la cura dei DCA. I risultati hanno mostrato delle differenze fra i due trattamenti: la terapia familiare aveva maggiore efficacia sugli outcome

primari (ripristino del peso-forma, comparsa e regolarizzazione del ciclo mestruale, modifiche al regime alimentare) e secondari (adattamento psicosessuale e socioeconomico) solo per quei pazienti con storie cliniche brevi e di giovane età (età inferiore a 19 anni). Al contrario, nel caso di pazienti adulti o giovani/adulti con maggiori tassi di cronicizzazione si ottenevano maggiori cambiamenti agli outcome primari e secondari nel gruppo di soggetti assegnati alla terapia supportiva.

In uno studio successivo (Bachar et al., 1999), condotto con pazienti AN e BN reclutati in un centro specializzato nel trattamento dei DCA, l'efficacia di un trattamento psicodinamico è stata messa a confronto con quella di una terapia cognitivo-comportamentale. Al termine del trattamento, i pazienti assegnati all'intervento psicodinamicamente orientato presentano migliori risultati in relazione agli outcome primari e secondari (livelli di coesione del Sé) rispetto a quelli assegnati al trattamento ad orientamento cognitivo o al gruppo di controllo (counseling nutrizionale).

## **II.5 La psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico**

Nel corso degli ultimi anni, la pratica clinica mostra una crescente diffusione dell'uso del gruppo come strumento di cura, anche alla luce del vantaggioso rapporto costi-benefici, consentendo di trattare più pazienti contemporaneamente. Da un punto di vista clinico, il principio terapeutico dell'approccio gruppale è il gruppo stesso che, mediante l'interazione e l'interdipendenza fra i membri, fornisce ai partecipanti un setting protetto e supportivo entro cui osservarsi e mettersi alla prova, esponendosi al confronto con gli altri membri del gruppo che, attraverso feedback e meccanismi di rispecchiamento, promuove il cambiamento e fornisce un supporto psicologico attivo e non giudicante (Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2007; Yalom, 1995).

Inoltre, anche in relazione agli elevati tassi di drop out che caratterizzano frequentemente le popolazioni cliniche, all'interno dei contesti di cura "reali" sono sempre più diffusi i format di gruppo semi-aperti (o rolling group), ovvero quei gruppi terapeutici che prevedono la possibilità di inserire nuovi membri in

fasi successive a quella dell'avvio del gruppo stesso. Questa strategia consente di sostituire quei pazienti che vanno incontro ad abbandoni precoci del trattamento o che hanno terminato il loro percorso di cura, consentendo così al dispositivo terapeutico di continuare ad esistere nel tempo senza dover affrontare gli onerosi e lunghi processi di fondazione e avvio del gruppo (Morgan-Lopez & False-Stewart, 2007).

#### II.5.1 Le ricerche sull'effectiveness

Se da un lato vi sono prove inequivocabili dell'efficacia o, più specificamente, dell'efficacia clinica o efficienza (effectiveness)<sup>7</sup> delle psicoterapie di gruppo (ad esempio rispetto alle forme di non trattamento) (Burlingame et al., 2003; Burlingame et al., 2004), sono ancora molteplici le problematiche metodologiche che ostacolano la generalizzabilità dei risultati, limitandone la validità ecologica; questo contribuisce ad alimentare ulteriormente il gap fra riscontri empirici e pratica clinica, in cui invece l'utilizzo del gruppo risulta sempre più diffuso per il trattamento di molte patologie, tra cui appunto i DCA (Burlingame et al., 2004).

Rispetto alla cura dei DCA, i vantaggi e l'elevata spendibilità del gruppo terapeutico nella pratica clinica "reale" trovano conferma e ufficializzazione nelle ultime linee guida dell'APA (2006) e del NICE (2004) che lo indicano come uno dei trattamenti elettivi per la cura delle patologie alimentari: sono robuste infatti le evidenze empiriche sull'efficacia dei gruppi cognitivo-comportamentali (*group-cognitive behavior therapy*, CBT-G) ed interpersonali (*interpersonal group psychotherapy*, IGP) rispetto alla remissione sintomatica a livello transdiagnostico (Burlingame et al., 2004; Tasca et al., 2006, 2007). Di contro, analogamente a quanto accade in altri campi, sono ancora pochi gli studi empirici che hanno valutato l'effectiveness delle terapie di gruppo psicodinamicamente orientate.

---

<sup>7</sup> Gli studi di efficacia (*efficacy*) si avvalgono di condizioni sperimentali altamente controllate, come ad esempio il setting laboratoriale, la presenza del gruppo di controllo, la selezione randomizzata dei pazienti ed una manualizzazione e standardizzazione degli interventi e del trattamento; per l'elevato rigore metodologico e controllo delle variabili, sono studi che generalmente presentano elevati livelli di validità interna. Gli studi di efficacia clinica o, letteralmente, di efficienza (*effectiveness*) si avvalgono di contesti sperimentali molto meno controllati (setting "reali", assenza di gruppo di controllo, selezione dei partecipanti non casuale), mirando ad una valutazione dell'efficacia degli interventi nei contesti reali in cui questi generalmente avvengono; pur non potendo giungere a conclusioni inequivocabili di cause-effetto, posseggono una elevata validità esterna, essendo cioè molto più aderenti alle caratteristiche dei contesti reali e pertanto generalizzabili.

Inoltre, l'orizzonte delle evidenze si restringe e si complessifica ulteriormente se, fra questi trattamenti, focalizziamo l'attenzione sui setting terapeutici a medio-lungo termine, in cui la varietà di format (chiusi, semi-aperti, a termine, a tempo indeterminato), la lunghezza e la presenza di variabili difficilmente operazionalizzabili e controllabili moltiplicano le sfide metodologiche e rendono ancora più complesso il lavoro di mediazione fra la necessità di un rigore empirico, spesso orientato al riduzionismo, e quella di rendere conto della complessità della situazione clinica stessa (Dazzi et al., 2006).

Nello specifico, allo stato attuale si sono riscontrati solo tre studi, i primi dei quali risalenti a circa un decennio fa.

Valbak (2001) e Ciano et al. (2002), pur riferendosi a popolazioni cliniche e trattamenti in parte differenti, portano prove a supporto dell'efficacia della terapia di gruppo psicodinamica nel trattamento dei disturbi bulimici e BED, non solo rispetto ad una remissione sintomatica ma anche rispetto al miglioramento in altre dimensioni psicologiche (tratti di personalità, sessualità, difficoltà relazionali, comportamenti auto-distruttivi). Successivamente altri studi hanno confermato tali risultati, riscontrando inoltre un buon tasso di miglioramento nel tempo dei cambiamenti ottenuti, come confermano le rilevazioni al follow-up (Giannone et al., 2005).

Un più recente studio longitudinale (Prestano et al., 2008), volto a valutare l'efficacia di una psicoterapia di gruppo ad orientamento gruppoanalitico a medio-lungo termine (24 mesi) per pazienti AN e BN riscontra un miglioramento significativo e continuo nei livelli di funzionamento psicologico indipendentemente dal sottogruppo diagnostico, mentre evidenzia delle differenze nel cambiamento degli indicatori primari di outcome. Nello specifico, le pazienti con AN mostrano un decremento longitudinale abbastanza regolare dell'intensità sintomatica, mentre le pazienti con BN non solo presentano un andamento più irregolare oscillando fra remissioni e deterioramenti, ma, al termine del trattamento, non mostrano cambiamenti statisticamente significativi.

## II.5.2 Le ricerche di processo e process-outcome

Un altro limite delle ricerche in questo ambito è relativo al fatto che spesso gli studi si focalizzano esclusivamente sulla valutazione sintomatica, rinunciando a procedure di assessment più ampie e ripetute nel tempo, rilevando la presenza di un cambiamento pre-post trattamento ma non analizzando longitudinalmente l'andamento né l'interazione con quei fattori di processo (alleanza terapeutica, coesione e clima di gruppo) che la letteratura considera rilevanti nella determinazione degli esiti (Gullo et al., 2010; Johnson et al., 2005; Lo Coco et al., 2008; Tasca & Lampard, 2012).

Rispetto all'alleanza terapeutica all'interno dei gruppi psicodinamici, una ricerca longitudinale di tipo process-outcome condotta sia con pazienti con AN che con BN (Prestano et al., 2008) suggerisce la presenza di pattern differenti fra sottogruppi diagnostici; in particolare, le pazienti AN tenderebbero ad avere punteggi medi longitudinali di alleanza più elevati rispetto alle pazienti con diagnosi di BN.

Ulteriori approfondimenti sulla qualità e il ruolo dell'alleanza provengono da una recente ricerca (Tasca et al., 2010) condotta su pazienti con diagnosi di DCA (AN, BN, NAS) che ha analizzato l'influenza del livello gruppale di alleanza sulla percezione del singolo all'interno di un gruppo semi-aperto. I risultati indicano che il tempo di ritenzione in trattamento ha una influenza sui livelli di alleanza del singolo, per cui più tempo il soggetto trascorre in terapia più aumentano i livelli di alleanza verso il gruppo. Inoltre, si riscontra anche un'influenza positiva fra i livelli di alleanza del gruppo all'interno di una specifica seduta e quelli percepiti da singolo, per cui al crescere dei primi aumentano i secondi e questa relazione è indipendente dall'influenza del tempo di ritenzione in trattamento.

Anche per quanto riguarda l'analisi delle relazioni fra alleanza e outcome, gli studi non sono numerosi e i pochi presenti sembrano suggerire l'esistenza di influenze reciproche significative, per cui a più elevati livelli di alleanza corrispondono migliori andamenti sintomatici e viceversa. Nello specifico, il già citato studio di Prestano et al. (2008) riscontra una relazione inversa fra alleanza e livelli di compromissione psicologica, per cui pazienti con più elevati livelli di difficoltà nel funzionamento psicologico all'avvio del trattamento presentano una

peggiore alleanza precoce rispetto a quei pazienti che a livello psicologico mostravano minori compromissioni. Mentre, più recentemente, Tasca & Lampard (2012), in uno studio longitudinale condotto su diversi gruppi terapeutici rilevano relazioni di causalità inverse negli andamenti di alleanza ed outcome, per cui al crescere dei primi diminuiscono i secondi e viceversa.

Analoghi studi sono stati condotti per valutare l'andamento della variabile clima del gruppo (coinvolgente, evitante, conflittuale) nel corso di trattamenti di gruppo e le sue relazioni con gli outcome.

Tasca et al. (2006) hanno effettuato un confronto fra lo sviluppo del clima di gruppo nel corso di trattamenti ad orientamento psicodinamico e cognitivo-comportamentale per pazienti con DCA NAS (nello specifico, BED). L'analisi dei dati indica che nel CBT-G si riscontrano livelli di conflittualità significativamente più bassi rispetto al gruppo ad orientamento psicodinamico, inoltre la conflittualità tende a decrescere nel corso di entrambi i trattamenti; diversamente, entrambe le terapie mostravano un *trend* crescente dei livelli di coinvolgimento, seppur con andamenti meno lineari nel *setting* ad orientamento psicodinamico.

Andamenti longitudinali tendenzialmente analoghi si riscontrano in due recenti studi. Nel già citato studio di Prestano et al. (2008) le pazienti mostrano bassi livelli di conflittualità al momento dell'avvio del trattamento che decrescono ulteriormente nel corso della terapia, a fronte di elevati livelli di coinvolgimento verso il gruppo che, pur intensificandosi nel corso della terapia, presentano un andamento longitudinale irregolare, con un pattern che gli Autori definiscono di tipo high-low-high.

Iling et al. (2011) hanno condotto uno studio su donne che frequentavano un gruppo terapeutico semi-aperto all'interno di un programma specializzato per il trattamento dei DCA in regime di day-hospital. In questa ricerca, l'analisi longitudinale del clima indica che il livello di coinvolgimento del singolo individuo tende ad aumentare significativamente mentre decresce il clima evitante e il clima conflittuale non presenta alcun punteggio medio di crescita lineare significativo. Inoltre, analogamente a quanto riscontrato per l'alleanza, si riscontra un'influenza positiva fra il clima (coinvolgente, conflittuale, evitante) del gruppo all'interno di una specifica seduta e quello percepito dal singolo, per cui al

crescere dei primi aumentano i secondi. Questo studio è anche l'unico ad essersi occupato delle relazioni fra clima e outcome, evidenziando una relazione negativa fra clima coinvolgente e sintomi alimentari (valutati con l'EDI-2), per cui all'aumentare del primo decrescono i secondi.

Rispetto alle ricerche sul ruolo della coesione, gli studi sono ancora meno numerosi di quanto riscontrato per le precedenti variabili di processo. Nello specifico è stato trovato un solo studio recente (Dinger & Schauenburg, 2010) che valuta l'influenza della coesione in pazienti con diagnosi miste (fra cui anche DCA) inseriti in trattamenti di gruppo psicodinamicamente orientati. L'analisi dei dati indica che alti livelli di coesione alle singole sedute, così come l'aumento della coesione nel corso del trattamento, rappresentano dei predittori del miglioramento sintomatico.

---

#### **Efficacia delle psicoterapie nel trattamento dei DCA: *main highlights***

---

- vi sono evidenze di comprovata efficacia per il *Family-Based Treatment* in soggetti adolescenti con diagnosi di AN e risultati promettenti emergono anche per il trattamento dei disturbi BN e NAS.
  - la CBT, sia nel format individuale che di gruppo, mostra numerose e robuste evidenze di efficacia nel trattamento dei quadri BN o NAS; risultati più lacunosi si riscontrano nel trattamento dei disturbi AN. Vi sono inoltre indicazioni promettenti di efficaci transdiagnostica per la *Enhanced-CBT*, sia nel format individuale che di gruppo, pur necessitando di ulteriori approfondimenti;
  - la forma individuale della IPT mostra livelli di efficacia a lungo termine paragonabili al CBT nel trattamento dei disturbi BN; la forma di trattamento più diffusa per i disturbi NAS (nello specifico, BED) è la *group-IPT*, mostrando risultati equiparabili alla *group-CBT* sia nel breve che nel lungo periodo. Poche le evidenze per il trattamento dei disturbi AN;
  - gli studi di efficacia dei trattamenti psicodinamici individuali a breve e lungo termine sono pochi e datati; nonostante tale gap nelle evidenze e la necessità di ulteriori approfondimenti empirici, i dati disponibili sembrano indicarne una efficacia pari o superiore ad altri interventi psicologici sia rispetto al miglioramento della sintomatologia alimentare primaria che secondaria a livello transdiagnostico;
  - Analogamente, sebbene gli studi sull'efficacia dei trattamenti di gruppo psicodinamicamente orientati siano pochi per poter giungere a conclusioni robuste e generalizzabili, le evidenze sembrano suggerire l'efficacia transdiagnostica del dispositivo di cura rispetto agli outcome secondari connessi alla patologia; risultati contrastanti invece riguardano il cambiamento degli outcome primari.
  - Gli studi sulle variabili di processo (alleanza, coesione, clima) sembrano indicare la presenza di una influenza significativa sugli outcome della terapia, per cui a migliori livelli di alleanza e clima coinvolgente e più bassi livelli di conflittualità corrispondono migliori decorsi sintomatici. Inoltre viene ribadita la presenza di meccanismi di influenzamento importanti e continui del livello del gruppo rispetto all'esperienza individuale.
-

## CAPITOLO III

### VALUTAZIONE DI UN GRUPPO TERAPEUTICO SEMI- APERTO AD ORIENTAMENTO PSICODINAMICO PER IL TRATTAMENTO DEI DCA: uno studio process-outcome di tipo single-case

#### III.1 Introduzione

Il presente progetto di ricerca si iscrive nell'ambito del filone empirico degli studi process-outcome per la valutazione delle psicoterapie.

La ricerca in psicoterapia, sin dai suoi esordi, si è caratterizzata per un conflitto fra rigore metodologico e complessità della clinica (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2006). Il primo aspetto ha trovato applicazione all'interno dei cosiddetti *Randomized Clinical Trial* (RCT), appartenenti al filone dei trattamenti validati empiricamente (*Empirically Supported Treatment* – EST; Nathan & Gorman, 1998); il secondo aspetto invece trova massima espressione nei disegni single-case, tipici del filone di studi maggiormente orientati alla valutazione delle dimensioni più rilevanti della relazione clinica (*Empirically Supported (therapy) Relationship* – ESR; Norcross, 2002) e, nello specifico, per la process-outcome research (Orlinsky et al., 2004).

I disegni single-case, infatti, superando il gap fra “ricerca pura sugli esiti”, che non spiega cosa porta al cambiamento, e “ricerca pura sul processo”, spesso slegata dai risultati terapeutici, consentono di connettere come avviene il cambiamento (processo) con la presenza effettiva dello stesso (esito). Questo tipo di approccio inoltre ha favorito la realizzazione di programmi di ricerca per format terapeutici a lungo esclusi dall'alveo della valutazione rigorosa, quali le

terapie ad orientamento dinamico e a lungo termine, sia individuali che di gruppo (Lo Coco, Giannone, Lo Verso, 2006).

Come evidenziato dalla rassegna della letteratura presentata nel precedente capitolo, a fronte di più numerose e robuste evidenze empiriche circa l'efficacia di vari approcci terapeutici nel trattamento dei DCA (familiare, cognitivo-comportamentale, interpersonale), i trattamenti ad orientamento psicodinamico, pur trovando vasta applicazione all'interno dei contesti clinici "reali", appaiono poco studiati empiricamente anche a causa delle notevoli problematiche metodologiche ad essi connesse, soprattutto quando ci si occupa di setting di gruppo, a medio-lungo termine e semi-aperti (Di Blasi & Lo Verso, 2012).

### **III.2 Ipotesi e obiettivi**

L'ipotesi di partenza del presente progetto di ricerca è che la psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico, e nello specifico gruppoanalitico, sia in grado di promuovere un cambiamento nei soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare in quanto orientata non solo al superamento sintomatico, ma ad un più generale processo di elaborazione e maturazione delle strutture intrapsichiche del soggetto.

L'obiettivo generale è di valutare l'effectiveness di una psicoterapia di gruppo semi-aperto a tempo determinato e ad orientamento psicodinamico per pazienti con DCA (AN, BN, DCA NAS) ed esaminare l'effetto di specifiche variabili di processo e di setting sul cambiamento dei pazienti nel corso del tempo.

Di seguito esponiamo gli obiettivi specifici della presente ricerca, differenziandoli fra obiettivi di esito, di processo e process-outcome.

#### **OBIETTIVI SPECIFICI: ESITO**

1. formulare un assessment della sintomatologia primaria (indice di massa corporea, comportamenti alimentari abnormi) e secondaria (attitudini e comportamenti verso l'alimentazione, tratti psicologici specifici, autostima, funzionamento psicologico, stati emotivi) dei pazienti al momento dell'inserimento in gruppo;

2. valutare la presenza di specifiche associazioni fra gli indicatori di esito primari e secondari e le caratteristiche clinico-demografiche al momento dell'avvio del trattamento;
3. valutare la significatività dei cambiamenti sintomatologici case-by-case nel corso e al termine del trattamento;
4. valutare l'effetto del tempo di ritenzione in trattamento sugli esiti della terapia;
5. valutare se la variabilità della membership all'interno del gruppo nel corso del tempo ha un effetto sugli esiti della terapia;

**OBIETTIVI SPECIFICI: PROCESSO TERAPEUTICO**

6. valutare se i livelli di alleanza terapeutica, coesione (al gruppo e al terapeuta) e clima dei singoli pazienti sono influenzati dal tempo di permanenza in trattamento e dai livelli di alleanza, coesione e clima presenti a livello del gruppo;
7. valutare se la variabilità della membership all'interno del gruppo nel corso del tempo ha un effetto sull'andamento dei livelli di alleanza terapeutica, coesione (verso il gruppo e verso il terapeuta) e clima di gruppo dei singoli pazienti;

**OBIETTIVI SPECIFICI: PROCESS-OUTCOME**

8. valutare se il cambiamento nel tempo delle variabili di processo ha una influenza sugli indicatori di outcome primari e secondari.

### **III.3 Metodologia**

#### *III.3.1 Disegno di ricerca*

Il presente studio adotta un disegno di ricerca osservazionale-naturalistico di tipo single-case (Kazdin A.E., 2003) per la valutazione process-outcome di un trattamento psicoterapeutico di gruppo semi-aperto ad orientamento psicodinamico a medio-lungo termine per pazienti con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA).

### III.3.1.1 Una questione metodologica: l'analisi longitudinale delle variabili

All'interno dei servizi pubblici deputati alla cura, i rolling groups (o gruppi ad ammissione continua) appaiono essere formati sempre più diffusi (Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2007); questi possono essere *totalmente aperti*, prevedendo l'ingresso dei partecipanti nel tempo a seguito della conclusione o dell'abbandono del dispositivo di cura da parte degli altri membri, o *semi-aperti*, in cui gli inserimenti avvengono solo in specifiche fasi del gruppo.

Proprio per l'elevato tasso di turnover della membership che caratterizza tali dispositivi terapeutici, l'assenza di un tempo determinato, la variabilità delle rilevazioni fra i pazienti, oltre alla intrinseca interdipendenza fra i membri, da un punto di vista metodologico si riscontrano numerose criticità rispetto alla scelta di strategie analitiche in grado di fornire risultati statistici utili e attendibili.

Per la valutazione longitudinale dei dati all'interno del presente progetto di ricerca ci si è avvalsi dei Multilevel Models (MLMs), noti in letteratura con differenti terminologie quali Hierarchical Linear Models, Mixed-Effects Models, Random-Effects Models, Growth Curve Models for longitudinal data (Kenny & Hoyt, 2009; Raudenbush and Bryk, 2002; Singer & Willett, 2003; Tasca & Gallop, 2009; Tasca et al., 2010). La scelta di tali modelli statistici è stata orientata dalla natura stessa del disegno di ricerca.

Il primo aspetto da considerare è che, quando si lavora su dati provenienti da gruppi terapeutici, un elemento imprescindibile è il doversi confrontare con la presenza di variabili *nested*. Il concetto di nested fa riferimento a dati con una struttura interna gerarchica o multilivello, in cui cioè le unità (siano essi singoli individui o gruppi) sono fra loro raggruppate, gerarchicamente o longitudinalmente, come appunto quelli derivanti dalle valutazioni di soggetti appartenenti al medesimo gruppo.

Un altro aspetto peculiare di tali disegni di ricerca è la presenza di misure ripetute nel tempo, la cui numerosità può variare fra i soggetti (come nel caso dei gruppi con struttura semi-aperta); in questi disegni longitudinali, pertanto, anche la variabile "tempo" può essere concettualizzata come nested con il livello "individuo" e conseguentemente non può essere analizzata come se vi fosse un effetto fisso del gruppo stesso e comune a tutti i partecipanti (Singer & Willett,

2003). La presenza di una struttura dei dati nested implica, per tanto, la non-indipendenza dei dati stessi, ovvero il fatto che le misurazioni provenienti da insiemi di dati aggregati o longitudinalmente rilevati sullo stesso individuo possono presentare un grado di omogeneità maggiore che misurazioni provenienti da popolazioni differenti. Nello specifico dei rolling groups, si assume che le osservazioni condotte su due soggetti compresenti nel medesimo arco di tempo abbiano una struttura autocorrelazionale, ovvero che siano fra loro più simili di quelle rilevate fra soggetti separati da un arco di tempo più ampio (Kenny & Hoyt, 2009).

Le metodologie analitiche tradizionalmente adottate nella ricerca in psicoterapia prevedono l'applicazione di modelli cosiddetti single-level (es. ANOVA, analisi della varianza per misure longitudinali ripetute o rANOVA, regressioni multiple) che, per definizione, assumono l'indipendenza delle osservazioni, principio quest'ultimo violato nei disegni con strutture nested (Kenny & Hoyt, 2009; Singer & Willett, 2003; Tasca & Gallop, 2009). L'uso inappropriato di tali tecniche analitiche può implicare una stima falsata dei livelli di significatività del test stesso, aumentando il rischio di falsi positivi (errore di tipo I).

Altro requisito restrittivo necessario per l'applicazione dei modelli single-level è il fatto che non vi siano dati mancanti nel dataset, cioè che tutti i soggetti abbiano lo stesso numero di rilevazioni all'interno del medesimo arco temporale, elemento quest'ultimo non garantito all'interno dei disegni longitudinali e, specificamente, nel caso di rolling groups in cui non vi sono membri fissi ma i soggetti entrano ed escono in differenti momenti.

Infine, un altro elemento fondamentale dei modelli single-level è l'assunto di sfericità, ovvero l'assunto secondo cui la variabilità delle misurazioni nel corso del tempo si ipotizza uguale e che le correlazioni fra coppie di rilevazioni multiple di uno stesso soggetto nel tempo siano equivalenti. Secondo quanto affermato da Tasca & Gallop (2009), tale requisito appare frequentemente violato nel caso di disegni di ricerca longitudinali sui gruppi perché la variabilità rilevata nelle misurazioni iniziali può ridursi nel corso del tempo per effetto del trattamento e le correlazioni su coppie di misurazioni consecutive nel tempo tendono ad assumere valori più elevati. Pertanto, anche in questo caso, il rischio è quello di ricadere in

errori di tipo I, ovvero falsi positivi, valutando la presenza di una differenza significativa laddove non è tale.

Tali criticità appaiono ovviate dall'adozione dei MLMs (Kenny & Hoyt, 2009; Raudenbush & Bryk, 2002; Singer & Willett, 2003; Tasca & Gallop, 2009) e, nello specifico del presente progetto di ricerca, di two-level Multilevel Models, ovvero modelli di analisi del cambiamento espressi attraverso equazioni a due livelli. Questa metodologia consente di tenere in considerazione la compresenza di più livelli di analisi, modellando i dati provenienti dal livello di analisi inferiore (Livello 1: individuo) e usandoli come parametri a partire dai quali è valutato lo status individuale e la crescita nel livello superiore (Livello 2: gruppo), rendendo cioè i dati provenienti dai livelli inferiori di analisi nested con quelli superiori (da qui la dicitura Multilevel o Hierarchical Models). Questa modalità analitica consente di controllare e spiegare l'influenza dell'interdipendenza dei dati e giungere a stime di significatività del test appropriate.

Un'altra caratteristica dei MLMs è quella di includere sia la valutazione di effetti random che di effetti fissi (motivo per cui sono noti in letteratura anche con la dicitura di Mixed Models). Gli effetti random sono quelli che si assume varino within o between subject (o gruppi di soggetti): sono considerati effetti random le stime iniziali dei singoli soggetti fra gruppi, il tasso di cambiamento nel tempo degli stessi o, quando si lavora con dati provenienti da un rolling group, il tempo stesso di permanenza in trattamento. Gli effetti fissi invece sono quelli che assumono un unico valore per tutte le unità del campione e non variano nel corso del tempo; un esempio di effetto fisso è, nel confronto fra gruppi, la condizione di trattamento che appunto rimane invariata per tutta la durata del trattamento stesso. Inoltre, grazie alla possibilità di includere anche gli effetti random, i MLMs consentono di lavorare in presenza di dataset caratterizzati dalla presenza di dati mancanti, come nel caso delle valutazioni relative a soggetti inseriti all'interno di un medesimo gruppo in tempi e per durata differenti, potendo stimare i parametri e il cambiamento dei singoli partecipanti senza dover procedere all'esclusione degli stessi o all'imputazione dei valori mancanti da parte del ricercatore.

### *III.3.2 Partecipanti*

I partecipanti sono stati reclutati all'interno del Centro per i Disturbi Alimentari (Ce.Di.Al.)<sup>8</sup>-ASP 6 di Palermo. Nello specifico, alla ricerca hanno preso parte un totale 6 pazienti, reclutati sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

- Sesso femminile;
- Età compresa fra i 20 ed i 25 anni;
- Diagnosi di DCA secondo ai criteri del DSM-IV TR (APA, 2000);

I criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- Abuso o dipendenza da sostanze;
- Presenza di disturbi dello spettro psicotico o disturbi della personalità, secondo i criteri del DSM-IV TR (APA, 2000);
- Gravi problematiche mediche (es. nel caso di pazienti AN, grave sottopeso al punto da rendere necessaria assistenza in regime di ricovero).

### *III.3.3 Caratteristiche del trattamento*

Il trattamento ha previsto la realizzazione di un gruppo terapeutico ad orientamento gruppoanalitico a tempo determinato (24 mesi), caratterizzato da incontri di due ore ciascuno ed una pausa intermedia di circa 15 minuti, svolti regolarmente a cadenza settimanale. Il gruppo è stato di tipo semi-aperto, prevedendo cioè l'ingresso di pazienti anche in fasi successive l'avvio del trattamento in caso di drop out o conclusioni precoci del percorso di cura. Nello specifico, al momento dell'avvio del trattamento il gruppo era composto da N4 pazienti ed N2 pazienti sono stati inseriti successivamente.

La selezione dei pazienti è avvenuta attraverso colloqui preliminari di valutazione condotti dal terapeuta che avrebbe successivamente condotto il gruppo.

I presupposti teorico-metodologici del dispositivo terapeutico affondano le loro radici nella teoria gruppoanalitica foulkesiana (Foulkes, 1975), attribuendo un ruolo ed una funzione terapeutica centrale al gruppo inteso come insieme dinamico, riducendo l'enfasi sul legame fra paziente e terapeuta. L'approccio

---

<sup>8</sup> Il CeDiAl (ASP 6-Palermo) è un centro ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale interdisciplinare deputato alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare e del peso. Il modello di cura prevede un approccio biologico, psicologico e sociale interdisciplinare integrato e condiviso fra i professionisti che operano al Centro ( medico internista, medico psichiatra, psicologo, psicoterapeuta).

gruppooanalitico si fonda sul presupposto che comprendere, accettare e risolvere le conflittualità intrapsichiche, spesso di natura emotiva e relazionale, possa modificare i comportamenti disfunzionali.

Trattandosi di un gruppo monosintomatico, gli obiettivi terapeutici hanno previsto una iniziale attenzione alle problematiche legate al sintomo e al corpo, mirando successivamente ad un progressivo decentramento sintomatico e ad una più ampia maturazione delle strutture psichiche, delle competenze emotive, relazionali e la creazione di un rapporto sè-altro quanto più autentico possibile (Lo Verso, 2002).

La conduzione, soprattutto dopo le fasi di fondazione o di entrata/uscita dei membri, è stata poco direttiva, agevolando la circolarità individuo-gruppo e promuovendo un lavoro trasformativo sul singolo attraverso il gruppo. Gli interventi terapeutici, da un lato, sono focalizzati sull'analisi di ciò che accade nelle interazioni tra i partecipanti e tra loro e il conduttore; dall'altro, sono volti all'emersione di aspetti rilevanti della storia del paziente, riconnettendo ciò che è accaduto nel 'lì e allora' con il 'qui ed ora' del gruppo. Rispetto alla sintomatologia specifica (dieta, preoccupazioni per il peso e l'immagine corporea, calcolo delle calorie, abbuffate, strategie di compensazione) il conduttore del gruppo non assume atteggiamenti direttivi e pedagogici ma piuttosto stimola il confronto e la discussione da parte di ogni paziente rispetto ai significati e le esperienze (emotive e relazionali) connesse al sintomo stesso.

#### *III.3.4 Strumenti e tempi di somministrazione*

Gli strumenti utilizzati nella ricerca sono stati selezionati sulla base della bontà delle loro proprietà psicometriche e dell'ampia diffusione nella letteratura scientifica internazionale di settore. Inoltre, la maggior parte risulta essere validata su popolazione italiana.

##### *III.3.4.1 Misure di outcome*

###### *a) Scheda informativa*

È stata messa a punto una scheda costruita ad hoc per la raccolta delle caratteristiche socio-demografiche e cliniche. Per quanto attiene i dati socio-

demografici, la scheda rileva le seguenti informazioni: età, sesso, occupazione, numero di fratelli o sorelle e posizione all'interno della fratria, professione e titolo di studio dei genitori e condizione abitativa. Per quanto attiene le informazioni cliniche, la scheda si focalizza sui seguenti dati: peso e altezza, frequenza degli episodi di abbuffata e compensativi nel corso della settimana precedente, età al momento dell'esordio del disturbo.

*b) Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*

L'EDI-2 (Garner D.M., 1991) è uno strumento self-report che consente di ottenere una valutazione dei principali sintomi comunemente associati ai disturbi del comportamento alimentare. Lo strumento è composto da 91 item raggruppati in 11 sottoscale che consentono di rilevare specifici atteggiamenti e comportamenti nei confronti dell'alimentazione, il peso e la forma del corpo e tratti psicologici caratteristici dei DCA. Le affermazioni sono valutate su una scala Likert a 6 punti (da "mai" a "sempre") ed i punteggi alle singole sottoscale sono ottenuti sommando i valori degli item che le compongono. Le sottoscale che compongono lo strumento sono le seguenti:

- *Impulso alla Magrezza (IM)*. Indaga la presenza di una eccessiva preoccupazione per la dieta, il peso e l'aumento ponderale;
- *Bulimia (BU)*. Valuta la presenza di abbuffate o il pensiero relativo ad esse;
- *Insoddisfazione per il corpo (IC)*. Indaga l'insoddisfazione per la forma e la dimensione del proprio corpo e di alcune sue parti (pancia, cosce, glutei);
- *Inadeguatezza (IN)*. Consente di identificare la presenza di sentimenti di inadeguatezza, vuoto e perdita di controllo sulla propria vita;
- *Perfezionismo (P)*. Fornisce una valutazione della presenza di standard e modelli di successo irrealistici nonché della convinzione che gli altri significativi abbiano aspettative grandiose circa i propri risultati;
- *Sfiducia interpersonale (SI)*. Consente di effettuare una valutazione della riluttanza da parte del soggetto a costruire relazioni intime e a condividere con gli altri pensieri ed emozioni.
- *Consapevolezza enterocettiva (CE)*. Valuta la presenza di difficoltà nell'identificare e distinguere le sensazioni corporee connesse alla fame e alla

sazietà nonché la confusione nel riconoscere e rispondere in modo preciso ai propri stati emotivi.

- *Paura della maturità* (PM). Valuta il desiderio di regredire all'interno di una condizione infantile per evitare le difficoltà connesse al raggiungimento della maturità psicologica e ai compiti dell'età adulta;
- *Ascetismo* (ACS). Valuta la tendenza a perseguire ideali di autocontrollo, autodisciplina, negazione di sé e sacrificio;
- *Impulsività* (I). Valuta la tendenza all'impulsività, all'abuso di sostanze, all'imprudenza, all'ostilità, alla distruttività sia autodiretta che nelle relazioni interpersonali.
- *Insicurezza sociale* (IS). Valuta la presenza di timori e insicurezze verso le relazioni sociali, il timore che nessuno possa realmente capire i propri problemi, la tendenza a dubitare di se stesso e a non sentirsi felice all'interno di situazioni sociali.

L'adattamento italiano (Rizzardi et al., 1995) dello strumento presenta, rispetto ai campioni clinici, una buona coerenza interna, con un coefficiente alpha di Cronbach che varia tra .78 e .84 e mostra una buona validità discriminante fra gruppi clinici e non clinici di soggetti.

### c) *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45)

L'OQ-45 (Lambert et al., 2004) è uno strumento self-report che fornisce valutazione dello stato di salute psichica. Il questionario è composto da 45 item valutati su scala Likert a 5 punti (da "mai" a "quasi sempre"). Punteggi superiori al cutoff sono indicativi di difficoltà nel funzionamento psicologico, presenza di sintomi patologici (come ansia, depressione, disturbi somatici o stress), difficoltà nelle relazioni interpersonali e nella gestione dei ruoli sociali (es. a scuola o al lavoro) nonché bassi livelli di qualità della vita.

L'adattamento italiano (Chiappelli et al., 2008; Lo Coco et al., 2006) mostra un'elevata consistenza interna e buona validità concorrente; inoltre, il cutoff di significatività clinica appare incrementato di 2 punti (cutoff: 66 punti).

d) *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)*

La RSES (Rosenberg, 1965) è uno strumento self-report composto da 10 item valutati su una scala Likert a 4 punti (da “fortemente in accordo” a “fortemente in disaccordo”) che misura i livelli di autostima, intesa come atteggiamento positivo o negativo verso se stessi. Punteggi inferiori al cutoff (15 punti) indicano bassi livelli di autostima e scarso senso di efficacia. L’adattamento italiano (Prezza M. et al., 1997) evidenzia buone proprietà psicometriche.

e) *Profile of Mood States (POMS)*

Il POMS (McNair et al., 1971) è un inventario che consente una valutazione degli stati affettivi provati dal soggetto negli ultimi 7 giorni. È composto da 58 aggettivi e locuzioni valutati su scala Likert a 5 punti (da “per nulla” a “moltissimo”) che sommati forniscono un punteggio totale per ciascuno dei 6 seguenti fattori:

- *Tensione-Ansia (Fattore T)*. Valuta la presenza di tensione (anche da un punto di vista somatico e psicomotorio) e stati ansiosi;
- *Depressione-Avvilimento (Fattore D)*. Valuta la presenza di stati depressivi e senso di inadeguatezza interpersonale (sentimenti di indegnità, inutilità degli sforzi per adattarsi, isolamento emotivo, malinconia e sensi di colpa);
- *Aggressività-Rabbia (Fattore A)*. Rileva la presenza di rabbia o antipatia verso gli altri, indagando sia sentimenti espliciti che impliciti di ostilità e diffidenza interpersonale.
- *Vigore-Attività (Fattore V)*. Indaga la presenza di energia ed esuberanza;
- *Stanchezza-Indolenza (Fattore S)*. Valuta la presenza di un umore caratterizzato da noia e scarsa energia, anche a livello fisico;
- *Confusione-Sconcerto (Fattore C)*. Valuta la presenza di sentimenti di turbamento e di scarsa efficienza cognitiva, anche come conseguenza di ansia o stati ad essa correlati.

La presenza di punteggi superiori di almeno una deviazione standard oltre la media (media 50; ds  $\pm 10$ ) indicano difficoltà clinicamente significative in ciascuna delle aree indagate. L’adattamento italiano (Farnè et al., 1991) indica buone proprietà psicometriche.

#### *III.3.4.2 Misure di processo*

##### *a) Californian Psychotherapy Alliance Scale – Group (CalPAS-G)*

La CalPAS-G (Gaston & Marmar, 1989) è una misura self-report che valuta la forza dell'alleanza terapeutica all'interno del gruppo.

La scala è composta da 12 item valutati su una scala Likert a 7 punti (da “assolutamente no” a “moltissimo”) che forniscono una valutazione della cultura affettiva del gruppo.

##### *b) Group/Member/Leader Cohesion Scale (Group Form) (G/M/L/CS)*

La GMLCS (Piper et al., 1983) è una scala self-report che fornisce una valutazione della coesione all'interno del gruppo nel suo insieme, verso il terapeuta e verso gli altri membri. Nella presente ricerca sono state somministrate le versioni per la valutazione della coesione verso il gruppo (GCS) e verso il terapeuta (LCS). Entrambe le scale sono composte da 9 item valutati su scala Likert a 6 punti (da “pochissimo” a “moltissimo”).

##### *c) Group Climate Questionnaire (GCQ)*

Il GCQ (MacKenzie, 1983) è uno strumento self-report composto da 12 item valutati attraverso una scala Likert a 6 punti (da “per niente” a “estremamente”) che misurano 3 aspetti del clima di gruppo:

- *Coinvolgimento*. Fornisce indicazioni sulla presenza di atteggiamenti costruttivi, di fiducia, appartenenza, confronto e coesione all'interno del gruppo;
- *Conflitto*. Fornisce un indicatore dei livelli di conflitto interpersonale;
- *Evitamento*. Rappresenta un indicatore della riluttanza dei partecipanti ad affrontare i problemi nel corso della seduta.

L'adattamento italiano dello strumento (Costantini et al., 2002) indica che il GCQ rappresenta una misura robusta e attendibile.

#### *III.3.4.3 Procedure e tempi di somministrazione*

I pazienti hanno espresso parere positivo rispetto alla partecipazione alla ricerca e autorizzato al trattamento dei dati da loro forniti per tali scopi.

In linea con le principali indicazioni metodologiche per la valutazione longitudinale di gruppi semi-aperti (Kazdin, 2003; Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2007; Tasca & Gallop, 2009; Tasca et al., 2010), il presente progetto di ricerca adotta modalità di assessment continue sia per le variabili di esito che per quelle di processo (tab. III.1). Pertanto, una settimana prima dell'inserimento in gruppo si è proceduto alla somministrazione degli strumenti di outcome per la valutazione baseline; le valutazioni di esito sono state poi ripetute con una cadenza di 6 mesi (rispettivamente a 6°, 12° e 18° mese) e al termine del trattamento (24° mese). La valutazione delle variabili di processo è avvenuta a partire dal termine della seconda seduta di gruppo e poi con cadenza mensile per tutta la durata del trattamento.

Tab. III.1 Timing delle procedure di assessment

<i>Sessioni</i>		<i>Strumenti di esito</i>				<i>Strumenti di processo</i>			
		EDI-2	RSES	POMS	OQ-45	GCS	LCS	GCQ	CalPAS
<b>Baseline</b>	T <sub>0</sub>	X	X	X	X				
<b>Trattamento</b>	T <sub>1</sub>					X	X	X	X
	T <sub>2</sub>					X	X	X	X
	T <sub>3</sub>					X	X	X	X
	T <sub>4</sub>					X	X	X	X
	T <sub>5</sub>					X	X	X	X
	T <sub>6</sub>	X	X	X	X	X	X	X	X
	T <sub>7</sub>					X	X	X	X
	T <sub>8</sub>					X	X	X	X
	T <sub>9</sub>					X	X	X	X
	T <sub>10</sub>					X	X	X	X
	T <sub>11</sub>					X	X	X	X
	T <sub>12</sub>	X	X	X	X	X	X	X	X
	T <sub>13</sub>					X	X	X	X
	T <sub>14</sub>					X	X	X	X
	T <sub>15</sub>					X	X	X	X
	T <sub>16</sub>					X	X	X	X
	T <sub>17</sub>					X	X	X	X
	T <sub>18</sub>	X	X	X	X	X	X	X	X
	T <sub>19</sub>					X	X	X	X
	T <sub>20</sub>					X	X	X	X
	T <sub>21</sub>					X	X	X	X
	T <sub>22</sub>	X	X	X	X	X	X	X	X

**Note.** EDI-2: Eating Disorder Inventory-2; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; POMS: Profile of Mood State; OQ-45: Outcome Questionnaire-45; GCS: Group Cohesion Scale; LCS: Leader Cohesion Scale; GCQ: Group Climate Questionnaire; CalPAS: Californian Psychotherapy Alliance Scale.

### *III.3.5 Analisi statistiche*

Trattandosi di un gruppo semi-aperto, si è proceduto alla stima della stabilità della composizione del gruppo attraverso il calcolo del Percentage of Group Change Index (PGCI) (Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2007), un indice sintetico che valuta il turnover della membership del gruppo nel corso del tempo a seguito delle uscite e degli ingressi dei membri. I valori dell'indice possono oscillare da un minimo di 0% (nessun cambiamento nella composizione del gruppo rispetto alla sessione precedente) ad un massimo del 100% (massima variabilità della membership del gruppo rispetto alla sessione precedente); il PGCI è calcolato attraverso la seguente formula:

$$PGCI = 1 - [a / (a + b + c)] \times 100$$

in cui *a* è la numerosità dei membri presenti alla presente e alla precedente sessione, *b* è la numerosità dei nuovi ingressi in quella data seduta e *c* è la numerosità dei soggetti assenti a quella data seduta ma presenti alla precedente.

Per valutare la presenza di eventuali associazioni fra le variabili si è proceduto al calcolo del coefficiente di co-graduazione Tau-b di Kendall; nello specifico, tale coefficiente è stato calcolato per valutare le associazioni fra le variabili clinico-demografiche e gli indicatori primari e secondari di outcome al pre-trattamento e fra le stesse variabili e i mesi di permanenza in trattamento.

Per il calcolo della significatività statistica dei cambiamenti delle variabili secondarie di outcome si è proceduto secondo le indicazioni per il calcolo del Clinical Significant Change fornite da Jacobson & Truax (1991). Il cambiamento è considerato significativo se: (a) il Reliable Change Index (RCI) indica una variazione statisticamente attendibile e non casuale ( $RCI > 1.96$ ); (b) il cutoff indica che è avvenuto un cambiamento clinicamente significativo.

Sulla base di questi parametri si ottengono i seguenti profili:

- Recovered: (a)  $RCI > 1.96$ ; (b) soddisfa i criteri del cutoff;
- Improved: (a)  $RCI > 1.96$ ; (b) non soddisfa i criteri del cutoff;
- Unchanged: (a)  $RCI < 1.96$ ; (b) non soddisfa i criteri del cutoff;
- Deteriorated: (a)  $RCI < -1.96$ ; (b) non soddisfa i criteri del cutoff.

La formula attraverso cui calcolare l'RCI prevede il rapporto fra la differenza dei punteggi pre-post trattamento e la variazione dell'errore standard dello strumento ( $S_E$ ), ovvero:

$$RCI = T_1 - T_2 / S_E$$

In linea con le procedure adottate in altri studi (Prestano et al., 2008; Rasquin et al., 2009), per una valutazione longitudinale del cambiamento delle misure secondarie di outcome, si è proceduto al confronto dei punteggi delle rilevazioni a 6, 12, 18 mesi e post-trattamento con le valutazioni di assessment pre-gruppo.

Per l'analisi longitudinale dei dati, in linea con le indicazioni fornite da Singer & Willett (2003), si è proceduto ad una iniziale ispezione visiva dell'andamento delle variabili per determinare il modello statistico che meglio vi si adatta; in questo studio si è adottato un modello lineare, assumendo che la rappresentazione tramite linea retta sia quella che meglio rappresenta il cambiamento individuale.

Per tanto, si è proceduto attraverso i two-level Multilevel Models (Kenny & Hoyt, 2009; Raudenbush & Bryk, 2002; Singer & Willett 2003; Tasca & Gallop, 2009; Tasca et al., 2010). Al Livello 1, vengono modellati i dati individuali derivanti da rilevazioni a misure ripetute (within person). Al Livello 2, le intercette e le slopes derivate attraverso il Livello 1 sono assunte come variabili dipendenti, potendo così stimare l'intercetta (baseline) e le slopes (cambiamento) del singolo individuo nel gruppo (between person).

Al fine di valutare l'effetto di un singolo predittore su specifiche variabili dipendenti si è proceduto attraverso un Unconditional Linear Multilevel Model per dati longitudinali. Nel presente lavoro di ricerca, questo modello è stato impiegato per modellare i punteggi individuali delle variabili di outcome (BMI, FREQUENZA DEI COMPORTAMENTI DI ABBUFFATA E COMPENSATIVI, EDI-2, OQ-45, RSES, POMS) sulla base del tempo di permanenza in trattamento (TEMPO), valutandone eventuali effetti significativi.

Per valutare l'effetto di una covariata che varia nel tempo su specifiche variabili dipendenti si è proceduto attraverso un Conditional Growth Multilevel Model with one covariate; nello specifico, tale modello è stato applicato per

valutare l'effetto del turnover dei membri del gruppo (PGCI x TEMPO) sulle variabili di esito e di processo e per la valutazione delle relazioni process-outcome.

Prima di procedere all'analisi delle variabili di processo, si è proceduto al loro modellamento attraverso una covariata che varia nel corso del tempo, definita Adjusted-Group, secondo le indicazioni fornite da Tasca et al. (2010).

L'Adjusted Group è stato calcolato per ogni variabile a ciascuna rilevazione (adjustedCalPAS, adjustedGCS, adjustedLCS, adjustedGCQ). Il punteggio di ogni singolo soggetto  $i$  ad una data scala è sottratto alla somma del punteggio degli altri membri del gruppo a quella stessa scala in quella data rilevazione  $j$  e diviso in base alla numerosità del gruppo in quella stessa sessione *minus* 1, secondo la seguente formula:

$$\text{adjustedVARIABILE: } [\Sigma(\text{punteggioVARIABILE}_{ij}) - \text{punteggioVARIABILE}_{ij}] / (n_j - 1)$$

Pertanto, ogni partecipante avrà un punteggio individuale di VARIABILE ed un corrispondente adjustedVARIABILE, rappresentante la valutazione del livello del resto del gruppo a quella data scala in quella data rilevazione.

Per modellare e valutare il cambiamento delle variabili di processo (CalPAS, GCS, LCS, GCQ) nel corso del trattamento e valutare l'influenza dei punteggi del gruppo sui punteggi individuali, si è proceduto attraverso un Hierarchical Linear Model per dati longitudinali (Tasca & Gallop, 2009; Tasca et al., 2010) mediante tre modelli separati.

Il Modello 1 è rappresentato da un Unconditional Linear Multilevel Model attraverso cui è possibile valutare il cambiamento nei punteggi individuali ad una data variabile nel corso del tempo; l'equazione generale è la seguente:

$$\text{Level 1: } y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i}\text{TEMPO} + e_{ij} \quad (1)$$

$$\text{Level 2: } \pi_{0i} = \beta_{00} + u_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10} + u_{1i}$$

dove  $y_{ij}$  rappresenta il punteggio a una data variabile di processo del soggetto  $i$  al mese  $j$ ;  $\pi_{0i}$  rappresenta l'intercetta per il soggetto  $i$  alla prima rilevazione;  $\pi_{1i}$  rappresenta il punteggio di crescita lineare per ogni soggetto  $i$  nel corso di ciascuna rilevazione; ed infine  $e_{ij}$  è il residuo o errore.

Il Modello 2 consente di valutare l'effetto medio dei punteggi del gruppo ad una data variabile sui punteggi individuali a quella stessa variabile, al netto dell'influenza del tempo, aggiungendo all'equazione precedente (1) il parametro  $\pi_{2i}$ adjustedVARIABLE $_{ij}$ . Le equazioni generali per il Modello 2 sono le seguenti:

$$\text{Level 1: } y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i}\text{TEMPO}_{ij} + \pi_{2i}\text{adjustedVARIABLE}_{ij} + e_{ij} \quad (2)$$

$$\text{Level 2: } \pi_{0i} = \beta_{00} + u_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10} + u_{1i}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20} + u_{2i}$$

dove  $\pi_{2i}$  rappresenta l'effetto dei punteggi del gruppo ad una data variabile sui punteggi individuali alla stessa variabile.

Il Modello 3 consente di valutare l'effetto del cambiamento nel corso del tempo dei punteggi del gruppo ad una data variabile sul cambiamento dei punteggi individuali a quella stessa variabile, aggiungendo all'equazione precedente (2) l'interazione adjustedVARIABLE X TEMPO; le equazioni sviluppate per il Modello 3 sono le seguenti:

$$\text{Level 1: } y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i}\text{TEMPO}_{ij} + \pi_{2i}\text{adjustedVARIABLE}_{ij} + \pi_{3i}\text{adjustedVARIABLE}_{ij} \times \text{TEMPO}_{ij} + e_{ij}$$

$$\text{Level 2: } \pi_{0i} = \beta_{00} + u_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10} + u_{1i}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20} + u_{2i}$$

$$\pi_{3i} = \beta_{30} + u_{3i}$$

dove  $\pi_{3i}$  rappresenta l'effetto dell'interazione dei punteggi del gruppo ad una data variabile e il tempo sui punteggi individuali alla stessa variabile.

Per valutare il goodness of fit (o bontà di adattamento) dei Modelli 1, 2 e 3 ai dati si è proceduto al calcolo e al confronto delle devianze statistiche (D) dei singoli modelli; minori punteggi di devianza statistica sono indicativi di migliore adattamento del modello ai dati. Per testare la significatività delle differenze fra le devianze statistiche ( $\Delta D$ ) tra due modelli nested ci si è avvalsi della distribuzione del chi-quadro, con i gradi di libertà definiti attraverso la differenza fra il numero dei parametri valutati nei due modelli.

Infine, nella presente ricerca, le suddette analisi attraverso i Mixed Models sono state adattate alla presenza di un campione dalle dimensioni ridotte,

considerando come effetti fissi le covariate che variano nel tempo e assumendo come unico effetto random la variabilità fra soggetti, secondo le raccomandazioni fornite da Singer & Willet (2003).

### **III.4 Risultati: variabili di esito**

#### *III.4.1 Baseline: assessment clinico e caratteristiche socio-demografiche*

I pazienti coinvolti nella ricerca sono tutti di sesso femminile, con un'età media di 23 anni (ds=1.83; range=21-25) e una durata media della storia clinica del disturbo pari a 6.17 anni (ds=2.93; range=3-11). Tutte hanno una relazione di coppia stabile, vivono all'interno del nucleo familiare d'origine e frequentano l'università, tranne una paziente che lavora e abita da sola.

Tutti i soggetti soddisfano i criteri per una diagnosi di “Disturbo del Comportamento Alimentare” e, nello specifico, le sottocategorie diagnostiche sono così rappresentate:

- n2 soggetti rispondono ai criteri diagnostici di Anoressia Nervosa (AN); di questi n1 soddisfa i criteri per il sottotipo “con restrizioni” mentre n1 (P5) per il sottotipo “con abbuffate/condotte di eliminazione”;
- n2 soggetti rispondono ai criteri diagnostici di Bulimia Nervosa (BN), sottotipo “con condotte di eliminazione”;
- n2 soggetti rientrano nei criteri per la diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato (NAS).

Rispetto agli **indicatori primari**, al momento dell'ingresso in gruppo il Body Mass Index (BMI) risulta indicativo di condizioni di significativo sottopeso in n4 casi. Per quanto riguarda i comportamenti alimentari abnormi, n4 pazienti che presentano episodi di alimentazione incontrollata e in tutti i casi l'unica strategia di compensazione attuata per contrastare l'aumento del peso è il vomito autoindotto. Nel corso della settimana precedente l'ingresso in trattamento, la frequenza media degli episodi di alimentazione incontrollata è pari a 2 (range=1-3) mentre quella degli episodi di vomito autoindotto è di 1.5 (range=1-2). Per una sintesi delle caratteristiche cliniche e socio-demografiche del campione, si vedano le tab. III.2 e III.3.

**Tab. III.2** Caratteristiche cliniche del campione al momento dell'ingresso in trattamento

	DIAGNOSI	BMI	ABBUFFATE**	STRATEGIE DI COMPENSAZIONE		DURATA DEL DISTURBO*
				TIPOLOGIA	FREQUENZA**	
P1	AN restrier	15.61 <sup>a</sup>	---	---	---	6
P2	DCA NAS	19.20	---	---	---	11
P3	BU purging	17.94 <sup>a</sup>	1	Vomito autoindotto	1	5
P4	BU purging	20.63	3	Vomito autoindotto	2	8
P5	AN binge	16.80 <sup>a</sup>	3	Vomito autoindotto	2	4
P6	DCA NAS	16.73 <sup>a</sup>	1	Vomito autoindotto	1	3

**Note.** AN restrier: Anoressia Nervosa sottotipo “con restrizioni”; AN binge: Anoressia Nervosa sottotipo “abbuffate/condotte di eliminazione”; DCA NAS: Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato; BU purging: Bulimia Nervosa sottotipo “con condotte di eliminazione”; \* espresso in anni; \*\* frequenze riguardanti i 7 giorni precedenti; <sup>a</sup> sottopeso significativo.

**Tab. III.3** Principali caratteristiche socio-demografiche del campione

	GENERE	ETÀ*	OCCUPAZIONE	CONDIZIONE ABITATIVA	GERMANI	
					FRATELLI	SORELLE
P1	femmina	25	Studente universitario	Famiglia d'origine	---	2
P2	femmina	24	Libero professionista	Convivente	2	---
P3	femmina	22	Studente universitario	Famiglia d'origine	3	1
P4	femmina	24	Studente universitario	Famiglia d'origine	---	1
P5	femmina	22	Studente universitario	Famiglia d'origine	1	1
P6	femmina	21	Studente universitario	Famiglia d'origine	1	---

**Note.** \* espressa in anni

Riguardo gli **indicatori secondari**, la valutazione effettuata al momento dell'inserimento in gruppo di ciascun paziente indica la presenza di compromissioni clinicamente significative in diverse aree (tab. III.4).

Nella sintomatologia alimentare specifica (EDI-2), le tre scale che valutano la presenza di atteggiamenti e comportamenti problematici rispetto alla alimentazione (IM, BU, IC) mostrano punteggi oltre il cutoff in diversi casi. In linea con gli inquadramenti diagnostici, si registra la presenza di significativi pensieri e comportamenti bulimici (BU) in quasi tutti i soggetti che presentano abbuffate compulsive; in quasi tutti i pazienti si registrano elevati indici riguardanti gli impulsi alla magrezza (IM) e una significativa insoddisfazione corporea (IC).

Per quanto attiene le scale che indagano tratti psicologicamente rilevanti nei disturbi alimentari (IN, P, SI, CE, PM, ASC, I, IS), si riscontrano elevati livelli di inadeguatezza e/o senso di vuoto (IN) e una maggiore paura della maturità (PM) fra le pazienti con diagnosi di AN e BN. Abbastanza diffuse all'interno del campione sono una eccessiva tendenza al perfezionismo (P), bassi livelli di consapevolezza enterocettiva (CE) e difficoltà sul versante interpersonale (SI, IS). Quasi assente invece risulta la presenza di eccessive spinte ascetiche e auto-sacrificanti (ASC) o marcati livelli di impulsività (I), con punteggi oltre il cutoff solo in un caso.

Tab. III.4 *Assessment* pre-gruppo: EDI-2

ID	Diagnosi	IM	BU	IC	IN	P	SI	CE	PM	ASC	I	IS
<b>P1</b>	AN restrier	<b>21</b>	0	8	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	8	8	<b>14</b>
<b>P2</b>	DCA NAS	5	1	13	6	<b>17</b>	<b>14</b>	3	3	11	9	<b>16</b>
<b>P3</b>	BU purging	<b>15</b>	<b>10</b>	14	<b>18</b>	5	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	7	4	<b>13</b>
<b>P4</b>	BU purging	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	11	<b>20</b>	9
<b>P5</b>	AN binge	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	9	4	<b>12</b>
<b>P6</b>	DCA NAS	<b>17</b>	5	<b>18</b>	5	2	3	3	3	<b>14</b>	6	4

**Note.** I caratteri in grassetto indicano la presenza di punteggi oltre il cutoff; IM: Impulso alla magrezza (cutoff: 14.4); BU: Bulimia (cutoff: 7.4); IC: Insoddisfazione Corporea (cutoff: 15.7); IN: Inadeguatezza (cutoff: 12.8); P: Perfezionismo (cutoff: 8); SI: Sfiducia Interpersonale (cutoff: 7); CE: Consapevolezza Enterocettiva (cutoff: 13.7); PM: Paura della Maturità (cutoff: 9.4); ASC: Ascetismo (cutoff: 11.2); I: Impulsività (cutoff: 11.4); IS: Insicurezza Sociale (cutoff: 10.1).

Anche la valutazione degli altri indicatori secondari di outcome (funzionamento psicologico, autostima, stati emotivi) indica la presenza di numerose compromissioni clinicamente significative (tab. III.5).

La maggior parte dei pazienti presenta un livello problematico di funzionamento psicologico generale (OQ-45), caratterizzato da presenza di una sintomatologia percepita come disturbante (caratterizzata da ansia, stati depressivi, disturbi somatici o elevati livelli di stress), difficoltà nelle relazioni interpersonali, nella gestione dei ruoli sociali e bassi livelli di qualità della vita.

All'autostima (RSES), solo i pazienti con diagnosi di AN e BN presentano livelli inadeguati di considerazione di sé.

Infine, rispetto alla presenza di stati emotivi disturbanti (POMS), le difficoltà più diffuse riguardano la presenza di intesi vissuti depressivi e senso di inadeguatezza personale (Fattore D) e la presenza di stati vaghi e diffusi di ansia e/o tensione (Fattore T). Eccessivi livelli di rabbia (Fattore A) e la sensazione di scarsa efficienza cognitiva (Fattore C) riguardano invece solo la metà dei soggetti coinvolti, così come la presenza di scarso vigore (Fattore V) ed energia a livello fisico (Fattore S).

**Tab. III.5** Assessment pre-gruppo: OQ-45, RSES, POMS

ID	Diagnosi	OQ-45 tot	RSES tot	POMS					
				T	D	A	V	S	C
<b>P1</b>	AN restrier	<b>85</b>	<b>5</b>	<b>76</b>	<b>87</b>	<b>62</b>	<b>34</b>	54	<b>65</b>
<b>P2</b>	DCA NAS	<b>103</b>	15	<b>67</b>	<b>90</b>	<b>81</b>	44	<b>77</b>	<b>81</b>
<b>P3</b>	BU purging	<b>84</b>	7	54	<b>64</b>	49	<b>38</b>	<b>61</b>	56
<b>P4</b>	BU purging	<b>111</b>	<b>11</b>	<b>76</b>	<b>74</b>	<b>66</b>	46	<b>77</b>	<b>83</b>
<b>P5</b>	AN binge	<b>84</b>	7	58	<b>81</b>	58	<b>33</b>	<b>66</b>	54
<b>P6</b>	DCA NAS	55	21	<b>64</b>	54	59	61	48	54

**Note.** I caratteri in grassetto indicano la presenza di punteggi oltre il cutoff; OQ-45: Outcome Questionnaire-45 (cutoff: 66); RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale (cutoff: 15); POMS: Profile Of Mood States; T: Tensione/ansia (cutoff: 60); D: Depressione/avvilimento (cutoff: 60); A: Aggressività/rabbia (cutoff: 60); V: Vigore/attività (cutoff: 40); S: Stanchezza/indolenza (cutoff: 60); C: Confusione/sconcerto (cutoff: 60).

Infine, per quanto attiene il **timing di inserimento in gruppo**, all'inizio del trattamento sono stati inseriti n4 soggetti (P1: diagnosi di AN-restrier; P2: diagnosi di DCA NAS; P3 e P4: diagnosi di BU-purging) mentre altri n2 inserimenti sono avvenuti al 7° mese di trattamento.

Per quanto riguarda la **permanenza in trattamento**, si è registrato un solo drop out a carico dell'unica paziente con sintomatologia anoressica restrittiva e presente in gruppo sin dall'avvio del trattamento (P1); l'uscita dal gruppo è avvenuta al 6° mese e, parallelamente, sono stati effettuati i due nuovi inserimenti (P5, P6). Inoltre, n2 pazienti hanno concordato una interruzione precoce del trattamento (P3: 11° mese di trattamento; P6: 18° mese del gruppo) e un totale di n.3 pazienti ha concluso il trattamento terapeutico al 24° mese del gruppo (tab.

III.6). Nel complesso, il tempo medio di permanenza in trattamento è stato di 15.5 mesi (DS 7.34) (range=7-24).

**Tab. III.6** Timing di ammissione al gruppo e durata della permanenza in trattamento

ID	Tot. mesi per soggetto	Mesi di trattamento																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
P1 <sup>a</sup>	6	X	X	X	X	X	X																		
P2 <sup>b</sup>	24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
P3 <sup>c</sup>	11	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
P4 <sup>b</sup>	24	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
P5 <sup>b</sup>	17							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
P6 <sup>c</sup>	10							X	X	X	X	X	X	X	X	X									

**Note.** <sup>a</sup> drop out; <sup>b</sup> conclusione del trattamento a termine; <sup>c</sup> conclusione precoce del trattamento

### III.4.2 Analisi delle relazioni fra gli indicatori di outcome alla baseline

Il secondo obiettivo della ricerca prevede la valutazione di specifiche associazioni fra gli indicatori di esito (primari e secondari) e le caratteristiche clinico-demografiche al momento dell'avvio del trattamento. Per valutare la presenza di associazioni significative fra le variabili, si è proceduto al calcolo del coefficiente di co-graduazione Tau-b di Kendall.

Per quanto riguarda le associazioni fra gli **indicatori primari e secondari di outcome**, si riscontrano associazioni significative positive fra le frequenze dei comportamenti sintomatici (di abbuffata e di compensazione) e le scale BU ed IC [freqABB\*BU Tau-b .849, p .026; freqABB\*IC Tau-b .894, p .017; freqCOMPENSAZIONE\*BU Tau-b .849, p .026; freqCOMPENSAZIONE\*IC Tau-b .894, p .017], per cui ad una maggiore frequenza dei comportamenti sintomatici si associano rispettivamente maggiore livelli di comportamenti bulimici ed insoddisfazione corporea e viceversa.

Fra gli **indicatori primari di outcome** si riscontra invece un'associazione significativa positiva solo fra le frequenze dei comportamenti sintomatici (di abbuffata e di compensazione) [freqABB\*freqCOMPENSAZIONE Tau-b .976, p<.000], per cui ad una maggiore frequenza dell'uno corrisponde una maggiore frequenza dell'altro e viceversa.

Per quanto riguarda le associazioni fra gli **indicatori secondari di outcome**, la scala RSES appare positivamente associata con la scala ASC [RSES\*ASC Tau-b .786, p .032] e negativamente con quella IN [RSES\*IN Tau-b -.929, p .011], per cui a maggiori livelli di autostima si associano maggiori livelli di ascetismo e minori livelli di inadeguatezza e viceversa; al contempo anche le scale ASC e IN appaiono fra loro negativamente associate [IN\*ASC Tau-b -.786, p .032], per cui a maggiori livelli di ascetismo si associano minori livelli di inadeguatezza e viceversa. L'OQ-45 presenta associazioni positive con la scala P [OQ-45\*P Tau-b .786, p .032] e il Fattore C [OQ-45\*fattoreC Tau-b .929, p .011], per cui a maggiori difficoltà nel funzionamento psicologico si associano più elevati livelli di perfezionismo e senso di inefficacia cognitiva. Rispetto agli stati emotivi, si riscontrano associazioni positive fra il Fattore D e le scale SI e P [SI\*fattoreD Tau-b .733, p .039; P\*fattoreD Tau-b .828, p .022; I\*fattoreC Tau-b .786, p .032], per cui a maggiori sentimenti depressivi e di inadeguatezza corrisponde una maggiore reticenza a stabilire relazioni intime e più elevati ideali di perfezionismo.

Infine, fra le scale che valutano la presenza di atteggiamenti e comportamenti problematici rispetto alla alimentazione, si riscontrano associazioni positive fra BU e IC [BU\*IC Tau-b .828, p .022], per cui a maggiori problematiche di tipo bulimico si associano maggiori livelli di insoddisfazione verso il corpo e viceversa.

#### *III.4.3 Efficacia del trattamento: il cambiamento degli indicatori di outcome*

Il terzo obiettivo del presente progetto di ricerca prevede una valutazione case-by-case del cambiamento alle variabili di outcome nel corso del trattamento.

Per la valutazione degli **indicatori primari**, si è proceduto ad un confronto con i cutoff indicati dell'OMS (cfr. cap. II) per la valutazione della significatività del cambiamento nei livelli di massa corporea (BMI), mentre per la valutazione dei comportamenti alimentari abnormi si è proceduto attraverso l'osservazione delle frequenze longitudinali.

Rispetto all'analisi dei BMI, fra le pazienti che al momento dell'inserimento in gruppo presentavano una condizione di sottopeso, una (P1) è andata in contro a drop out, non consentendo alcuna valutazione longitudinale oltre la baseline.

Fra le altre pazienti, solo P3 presenta un lieve decremento del peso-forma, mantenendo invariata la condizione di sotto-peso per tutta la durata di permanenza in trattamento (11 mesi); infine P5 e P6 mostrano un progressivo aumento del BMI nel corso delle rilevazioni longitudinali, determinando il transito da una condizione di sottopeso ad una di normo-peso solo in un caso (P5).

Anche per quanto riguarda le pazienti che non presentavano una condizione di malnutrizione all'assessment iniziale (P2, P4) si registra un progressivo incremento del BMI (tab. III.7).

Tab. III.7 BMI: andamento longitudinale

ESITO DEL TRATTAMENTO	ID	BASELINE	6 MESI	12 MESI	18 MESI	24 MESI
Drop out	<b>P1</b>	15.61				
Conclusione a termine	<b>P2</b>	19.20	20.00	20.20	21.60	22.64
	<b>P4</b>	21.46	22.15	21.54	21.50	21.90
	<b>P5</b>	16.80		16.40	17.00	17.60
Conclusione precoce	<b>P3</b>	17.94	17.17			
	<b>P6</b>	16.73		18.70		

**Note.** BMI=Body Mass Index; sottopeso= BMI<18.4; normo-peso=18.5<BMI<24.99; i campi evidenziati indicano condizioni di sottopeso al momento dell'assessment iniziale.

Rispetto ai comportamenti alimentari abnormi (tab. III.8), le pazienti interessate dalla presenza di tale sintomatologia al momento dell'assessment iniziale sono 4 (P3, P4, P5, P6) e, al termine dal trattamento, si assiste ad una remissione sintomatica nella quasi totalità dei casi.

Rispetto all'andamento longitudinale, gli episodi di alimentazione incontrollata si estinguono a partire dal 6° mese di trattamento, senza che il comportamento ricompaia in modo significativo nella quasi totalità dei casi. L'unica eccezione riguarda P5 che presenta una condizione sintomatica florida e tendenzialmente invariata per tutta la durata del trattamento. Al contrario, l'osservazione delle frequenze relative alle strategie di compensazione indica una remissione sintomatica nella totalità dei casi fra il 6° e il 12° mese di trattamento.

Tab. III.8 Comportamenti alimentari abnormi: andamento longitudinale

ESITO DEL TRATTAMENTO		ID	BASELINE	6 MESI	12 MESI	18 MESI	24 MESI
<i>ABBUFFATE</i>	Drop out	<b>P1</b>	---				
	Conclusione a termine	<b>P2</b>	---	---	---	---	---
		<b>P4</b>	3	0	0	1	0
		<b>P5</b>	3		2	2	3
	Conclusione precoce	<b>P3</b>	1	0			
		<b>P6</b>	1		0		
<i>STRATEGIE DI COMPENSAZIONE *</i>	Drop out	<b>P1</b>	---				
	Conclusione a termine	<b>P2</b>	---	---	---	---	---
		<b>P4</b>	2	0	0	0	0
		<b>P5</b>	2		2	0	0
	Conclusione precoce	<b>P3</b>	1	0			
		<b>P6</b>	1		0		

**Note.** la frequenza dei comportamenti alimentari abnormi è riferita ai 7 giorni precedenti; \* in tutti i soggetti esaminati l'unico comportamento purgativo adottato è il vomito auto-indotto.

Per la valutazione case-by-case del cambiamento longitudinale degli **indicatori secondari di outcome**, si è proceduto attraverso il calcolo del Clinical Significant Change (CSC; Jacobson & Truax, 1991).

Trattandosi di un indice di cambiamento clinico, si è proceduto alla valutazione del CSC solo per quelle scale che al momento dell'assessment pre-trattamento mostravano punteggi superiori al cutoff o che lo hanno oltrepassato nel corso della terapia. Inoltre, dall'analisi è stata esclusa la paziente P1 per la quale non vi sono valutazioni oltre la baseline, avendo abbandonato il trattamento al 6° mese.

Rispetto alla presenza di comportamenti e attitudini alimentari abnormi e altri tratti psicologicamente rilevanti nei DCA (EDI-2), emergono dei profili clinici indicativi di numerosi cambiamenti significativi nella quasi totalità dei casi (tab. III.9).

P2, al termine del trattamento, presenta un profilo clinico caratterizzato da una remissione sintomatica (recovered) in tutte le sottoscale che all'assessment iniziale mostravano punteggi al di sopra del cutoff (P, SI, CE, IS). Nel corso dei 24 mesi di trattamento il cambiamento non ha avuto un andamento regolare: le difficoltà sul versante interpersonale (SI, IS) permangono invariate fino al termine del trattamento, unico momento in cui soddisfano i criteri per la remissione totale

(T<sub>4</sub>: recovered); i livelli di perfezionismo (P) mostrano un andamento del tipo down-up-down, con un iniziale e significativo decremento (T<sub>1</sub>: recovered), seguito da un nuovo incremento nelle fasi intermedie del trattamento (T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>: unchanged) per tornare a livelli non clinicamente significativi al termine del gruppo (T<sub>4</sub>: recovered). Solo i livelli di consapevolezza enterocettiva mostrano un trend più graduale, presentando nel tempo degli iniziali miglioramenti e giungendo a livelli non più clinicamente rilevanti al termine del gruppo (T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>: improved; T<sub>4</sub>: recovered).

P3 ha concluso precocemente il trattamento (11 mesi); i profili di cambiamento clinico indicano una condizione invariata nei livelli di sintomatologia di quasi tutte le sottoscale che apparivano inizialmente oltre il cutoff (IM, IN, SI, PM, IS; T<sub>1</sub>: unchanged) e un peggioramento statisticamente e clinicamente significativo alla scala ASC (T<sub>1</sub>: deteriorated): al momento dell'uscita dal trattamento, pertanto, la paziente presenta accentuate spinte auto-sacrificanti, significativi livelli di inadeguatezza e desideri di dimagrimento, difficoltà nell'assunzione dei ruoli sociali adulti e, sul versante relazionale, riluttanza a costruire relazioni intime e verso le relazioni sociali in generale. L'unica eccezione riguarda gli episodi di alimentazione incontrollata e il pensiero relativo ad essi (BU) che, al momento della sospensione del trattamento, appaiono in totale remissione (T<sub>1</sub>: recovered).

P4, al termine dei 24 mesi di trattamento, mostra cambiamenti significativi in quasi tutte le sottoscale che alla baseline apparivano oltre il cutoff (IM, BU, IC, IN, P, SI, CE, PM, I), soddisfacendo i criteri per la remissione sintomatica o il miglioramento. L'analisi longitudinale mostra pattern di cambiamento differenti fra le singole aree. In particolare, le scale sintomatiche e relative ad atteggiamenti ed attitudini verso l'alimentazione, quali i comportamenti e i pensieri bulimici (BU), l'impulso al dimagrimento (IM) e i livelli di insoddisfazione corporea (IC), presentano una repentina remissione sintomatica sin dalla prima rilevazione in itinere (T<sub>1</sub>: recovered) che rimane costante per tutta durata della terapia; un andamento analogo si osserva per i livelli di inadeguatezza (IN) e la difficoltà ad assumere ruoli sociali adulti (PM) che, a partire dal 12° mese, soddisfano i criteri per la remissione sintomatica (T<sub>2</sub>: recovered), mostrando il mantenimento nel tempo di tali cambiamenti. Al contrario, il cambiamento relativo ai livelli di

impulsività (I), alla scarsa consapevolezza enterocettiva (CE) al perfezionismo (P) e alle difficoltà nella creazione di relazioni interpersonali intime (SI) mostra andamenti irregolari, oscillando fra remissioni e peggioramenti per tutto il corso della terapia: nello specifico, al termine del trattamento, appaiono migliorate le iniziali difficoltà connesse all'eccessiva impulsività e alla scarsa consapevolezza enterocettiva (T<sub>4</sub>: improved) mentre risultano invariati gli eccessivi livelli di perfezionismo e la sfiducia verso le relazioni interpersonali (T<sub>4</sub>: unchanged).

P5, al termine dei 17 mesi di trattamento, non presenta cambiamenti significativi nella quasi totalità delle scale che all'assessment pre-gruppo apparivano al di sopra del cutoff (IM, BU, IC, IN, P, SI, CE, PM, IS). Fra queste, solo l'impulso alla magrezza (IM) e i comportamenti e pensieri bulimici (BU) hanno mostrato delle oscillazioni, caratterizzandosi per una remissione sintomatica nelle fasi intermedie della terapia (recovered) per poi peggiorare nuovamente con l'avvicinarsi della chiusura del gruppo (T<sub>4</sub>: unchanged). L'unica eccezione riguarda i livelli di perfezionismo (P) che, a partire dal 12° mese e fino al termine della terapia, soddisfano i criteri per la remissione completa (recovered).

P6, al termine degli 11 mesi di trattamento, soddisfa i criteri per la remissione completa (recovered) in tutte le scale che al momento dell'inserimento in gruppo mostravano punteggi al di sopra del cutoff (IM, IC, CE, ASC). L'analisi dell'andamento longitudinale indica che la diminuzione dell'impulso alla magrezza, dell'insoddisfazione corporea, delle difficoltà connesse alla consapevolezza enterocettiva e nelle tendenze auto-scarificanti avvengono nell'arco dei primi 6 mesi di terapia e si mantengono tali per tutto il restante periodo di permanenza in gruppo.

Tab. III.9 EDI-2 e valutazione del CSC

ID	Scale EDI-2	T					RCI			
		T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	T <sub>0</sub> -T <sub>2</sub>	T <sub>0</sub> -T <sub>3</sub>	T <sub>0</sub> -T <sub>4</sub>
P2	IM	5	6	9	9	0	---	---	---	---
	BU	1	0	2	4	0	---	---	---	---
	IC	13	9	13	14	3	---	---	---	---
	IN	6	2	7	5	1	---	---	---	---
	P	17	9	12	14	7	-2.64 <sup>b</sup>	-1.65 <sup>c</sup>	-.99 <sup>c</sup>	-3.30 <sup>a</sup>
	SI	14	16	12	14	0	+0.71 <sup>c</sup>	-.71 <sup>c</sup>	0 <sup>c</sup>	-4.65 <sup>a</sup>

	CE	25	26	17	16	0	+0.27 <sup>c</sup>	-2.21 <sup>b</sup>	-2.49 <sup>b</sup>	-6.92 <sup>a</sup>
	PM	3	5	2	1	6	---	---	---	---
	ASC	11	5	8	10	1	---	---	---	---
	I	9	9	11	11	0	---	---	---	---
	IS	16	13	13	14	0	-1.02 <sup>c</sup>	-1.02 <sup>c</sup>	-0.68 <sup>c</sup>	-5.48 <sup>a</sup>
<b>P3</b>	IM	15	9				-1.93 <sup>c</sup>			
	BU	10	2				-3.11 <sup>a</sup>			
	IC	14	3				---			
	IN	18	12				-1.40 <sup>c</sup>			
	P	5	5				---			
	SI	5	5				---			
	CE	9	8				---			
	PM	18	13				-1.54 <sup>c</sup>			
	ASC	7	15				+2.14 <sup>d</sup>			
	I	4	1				---			
	IS	13	8				-1.71 <sup>c</sup>			
<b>P4</b>	IM	21	0	0	2	6	-6.75 <sup>a</sup>	-6.75 <sup>a</sup>	-6.11 <sup>a</sup>	-4.82 <sup>a</sup>
	BU	12	0	0	0	0	-4.67 <sup>a</sup>	-4.67 <sup>a</sup>	-4.67 <sup>a</sup>	-4.67 <sup>a</sup>
	IC	25	6	5	4	4	-4.82 <sup>a</sup>	-5.08 <sup>a</sup>	-5.33 <sup>a</sup>	-5.33 <sup>a</sup>
	IN	17	12	5	1	0	-1.16 <sup>c</sup>	-2.80 <sup>a</sup>	-3.73 <sup>a</sup>	-3.96 <sup>a</sup>
	P	14	11	4	4	13	-0.99 <sup>c</sup>	-3.30 <sup>a</sup>	-3.30 <sup>a</sup>	-0.33 <sup>c</sup>
	SI	12	12	10	1	7	0 <sup>c</sup>	-0.71 <sup>c</sup>	-3.89 <sup>a</sup>	-1.77 <sup>c</sup>
	CE	24	15	3	3	14	-2.49 <sup>b</sup>	-5.82 <sup>a</sup>	-5.82 <sup>a</sup>	-2.77 <sup>b</sup>
	PM	23	18	8	5	0	-1.54 <sup>c</sup>	-4.63 <sup>a</sup>	-5.55 <sup>a</sup>	-7.10 <sup>a</sup>
	ASC	11	2	4	1	6	---	---	---	---
	I	20	11	5	1	12	-2.27 <sup>a</sup>	-3.79 <sup>a</sup>	-4.78 <sup>a</sup>	-2.02 <sup>b</sup>
	IS	9	12	5	0	10	---	---	---	---
<b>P5</b>	IM	20		4	19	16		-5.14 <sup>a</sup>	-0.32 <sup>c</sup>	-1.29 <sup>c</sup>
	BU	10		3	4	15		-2.72 <sup>a</sup>	-2.33 <sup>a</sup>	+1.94 <sup>c</sup>
	IC	19		14	19	26		-1.27 <sup>c</sup>	0 <sup>c</sup>	+1.78 <sup>c</sup>
	IN	17		15	16	20		-0.46 <sup>c</sup>	-0.23 <sup>c</sup>	+0.70 <sup>c</sup>
	P	13		8	7	4		-1.65 <sup>c</sup>	-1.98 <sup>a</sup>	-2.97 <sup>a</sup>
	SI	10		11	12	10		+0.35 <sup>d</sup>	+0.71 <sup>d</sup>	0 <sup>d</sup>
	CE	17		14	12	14		-0.83 <sup>c</sup>	-1.38 <sup>c</sup>	-0.95 <sup>c</sup>
	PM	13		17	13	12		+1.23 <sup>c</sup>	0 <sup>c</sup>	-0.31 <sup>c</sup>
	ASC	9		5	3	5		---	---	---
	I	4		10	8	9		---	---	---
	IS	12		12	13	18		0 <sup>c</sup>	+0.34 <sup>c</sup>	+1.03 <sup>c</sup>

<b>P6</b>	IM	17	0	-5.47 <sup>a</sup>
	BU	5	0	-1.94 <sup>c</sup>
	IC	18	0	-4.57 <sup>a</sup>
	IN	5	2	---
	P	2	0	---
	SI	3	0	---
	CE	21	12	-2.49 <sup>a</sup>
	PM	3	2	---
	ASC	14	0	-3.75 <sup>a</sup>
	I	6	0	---
	IS	4	0	---

**Note.** IM: Impulso alla magrezza (cutoff: 14.4); BU: Bulimia (cutoff: 7.4); IC: Insoddisfazione Corporea (cutoff: 15.7); IN: Inadeguatezza (cutoff: 12.8); P: Perfezionismo (cutoff: 8); SI: Sfiducia Interpersonale (cutoff: 7); CE: Consapevolezza Enterocettiva (cutoff: 13.7); PM: Paura della Maturità (cutoff: 9.4); ASC: Ascetismo (cutoff: 11.2); I: Impulsività (cutoff: 11.4); IS: Insicurezza Sociale (cutoff: 10.1). CSC: Clinical Significant Change; RCI=Reliable Change Index;

**Profili:** <sup>a</sup>Recovered; <sup>b</sup>Improved; <sup>c</sup>Unchanged; <sup>d</sup>Deteriorated

Nel complesso, sembra possibile affermare che il trattamento è stato efficace rispetto al cambiamento di molte delle scale relative a comportamenti e attitudini verso l'alimentazione e altre dimensioni psicologiche rilevanti nei DCA in n.3 pazienti (P2, P4, P6). In una delle pazienti (P3) che ha concluso precocemente la terapia si rileva un cambiamento di tipo esclusivamente sintomatico (BU) mentre per un'altra paziente (P5), pur avendo portato a termine il trattamento, non si riscontrano miglioramenti significativi nella sintomatologia presente al momento dell'ingresso in gruppo. Inoltre, l'analisi longitudinale dei profili clinici derivanti dal CSC suggerisce l'assenza di un pattern regolare di cambiamento e trasversale tra i pazienti, oscillando fra il 6° e il 24° mese di trattamento e mostrando andamenti irregolari in diversi casi.

Rispetto **funzionamento psicologico** (OQ-45), il CSC indica che il trattamento è stato efficace in diversi casi (tab. III.10).

Fra i n4 pazienti che al momento dell'avvio del trattamento presentavano punteggi oltre il cutoff, P2 e P4 dopo 24 mesi di terapia soddisfano i criteri per la remissione sintomatica completa, seppur con una tempistica lievemente differente: P2 infatti presenta un miglioramento statisticamente significativo a

partire dal 6° mese che permane per tutto il corso della terapia (T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>: improved), giungendo ad una remissione completa solo al termine del trattamento (T<sub>4</sub>: recovered); P4 invece mostra un miglioramento dopo il primo anno di trattamento (T<sub>2</sub>: improved), soddisfacendo i criteri per la remissione nel corso delle due successive rilevazioni (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>: recovered).

P3, al momento della conclusione del trattamento, mostra una condizione sintomatica invariata rispetto al momento di avvio del gruppo (T<sub>1</sub>: unchanged) mentre P5, pur portando a termine la terapia, presenta livelli di malessere invariati per tutto il trattamento (T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>: unchanged) che peggiorano significativamente in corrispondenza della chiusura del gruppo (T<sub>4</sub>: deteriored).

Infine, nel paziente P6 non si registra alcuna compromissione nel funzionamento psicologico sin dall'avvio del trattamento e tale condizione permane per tutto il corso della terapia.

Tab. III.10 Funzionamento psicologico (OQ-45) e valutazione del CSC

ID	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>2</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>3</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>4</sub>
<b>P2</b>	103	84	85	85	64	-2.37 <sup>b</sup>	-2.24 <sup>b</sup>	-2.24 <sup>b</sup>	-4.73 <sup>a</sup>
<b>P3</b>	84	71				-1.62 <sup>c</sup>			
<b>P4</b>	111	100	74	39	55	-1.37 <sup>c</sup>	-4.61 <sup>b</sup>	-8.97 <sup>a</sup>	-6.98 <sup>a</sup>
<b>P5</b>	84		89	98	118		+0.62 <sup>c</sup>	+1.74 <sup>c</sup>	+4.24 <sup>d</sup>
<b>P6</b>	55		16				---		

**Note.** OQ-45: Outcome Questionnaire-45; CSC: Clinical Significant Change; RCI: Reliable Change Index; **Profili:** <sup>a</sup>Recovered; <sup>b</sup>Improved; <sup>c</sup>Unchanged; <sup>d</sup>Deteriorated

Nel complesso sembra possibile affermare che il trattamento è stato efficace nel miglioramento del funzionamento psicologico in n2 casi (P2, P4), consentendo un senso di maggiore benessere emotivo, diminuzione delle difficoltà relazionali, nella gestione dei ruoli sociali e un incremento della qualità della vita percepita. In questi casi, il cambiamento è avvenuto fra il 6° e il 12° mese di trattamento, con punteggi pressoché stabili nel corso delle successive rilevazioni. Rispetto alle altre due pazienti che al momento dell'avvio del gruppo presentavano difficoltà clinicamente significative, il trattamento non sembra essere stato efficace nel determinare un cambiamento (P3, P5), facendo registrare in un caso (P5) una intensificazione delle difficoltà al termine del gruppo.

Per quanto attiene ai **livelli di autostima** (RSES) (tab. III.11), fra le n.3 pazienti che al momento dell'avvio del trattamento presentavano punteggi al di sotto del cutoff, si registrano miglioramenti significativi solo in un caso: *P4*, infatti, soddisfa i criteri per la remissione dopo un anno di terapia ( $T_2$ : recovered), mantenendo tali miglioramenti stabili fino alla conclusione del gruppo.

Al contrario, *P3* e *P5* presentano un punteggio invariato per tutto il tempo di permanenza in trattamento (*P3*:  $T_1$  unchanged; *P5*:  $T_2, T_3, T_4$  unchanged), fino all'uscita dal gruppo.

Infine, *P2* e *P6* mostrano adeguati livelli di autostima sin dall'avvio del trattamento, con punteggi che, nel corso delle rilevazioni longitudinali, appaiono ulteriormente incrementati.

Tab. III.11 Autostima e valutazione del CSC

ID	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>2</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>3</sub>	RCI T <sub>0</sub> -T <sub>4</sub>
<b>P2</b>	15	15	18	14	18	---	---	---	---
<b>P3</b>	7	10				+1.16 <sup>c</sup>			
<b>P4</b>	11	8	18	18	21	-1.16 <sup>c</sup>	+2.71 <sup>a</sup>	+2.71 <sup>a</sup>	+3.87 <sup>a</sup>
<b>P5</b>	7		6	5	4		-.39 <sup>c</sup>	-.77 <sup>c</sup>	-1.16 <sup>c</sup>
<b>P6</b>	21		29				---		

Note. RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; CSC: Clinical Significant Change; RCI: Reliable Change Index;

Profili: <sup>a</sup>Recovered; <sup>b</sup>Improved; <sup>c</sup>Unchanged; <sup>d</sup>Deteriorated.

Nel complesso è possibile affermare che, fra i n.3 pazienti che al momento dell'avvio del gruppo mostravano bassi livelli di autostima, si evidenziano miglioramenti clinicamente e statisticamente significativi solo in un caso (*P4*); il cambiamento interviene a partire dal 12° mese, con livelli in crescente aumento nel corso delle rilevazioni successive.

Rispetto agli **stati emotivi** (POMS), il CSC mostra cambiamenti non omogenei fra le pazienti (tab. III.12).

*P2* al termine del trattamento presenta un cambiamento clinicamente e statisticamente significativo solo in alcune delle sottoscale che all'assessment iniziale mostravano punteggi al di sopra del cutoff. Nello specifico, lo stato

depressivo e il senso di inadeguatezza interpersonale (Fattori D) appaiono del tutto scomparsi (T<sub>4</sub>: recovered) e significativamente migliorate risultano anche le difficoltà connesse alla presenza di ostilità e diffidenza relazionale (Fattore A). In entrambi i casi, il cambiamento avviene a partire dal 12° mese di trattamento (T<sub>4</sub>: improved) e si mantiene tendenzialmente stabile nel corso delle successive rilevazioni longitudinali, pur oscillando fra miglioramenti e remissioni complete (Fattore D: T<sub>2</sub>, recovered, T<sub>3</sub> improved; Fattore A: T<sub>2</sub> recovered, T<sub>3</sub> improved). Al contrario, i livelli di tensione e ansia (Fattore T) e i livelli di inefficacia cognitiva ad assi correlati (Fattore C), a parte un temporaneo miglioramento dopo 6 mesi di trattamento (Fattore T: T<sub>1</sub> recovered; Fattore C: T<sub>1</sub> improved), appaiono pressoché invariati sia longitudinalmente (T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>: unchanged) che al post trattamento (T<sub>4</sub>: unchanged), analogamente alla presenza di noia e scarsa energia psico-fisica (Fattore S), che mantiene una intensità di rilevanza clinica durante tutte le valutazioni (T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>: unchanged).

P3 all'unica rilevazione disponibile prima della sua uscita dal trattamento, non presenta alcun cambiamento statisticamente e clinicamente significativo in nessuna delle scale inizialmente problematiche (Fattori T, D, V, S: T<sub>1</sub> unchanged), mostrando il permanere di elevati livelli di tensione, sentimenti ansioso-depressivi, senso di inadeguatezza interpersonale oltre a sentimenti di noia e scarsa energia psico-fisica.

P4, pur mostrando una remissione sintomatica al termine del trattamento in quasi tutte le scale i cui punteggi iniziali apparivano oltre il cutoff, presenta un andamento irregolare del processo di cambiamento. Dopo i primi 6 mesi di gruppo, infatti, si rileva un peggioramento statisticamente e clinicamente significativo ai Fattori D ed A (T<sub>1</sub>: deteriored), mostrando un notevole incremento dell'iniziale stato depressivo, di inadeguatezza interpersonale e dei livelli di ostilità e diffidenza relazionale. Tali picchi sembrano rientrare progressivamente nel corso delle rilevazioni successive e, a partire dal 18° mese e fino al termine del trattamento, il CSC indica un profilo di miglioramento significativo abbastanza generalizzato, con una remissione delle problematiche di tensione e ansia (Fattore T) e del senso di inefficacia cognitiva ad esse correlato (Fattore C), dei vissuti depressivi e di inadeguatezza precedentemente esacerbati (Fattore D) oltre che un

miglioramento del precedente stato di fiacchezza e spossatezza psico-fisica (Fattore S) (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>: recovered). Solo i sentimenti di ostilità e diffidenza relazionale (Fattore A) risultano inalterati (T<sub>4</sub>: unchanged), pur avendo avuto un netto seppur temporaneo miglioramento (T<sub>3</sub>: recovered) a seguito dell'iniziale intensificazione nei punteggi.

P5 non presenta alcun cambiamento statisticamente e clinicamente significativo in nessuna delle scale inizialmente problematiche né al termine del trattamento né nel corso delle rilevazioni intermedie (T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>: unchanged), mostrando il permanere di elevati livelli di ansia (Fattore T) e di inefficacia cognitiva ad essa correlata (Fattore C), sentimenti depressivi e di inadeguatezza interpersonale (Fattore D) oltre a noia, scarsa energia psico-fisica (Fattori V, S) e diffidenza relazionale (Fattore A). Inoltre, quest'ultimo aspetto appare peggiorato in modo statisticamente e clinicamente significativo al termine del gruppo (T<sub>4</sub>: deteriorated). Infine, P6 al termine del trattamento presenta una totale remissione degli iniziali sentimenti di tensione ed ansia (Fattore T: T<sub>3</sub>, recovered), unica dimensione problematica al momento dell'assessment pre-gruppo.

Tab. III.12 Stati emotivi e valutazione del CSC

ID	Fattori	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	T <sub>3</sub>	T <sub>4</sub>	RCI	RCI	RCI	RCI
							T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	T <sub>0</sub> -T <sub>2</sub>	T <sub>0</sub> -T <sub>3</sub>	T <sub>0</sub> -T <sub>4</sub>
<b>P2</b>	T	67	76	52	69	71	+1.18 <sup>c</sup>	-1.97 <sup>a</sup>	+0.26 <sup>c</sup>	+0.52 <sup>c</sup>
	D	90	83	51	68	59	-1.14 <sup>c</sup>	-6.33 <sup>a</sup>	-3.57 <sup>b</sup>	-5.03 <sup>a</sup>
	A	81	83	60	34	61	+0.29 <sup>c</sup>	-3.08 <sup>a</sup>	-6.90 <sup>a</sup>	-2.94 <sup>b</sup>
	V	44	41	39	31	51	---	---	---	---
	S	77	77	66	68	63	0 <sup>c</sup>	-1.36 <sup>c</sup>	-1.12 <sup>c</sup>	-1.74 <sup>c</sup>
	C	81	76	63	72	67	-0.58 <sup>c</sup>	-2.10 <sup>b</sup>	-1.05 <sup>c</sup>	-1.63 <sup>c</sup>
<b>P3</b>	T	54	66				+1.57 <sup>c</sup>			
	D	64	68				+0.65 <sup>c</sup>			
	A	49	55				---			
	V	38	34				-0.63 <sup>c</sup>			
	S	61	72				+1.36 <sup>c</sup>			
	C	56	59				---			
<b>P4</b>	T	76	82	69	43	52	+0.78 <sup>c</sup>	-0.91 <sup>c</sup>	-4.31 <sup>a</sup>	-3.14 <sup>a</sup>
	D	74	91	68	52	53	+2.76 <sup>d</sup>	-0.97 <sup>c</sup>	-3.57 <sup>a</sup>	-3.41 <sup>a</sup>
	A	66	83	75	48	58	+2.49 <sup>d</sup>	+1.32 <sup>c</sup>	-2.64 <sup>a</sup>	-1.17 <sup>c</sup>

	V	46	44	56	46	48	---	---	---	---
	S	77	81	81	50	59	+0.50 <sup>c</sup>	+0.50 <sup>c</sup>	-3.35 <sup>a</sup>	-2.23 <sup>a</sup>
	C	83	67	76	34	59	-1.87 <sup>c</sup>	-0.82 <sup>c</sup>	-5.72 <sup>a</sup>	-2.80 <sup>a</sup>
<b>P5</b>	T	58		62	71	69		+0.52 <sup>c</sup>	+1.69 <sup>c</sup>	+1.44 <sup>c</sup>
	D	81		76	91	88		-0.81 <sup>c</sup>	+1.62 <sup>c</sup>	+1.14 <sup>c</sup>
	A	58		67	68	74		+1.32 <sup>c</sup>	+1.47 <sup>c</sup>	+2.35 <sup>d</sup>
	V	33		29	44	26		-1.57 <sup>c</sup>	+1.73 <sup>c</sup>	-1.10 <sup>c</sup>
	S	66		57	72	68		-1.15 <sup>c</sup>	+0.74 <sup>c</sup>	+0.25 <sup>c</sup>
	C	54		50	67	67		-0.47 <sup>c</sup>	+1.52 <sup>c</sup>	+1.52 <sup>c</sup>
<b>P6</b>	T	64		43					-2.74 <sup>a</sup>	
	D	54		41					---	
	A	59		48					---	
	V	61		75					---	
	S	48		43					---	
	C	54		41					---	

**Note.** Fattore T: Tensione/ansia; Fattore D: Depressione/avvilimento; Fattore A: Aggressività/rabbia; Fattore V: Vigore/attività; Fattore S: Stanchezza/indolenza; Fattore C: Confusione/sconcerto. CSC: Clinical Significant Change; RCI: Reliable Change Index; **Profili:** <sup>a</sup>Recovered; <sup>b</sup>Improved; <sup>c</sup>Unchanged; <sup>d</sup>Deteriorated

Nel complesso possiamo affermare che, rispetto al cambiamento degli iniziali stati emotivi disfunzionali, il trattamento mostra una efficacia parziale. Infatti, solo due pazienti mostrano un miglioramento generale della sfera emotiva (P4, P6), mentre negli altri casi si registrano cambiamenti parziali (P2) o non cambiamenti (P3, P5). Inoltre, il cambiamento laddove avvenuto sembra manifestarsi fra il 6° e il 12° mese di trattamento.

Da un punto di vista **diagnostico**, n.3 pazienti (P2, P4, P6) non soddisfano più i criteri diagnostici iniziali e n.2 paziente (P3, P5), effettuando una migrazione transdiagnostica, soddisfano i criteri per la diagnosi di DCA NAS (tab. III.13).

Tab. III.13 Inquadramenti diagnostici pre-post trattamento

	DIAGNOSI PRE-TRATTAMENTO	DIAGNOSI POST-TRATTAMENTO
<b>P1</b>	AN sottotipo “con restrizioni”	<i>drop out</i>
<b>P2</b>	DCA NAS	assente
<b>P3</b>	BU sottotipo “con condotte di eliminazione”	DCA NAS
<b>P4</b>	BU “con condotte di eliminazione”	assente
<b>P5</b>	AN “abbuffate/condotte di eliminazione”	DCA NAS
<b>P6</b>	DCA NAS	assente

#### III.4.4 Tempo di permanenza in trattamento ed outcome individuali

Il quarto obiettivo della ricerca prevede una valutazione dell’influenza del tempo di permanenza in trattamento sui punteggi di esito individuali, per il cui raggiungimento si è proceduto attraverso un Unconditional Linear Growth Model. L’analisi dei risultati indica che la durata del trattamento ha una influenza significativa su diversi indicatori di outcome sia primari che secondari.

Fra gli indicatori primari, la durata del trattamento ha una influenza significativa sulla frequenza degli episodi di vomito autoindotto ( $\beta_{00} = .838$ ,  $p = .009$ ;  $\beta_{10} = -.268$ ,  $p = .020$ ) e sul BMI ( $\beta_{00} = 17.901$ ,  $p = .000$ ;  $\beta_{10} = .401$ ,  $p = .009$ ), ovvero la maggiore lunghezza del trattamento è associata ad una diminuzione della frequenza degli episodi di vomito autoindotto e ad un miglioramento delle condizioni di peso-forma.

Fra gli indicatori secondari, il tempo di ritenzione in trattamento ha una influenza significativa sulle scale IN ( $\beta_{00} = 13.546$ ,  $p = .004$ ;  $\beta_{10} = -1.808$ ,  $p = .021$ ), P ( $\beta_{00} = 9.898$ ,  $p = .003$ ;  $\beta_{10} = -1.284$ ,  $p = .049$ ), SI ( $\beta_{00} = 11.252$ ,  $p = .000$ ;  $\beta_{10} = -1.541$ ,  $p = .029$ ), CE ( $\beta_{00} = 17.227$ ,  $p = .000$ ;  $\beta_{10} = -2.442$ ,  $p = .034$ ), PM ( $\beta_{00} = 11.811$ ,  $p = .002$ ;  $\beta_{10} = -1.780$ ,  $p = .050$ ) ASC ( $\beta_{00} = 9.205$ ,  $p = .000$ ;  $\beta_{10} = -1.559$ ,  $p = .018$ ); ovvero, ad una maggiore permanenza in trattamento corrisponde un miglioramento di molti dei tratti psicologicamente rilevanti nei quadri di DCA, determinando una diminuzione dei livelli di inadeguatezza, di perfezionismo, di sfiducia interpersonale, dei timori connessi alla maturità, dei livelli di ascetismo ed un miglioramento della consapevolezza enterocettiva.

Non si riscontrano invece relazioni significative con la frequenza dei comportamenti di alimentazione incontrollata, con le scale sintomatiche dell’EDI-

2 (IM, BU, IC), gli stati emotivi (POMS), i livelli di autostima (RSES) e il funzionamento psicologico (OQ-45).

#### *III.4.5 Turnover dei membri del gruppo ed outcome individuali*

In quanto gruppo semi-aperto, la membership e l'ampiezza del gruppo sono variate nel corso del trattamento, con un numero di partecipanti che ha oscillato da un minimo di 3 a un massimo di 6. Per descrivere i cambiamenti nella composizione del gruppo nel corso del tempo si è proceduto al calcolo del Percentage of Group Change Index (PGCI) (Morgan-Lopez et al., 2007).

La media del PGCI del gruppo è pari a 18.4 (SD 29.24), con un range da 0% (assenza di turnover fra le sessioni) a 67%.

In relazione a quanto previsto dall'obiettivo 5 della presente ricerca, si è proceduto al calcolo di un Conditional Growth MLM with one covariate per valutare l'influenza del turnover della membership del gruppo (PGCI) nel corso del tempo sugli outcome individuali.

La stima dei parametri così ottenuta indica l'assenza di influenze significative; ovvero, le entrate e le uscite dal gruppo non influenzano le variazioni degli indicatori sintomatologici primari (BMI, frequenza dei comportamenti di abbuffata e compensativi) e secondari (EDI-2, OQ-45, RSES, POMS).

### **III.5 Risultati: variabili di processo**

#### *III.5.1 Analisi descrittive*

Il numero mediano di soggetti presenti alle rilevazioni mensili delle variabili di processo è N4.

L'**alleanza terapeutica** è stata definita da Tasca et al. (2010) nei termini di *cultura di gruppo*, caratterizzata dallo strutturarsi di legami fra il singolo e il gruppo nel suo insieme, nonché da una condivisione di compiti e obiettivi della terapia.

Al momento dell'avvio del trattamento il punteggio medio del gruppo è pari a 3.87 (DS .68); la media dei punteggi di alleanza dei partecipanti nel corso dei mesi di trattamento è pari a 4.88 (DS .55) mentre il valore medio

dell'AdjustedGroup CalPAS è pari a 4.71 (DS .61). I valori medi di alleanza verso il gruppo per ciascuna rilevazione rispetto ai singoli pazienti sono riportati in tab. III.14.

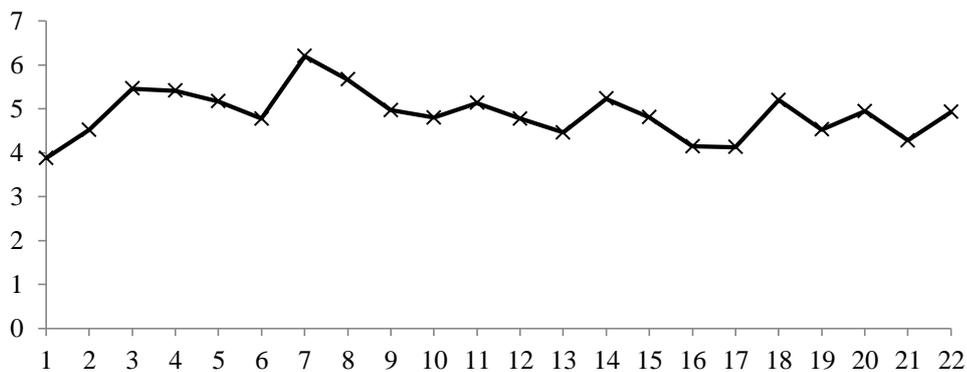
Tab. III.14 Medie e DS dei punteggi individuali di alleanza

Rilevazioni	N per mese	M	DS
1	4	3.87	0.68
2	4	4.52	1.26
3	4	5.46	0.65
4	4	5.41	1.20
5	4	5.17	0.63
6	4	4.77	0.87
7	6	6.19	0.76
8	5	5.66	0.92
9	5	4.97	1.05
10	5	4.80	1.42
11	5	5.13	0.73
12	4	4.77	1.27
13	4	4.46	0.98
14	4	5.23	0.65
15	4	4.80	0.75
16	4	4.14	1.12
17	4	4.12	0.96
18	3	5.19	0.92
19	3	4.53	0.42
20	3	4.94	1.31
21	3	4.28	0.83
22	3	4.92	1.01

Note. *N per mese* fa riferimento al numero di pazienti presenti in trattamento al momento della rilevazione.

L'ispezione grafica dei dati medi longitudinali (graf. III.1) sembra indicare livelli di alleanza verso il gruppo che, pur mostrando oscillazioni, si attestano su valori medio-alti per tutta la durata del trattamento.

Graf. III.1 Andamento longitudinale medio dell'alleanza con il gruppo



Il **clima di gruppo** può essere inteso come l'atmosfera presente fra i partecipanti nel corso di un dato incontro in riferimento anche ai modelli di comportamento dei singoli membri (MacKenzie, 1983). Al momento dell'avvio del trattamento il punteggio medio del clima Coinvolgente è pari a 2.20 (DS .99), la media dei punteggi dei partecipanti nel corso dei mesi di trattamento è pari a 3.36 (DS .74) mentre il valore medio dell'AdjustedGroup Engaged Climate è pari a 3.25 (DS .78). Rispetto al clima Evitante, al momento dell'avvio del trattamento il punteggio medio del gruppo è pari a 1.33 (DS .27), la media dei punteggi dei partecipanti nel corso dei mesi di trattamento è pari a 1.73 (DS .56) mentre il valore medio dell'AdjustedGroup Avoidance Climate è pari a 1.72 (DS .58). Per quanto riguarda il clima Conflittuale, al momento dell'avvio del trattamento il punteggio medio del gruppo è pari a 1.75 (DS 1.43), la media dei punteggi dei partecipanti nel corso dei mesi di trattamento è pari a 1.73 (DS .56) mentre il valore medio dell'AdjustedGroup Conflict Climate è pari a 1.24 (DS .58). I valori medi delle scale del GCQ per ciascuna rilevazione rispetto ai singoli pazienti sono riportati in tab. III.15.

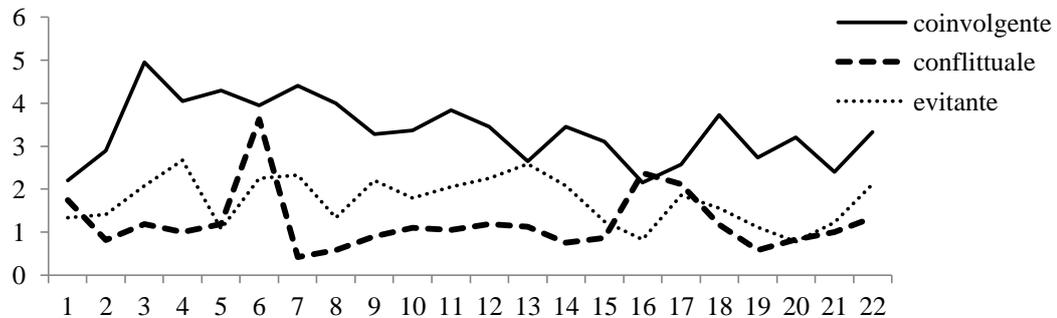
Tab. III.15 Medie e DS dei punteggi individuali del clima di gruppo

Mesi di trattamento	N per mese	Clima Coinvolgente		Clima Evitante		Clima Conflittuale	
		M	DS	M	DS	M	DS
1	4	2.20	.99	1,33	0,27	1.75	1.43
2	4	2.90	1.31	1,41	0,69	.81	.72
3	4	4.95	.66	2,08	0,01	1.19	.75
4	4	4.05	.96	2,67	1,87	1	1.06
5	4	4.30	.68	1,08	0,42	1.19	.66
6	4	3.95	.90	2,25	0,74	3.62	1.31
7	6	4.40	1.11	2,33	0,67	.42	.38
8	5	4.00	.92	1,33	0	.58	.38
9	5	3.28	.74	2,2	0,73	.90	.57
10	5	3.36	1.69	1,8	0,51	1.10	.38
11	5	3.84	.97	2,06	0,55	1.05	.65
12	4	3.45	.99	2,25	0,74	1.19	.51
13	4	2.65	.53	2,58	1,13	1.12	.72
14	4	3.45	.41	2,08	0,5	.75	.35
15	4	3.10	1.16	1,25	0,57	.87	.14
16	4	2.15	.84	0,83	0,79	2.37	1.31
17	4	2.57	.53	1,86	0,16	2.12	1.11
18	3	3.73	.58	1,56	0,38	1.17	.14
19	3	2.73	.64	1,11	0,38	.58	.29
20	3	3.20	1.74	0,78	0,51	.83	.38
21	3	2.40	.53	1,22	0,38	1	0
22	3	3.33	.50	2,11	0,51	1.33	.52

Note. *N per mese* fa riferimento al numero di pazienti presenti in trattamento al momento della rilevazione.

Attraverso il confronto fra le tre scale (graf. III.2), sembra possibile affermare che, in linea con precedenti studi (Tasca et al., 2006; Prestano et al., 2008; Illing et al., 2011), il clima del gruppo è stato tendenzialmente positivo, caratterizzandosi per più alti seppur irregolari livelli di coinvolgimento e più bassi livelli di evitamento e conflittualità.

Graf. III.2 Andamento longitudinale scale GCQ



La terza e ultima variabile di processo valutata nel presente studio è la **coesione**, ovvero quella variabile di processo che fa riferimento ai legami relazionali fra i partecipanti, il terapeuta e il gruppo nel suo insieme. Recentemente, Burlingame et al. (2011) hanno definito la coesione come una componente che descrive la struttura e la qualità della relazione terapeutica all'interno della psicoterapia di gruppo: la struttura relazionale terapeutica secondo gli Autori fa riferimento alla direzione del legame che, all'interno del gruppo, può essere verticale (paziente-terapeuta) o orizzontale (paziente-paziente o paziente-gruppo); la qualità della relazione riguarda la presenza di legami positivi o negativi all'interno del gruppo e la percezione della condivisione di compiti e obiettivi.

All'avvio del trattamento, il punteggio medio della coesione verso il gruppo (GCS) è pari a 3.58 (DS .72); la media dei punteggi di coesione al gruppo dei partecipanti nel corso dei mesi di trattamento è pari a 4.20 (DS .35) mentre il valore medio dell'AdjustedGroup GCS è pari a 4.08 (DS .50).

Rispetto alla coesione verso il terapeuta (LCS), al momento dell'avvio del trattamento il punteggio medio è pari a 3.27 (DS .79); la media dei punteggi di coesione al terapeuta dei partecipanti nel corso dei mesi di trattamento è pari a

3.85 (DS .23) mentre il valore medio dell'AdjustedGroup LCS è pari a 3.74 (DS .44).

I valori medi di coesione al gruppo e al terapeuta per ciascuna rilevazione rispetto ai singoli pazienti sono riportati in tab. III.16.

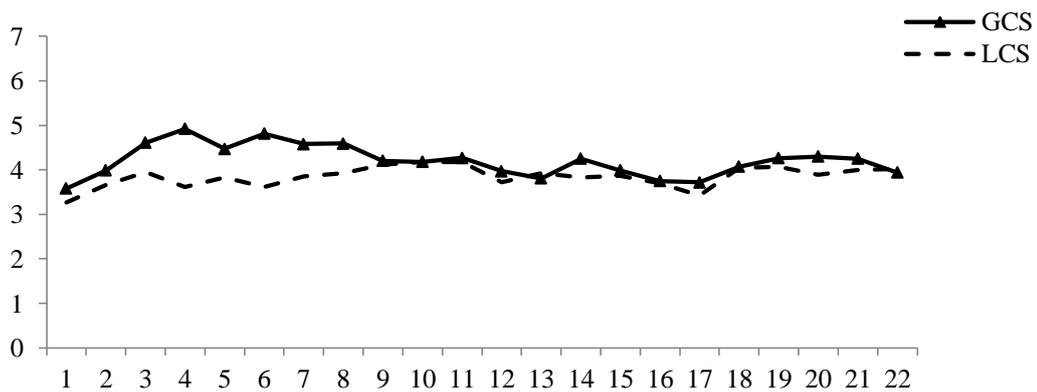
Tab. III.16 Medie e DS dei punteggi individuali di coesione verso il gruppo

Mesi di trattamento	N per mese	Coesione verso il gruppo		Coesione verso il terapeuta	
		M	DS	M	DS
1	4	3.58	.72	3.27	.79
2	4	3.99	.65	3.66	.60
3	4	4.61	.84	3.95	.58
4	4	4.92	.71	3.61	.85
5	4	4.47	.69	3.83	.81
6	4	4.81	.74	3.61	.78
7	6	4.58	.93	3.85	.68
8	5	4.59	.13	3.93	.51
9	5	4,2	.60	4.11	.44
10	5	4.18	.63	4.18	.68
11	5	4.27	.64	4.18	.67
12	4	3.97	.87	3.72	.86
13	4	3.81	.72	3.92	.62
14	4	4.25	.71	3.83	.69
15	4	3.99	.85	3.86	.50
16	4	3.75	.87	3.70	.56
17	4	3.72	.63	3.42	.51
18	3	4.07	.80	4.04	.71
19	3	4.26	.79	4.07	.68
20	3	4.30	.72	3.89	.62
21	3	4.25	.71	4.00	.65
22	3	3.94	.56	4.02	.85

Note. *N per mese* fa riferimento al numero di pazienti presenti in trattamento al momento della rilevazione.

Nel confronto fra le scale (graf. III.3), l'ispezione visiva indica un andamento medio abbastanza costante per tutto il trattamento. Nello specifico, si riscontra una iniziale intensificazione dei livelli di coesione verso il gruppo e una stabilizzazione su livelli medi di quelli verso il terapeuta durante i primi 8 mesi del gruppo. A partire dal 9° mese invece si riscontra un andamento tendenzialmente sovrapponibile fra le dure scale fino al termine del trattamento.

Graf. III.3 Andamento longitudinale della coesione verso il gruppo e verso il conduttore



### III.5.2 Effetto del gruppo e del tempo di permanenza in trattamento sul cambiamento individuale nei livelli di alleanza, clima di gruppo e coesione

In linea con quanto previsto dal sesto obiettivo della presente ricerca, per valutare se i livelli di alleanza, coesione e clima di gruppo dei singoli pazienti sono influenzati dal tempo di permanenza in trattamento e dai livelli di alleanza, coesione e clima presenti a livello del gruppo, si è proceduto attraverso l'applicazione di un Hierarchical Linear Model a tre modelli.

I 3 modelli non risultano significativi per le scale relative alla **coesione verso il terapeuta e verso il gruppo**, mentre appaiono significativi per i valori dell'alleanza e del clima di gruppo.

La tab. III.17 riporta i valori degli effetti fissi risultati dall'analisi dei 3 modelli per i dati relativi alla **alleanza terapeutica (CalPAS)**.

Il Modello 1, che valuta l'effetto del tempo sui punteggi del singolo alla CalPAS, e il Modello 2, che valuta l'effetto medio dei punteggi alla CalPAS degli altri membri del gruppo sul singolo soggetto, non risultano significativi.

Il Modello 3 valuta l'effetto medio del cambiamento nei punteggi di alleanza nel gruppo sul cambiamento dei punteggi di alleanza del singolo individuo nel corso del tempo. Questa relazione è significativa e indica che i valori dell'alleanza verso il gruppo del singolo individuo decrescono all'aumentare dei valori dell'alleanza del gruppo ( $\beta_{00}$  2.303,  $p < .05$ ;  $\beta_{30}$  -.41  $p < .05$ ).

Infine, il Modello 3 ( $\Delta \chi^2_{(1)}=-1.771$ ,  $p>.05$ ) presenta un indice di bontà di adattamento ai dati migliore del Modello 2 ( $\Delta \chi^2_{(1)}=-1.076$ ,  $p>.05$ ), seppur non a livelli significativi.

Tab. III.17 Alleanza verso il gruppo: effetti fissi per i modelli 1,2 e 3

Modello	Parametri	Coefficienti	df	t	p
1	$\beta_{00}$	4.69	7.908	15.367	<.05
	$\beta_{10}$	.004	87.530	.298	.766
D = 229,280					
2	$\beta_{00}$	4.00	76.945	5.085	<.05
	$\beta_{10}$	.006	86.314	.417	.678
	$\beta_{20}$	.142	83.654	.955	.342
D = 230,356		$\Delta \chi^2_{(1)} = -1.076$ , $p>.05$			
3	$\beta_{00}$	2.303	85.914	2.043	<.05
	$\beta_{10}$	.192	81.647	2.107	<.05
	$\beta_{20}$	.519	81.683	2.221	<.05
	$\beta_{30}$	-.041	81.873	-2.067	<.05
D = 232,127		$\Delta \chi^2_{(1)} = -1.771$ , $p>.05$			

I risultati indicano pertanto che il tempo non ha una influenza sullo strutturarsi di un legame con il gruppo e sul grado di accordo su compiti e obiettivi della terapia da parte del singolo individuo (Modello 1); analogamente, i livelli di alleanza del resto del gruppo all'interno di una singola rilevazione non hanno influenza sulla percezione dell'alleanza da parte del singolo soggetto (Modello 2). Di contro, la crescita nel corso del tempo dei punteggi di alleanza del gruppo ha un effetto inverso sui punteggi di alleanza del singolo paziente, per cui al crescere del primo decrescono i secondi (Modello 3).

La tab. III.18 riporta i valori degli effetti fissi risultati dall'analisi dei 3 modelli per i dati relativi alla sottoscala **Clima Coinvolgente** (GCQ).

Il Modello 1, che valuta l'effetto del tempo sui punteggi di coinvolgimento del singolo, non risulta significativo.

Il Modello 2 indica che i punteggi del clima coinvolgente del gruppo sono associati significativamente ai punteggi di clima coinvolgente del singolo ad ogni rilevazione. Cioè, il punteggio al clima coinvolgente del singolo aumenta all'aumentare dei punteggi di clima coinvolgente del gruppo ( $\beta_{00}$  9.19,  $p < .05$ ;  $\beta_{20}$  .460,  $p < .05$ ).

Il Modello 3 valuta l'effetto medio del cambiamento nel corso del tempo dei punteggi al clima coinvolgente del gruppo sul cambiamento dei punteggi al clima coinvolgente del singolo. Questa relazione è significativa e indica che i valori del clima coinvolgente del singolo individuo decrescono all'aumentare dei valori del gruppo alla medesima scala ( $\beta_{00}$  4.13,  $p$  .246;  $\beta_{30}$  -.05,  $p < .05$ ).

Infine, il Modello 2 ha un indice di bontà di adattamento ai dati significativamente migliore del Modello 1 ( $\Delta \chi^2_{(1)}=8.153, p < .05$ ) e del Modello 3 ( $\Delta \chi^2_{(1)}=-.563, p > .05$ ).

Tab. III.18 Clima Coinvolgente: effetti fissi per i modelli 1,2 e 3

Modello	Parametri	Coefficienti	df	t	p
1	$\beta_{00}$	17.36	14.505	12.624	<.05
	$\beta_{10}$	-.073	7.091	-.800	.426
D = 556,459					
2	$\beta_{00}$	9.196	71.729	3.256	<.05
	$\beta_{10}$	-.001	86.667	-.017	.986
	$\beta_{20}$	.460	83.541	3.313	<.05
D = 548,306		$\Delta \chi^2_{(1)} = 8,153, p < .05$			
3	$\beta_{00}$	4.128	83.822	1.167	.246
	$\beta_{10}$	.755	83.654	2.210	.030
	$\beta_{20}$	.814	82.226	3.950	<.05
	$\beta_{30}$	-.053	83.440	-2.294	<.05
D = 548,869		$\Delta \chi^2_{(1)} = -.563, p > .05$			

I risultati indicano che il coinvolgimento di ciascun individuo non tende ad aumentare nel corso delle rilevazioni e per tanto l'aumento di tale indice non dipende dal tempo di permanenza in trattamento (Modello 1). I risultati inoltre indicano che i livelli di coinvolgimento del gruppo influenzano i livelli di coinvolgimento del singolo, per cui i soggetti presenti durante le sessioni in cui gli altri membri del gruppo riferiscono elevati livelli di coinvolgimento tendono a riferire punteggi più elevati rispetto al proprio coinvolgimento verso il gruppo (Modello 2). Infine i risultati indicano che il cambiamento nel tempo dei punteggi di clima coinvolgente del gruppo influenzano il cambiamento nel tempo dei punteggi di clima coinvolgente individuale; nello specifico, all'aumentare dei primi decrescono i secondi (Modello 3).

La tab. III.19 riporta i valori degli effetti fissi risultati dall'analisi dei 3 modelli per i dati relativi alla sottoscala **Clima Conflittuale** (GCQ).

Il Modello 1, che valuta l'effetto del tempo sui punteggi del singolo alla scala conflittuale, non risulta significativo.

Il Modello 2 indica che i punteggi del clima conflittuale del gruppo sono significativamente associati ai punteggi di clima conflittuale del singolo ad ogni rilevazione. Cioè, il punteggio al clima conflittuale del singolo aumenta all'aumentare dei punteggi di clima conflittuale del gruppo ( $\beta_{00}$  1.44,  $p$  .235;  $\beta_{20}$  .686,  $p < .05$ ).

Il Modello 3, che valuta l'effetto medio del cambiamento dei valori al Clima Conflittuale da parte del gruppo sul cambiamento dei valori del singolo individuo nel corso del tempo, non risulta significativo.

Infine, il Modello 2 ha un indice di bontà di adattamento ai dati significativamente migliore del Modello 1 ( $\Delta \chi^2_{(1)} = 26,603$ ,  $p < .005$ ) e del Modello 3 ( $\Delta \chi^2_{(1)} = -5.226$ ,  $p < .05$ ).

Tab. III.19 Clima Conflittuale: effetti fissi per i modelli 1,2 e 3

Modello	Parametri	Coefficienti	df	t	p
1	$\beta_{00}$	5.192	15.292	5438	<.05
	$\beta_{10}$	-.044	84.200	-.671	.504
D = 499,313					
2	$\beta_{00}$	1.44	18.964	1.227	.235
	$\beta_{10}$	-.033	86.963	-.581	.563
	$\beta_{20}$	.686	83.772	5.946	<.05
D = 472,710		$\Delta \chi^2_{(1)} = 26,603$ , $p < .005$			
3	$\beta_{00}$	2.201	42.216	1.434	.159
	$\beta_{10}$	-.114	82.356	-.957	.342
	$\beta_{20}$	.538	84.202	2.393	.019
	$\beta_{30}$	.017	83.978	.774	.441
D = 477,936		$\Delta \chi^2_{(1)} = -5.226$ , $p < .05$			

I risultati indicano che il livello di conflittualità di ciascun individuo non tende ad aumentare nel corso delle rilevazioni e per tanto l'aumento di tale indice non dipende dal tempo di permanenza in trattamento (Modello 1). I risultati inoltre indicano che i livelli di conflittualità del gruppo influenzano i livelli di conflittualità del singolo, per cui i soggetti presenti durante le sessioni in cui gli

altri membri del gruppo riferiscono elevati livelli di conflittualità tendono a riferire punteggi più elevati inerenti la percezione di un clima conflittuale (Modello 2). Infine il cambiamento nel tempo dei punteggi gruppali di conflittualità non influenza il cambiamento nel tempo dei punteggi individuali (Modello 3).

La tab. III.20 riporta i valori degli effetti fissi risultati dall'analisi dei 3 modelli per i dati relativi alla sottoscala **Clima Evitante** (GCQ).

Il Modello 1, che valuta l'effetto del tempo sui livelli del singolo alla scala Clima Evitante, non risulta significativo.

Il Modello 2 indica che i punteggi del clima Evitante del gruppo sono significativamente associati ai punteggi di clima Evitante del singolo ad ogni rilevazione. Cioè, il punteggio al clima Evitante del singolo aumenta all'aumentare dei punteggi di clima Evitante del gruppo ( $\beta_{00}$  2.151,  $p < .05$ ;  $\beta_{20}$  .589,  $p < .05$ ).

Il Modello 3, che valuta l'effetto medio del cambiamento dei valori al Clima Evitante da parte del gruppo sul cambiamento del singolo individuo nel corso del tempo, non risulta significativo.

Infine, il Modello 2 ha un indice di bontà di adattamento ai dati significativamente migliore del Modello 1 ( $\Delta \chi^2_{(1)} = 16.082$ ,  $p < .005$ ) e del Modello 3 ( $\Delta \chi^2_{(1)} = -4.573$ ,  $p < .05$ ).

Tab. III.20 Clima Evitante: effetti fissi per i modelli 1,2 e 3

Modello	Parametri	Coefficienti	df	t	p
1	$\beta_{00}$	5.589	12.046	9.302	<.05
	$\beta_{10}$	-.057	84.996	-1.419	.159
D = 411,531					
2	$\beta_{00}$	2.151	36.995	2.159	<.05
	$\beta_{10}$	-.030	86.974	-.804	.424
	$\beta_{20}$	.589	83.808	4.575	<.05
D = 395,449		$\Delta \chi^2_{(1)} = 16.082$ , $p < .005$			
3	$\beta_{00}$	3.424	74.395	2.367	<.05
	$\beta_{10}$	-.140	81.748	-1.414	.161
	$\beta_{20}$	.327	82.292	1.296	.198
	$\beta_{30}$	.024	82.103	1.202	.233
D = 399,986		$\Delta \chi^2_{(1)} = -4.573$ , $p < .05$			

I risultati indicano che il livello di evitamento di ciascun individuo non tende ad aumentare nel corso delle rilevazioni e per tanto l'aumento di tale indice non dipende dal tempo di permanenza in trattamento (Modello 1). Inoltre i livelli di evitamento del gruppo influenzano i livelli di evitamento riferiti dal singolo, per cui i soggetti presenti durante le sessioni in cui gli altri membri del gruppo riferiscono elevati livelli di evitamento tendono a riferire punteggi più elevati rispetto al proprio evitamento verso il gruppo (Modello 2). Infine i risultati indicano che il cambiamento nel tempo dei punteggi di clima evitante del gruppo non influenza il cambiamento nel tempo dei punteggi individuali (Modello 3).

### *III.5.3 Turnover del gruppo e andamento delle variabili di processo*

Nel corso delle rilevazioni delle variabili di processo, la media del PGCI del gruppo è pari a 5 (SD 11.13), con un range da 0% (nessun cambiamento nella membership da una sessione all'altra) a 40%.

In relazione a quanto previsto dall'obiettivo 7 della presente ricerca, si è proceduto attraverso un Conditional Growth Model with one covariate per valutare l'influenza del turnover della membership (PGCI) nel corso del tempo sui livelli di alleanza, coesione e clima di gruppo individuali.

La stima dei parametri così ottenuta indica l'assenza di influenze significative sulle variabili di processo; ovvero, le entrate e le uscite dal gruppo non influenzano le variazioni dei livelli di alleanza, coesione verso il gruppo e verso il terapeuta e clima di gruppo.

### **III.6 Risultati: relazioni process-outcome**

In linea con quanto previsto dall'ultimo obiettivo della presente ricerca, si è proceduto attraverso un Conditional Growth Model with one covariate per valutare l'influenza dell'andamento delle variabili di processo (alleanza, coesione e clima) sugli indicatori di outcome.

La stima dei parametri così ottenuta (tab. III.21) indica la presenza di relazioni significative fra l'alleanza del gruppo e alcuni indicatori di esito primari e secondari; nello specifico, ad un innalzamento dei livelli di alleanza del gruppo

nel corso del tempo corrisponde un aumento della frequenza delle abbuffate ( $\beta_{00}$  8.505,  $p < .05$ ;  $\beta_{30}$  .613,  $p < .05$ ), nonché dell'impulso alla magrezza (IM) ( $\beta_{00}$  55.047,  $p < .05$ ;  $\beta_{30}$  4.033,  $p < .05$ ), dell'insoddisfazione corporea (IC) ( $\beta_{00}$  61.364,  $p < .05$ ;  $\beta_{30}$  4.241,  $p < .05$ ) e dei comportamenti bulimici (BU) ( $\beta_{00}$  38.498,  $p < .01$ ;  $\beta_{30}$  3.322,  $p < .05$ ), ovvero di quelle tre scale che, nell'EDI-2, rilevano i comportamenti più strettamente sintomatici dei DCA.

Tab. III.21 Effetti dell'alleanza al gruppo: stime dei parametri

Variabile dipendente		Parametri	Coefficienti	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Frequenza comportamenti abbuffata		$\beta_{00}$	8.505	11.313	4.584	.001
		$\beta_{10}$	-2.740	10.120	-4.123	.002
		$\beta_{20}$	-1.836	10.098	-4.175	.002
		$\beta_{30}$	.613	10.066	3.921	.003
EDI-2	IM	$\beta_{00}$	55.047	12.067	2.730	.018
		$\beta_{10}$	-18.840	12.247	-2.559	.025
		$\beta_{20}$	-10.452	12.012	-2.135	.054
		$\beta_{30}$	4.033	12.084	2.314	.039
	BU	$\beta_{00}$	38.498	10.327	3.453	.006
		$\beta_{10}$	-14.387	10.283	-3.531	.005
		$\beta_{20}$	-8.440	10.119	-3.123	.011
		$\beta_{30}$	3.322	10.107	3.450	.006
	IC	$\beta_{00}$	61.364	10.483	3.029	.012
		$\beta_{10}$	-19.428	10.384	-2.624	.025
		$\beta_{20}$	-11.649	10.245	-2.373	.038
		$\beta_{30}$	4.241	10.221	2.426	.035

**Note.** la tabella riporta le stime dei parametri solo per le covariate che hanno mostrato effetti statisticamente significativi; EDI-2: Eating Disorder Inventory-2; IM: Impulso alla magrezza; BU: Bulimia; IC: Insoddisfazione per il corpo.

### III.7 Discussioni

Il presente studio fornisce un contributo empirico alle ricerche sulla valutazione dell'effectiveness della psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare ed amplia le conoscenze in merito alla relazione fra specifiche variabili di processo gruppale e il cambiamento sintomatico dei pazienti nel corso del tempo.

#### III.7.1 Una cornice clinica: caratteristiche pre-trattamento

Secondo quanto previsto dai primi due obiettivi della ricerca e coerentemente con le principali linee guida internazionali (APA, 2006; NICE, 2004), al momento

dell'inserimento in gruppo è stato effettuato un assessment multidimensionale per ciascuna paziente e si è proceduto alla valutazione di eventuali associazioni significative fra i singoli indicatori clinici.

In linea con l'inquadramento multidimensionale e complesso della patologia alimentare descritto nei primi capitoli del presente elaborato, la valutazione alla baseline riscontra numerose problematiche di rilevanza clinica sia fra gli outcome primari che secondari, spesso associati fra loro da relazioni di reciproca influenza. Nello specifico, la maggior parte delle pazienti risulta essere sottopeso e, pur essendovi quadri diagnostici riconducibili allo spettro anoressico, la sintomatologia prevalente è di tipo bulimico.

A tal proposito, fra le pazienti che presentano episodi di alimentazione incontrollata, l'unica strategia di compensazione adottata per contrastare l'aumento del peso a seguito delle abbuffate è il vomito autoindotto. Inoltre, tali comportamenti alimentari abnormi appaiono in relazione di reciproca influenza con alcuni degli elementi sintomatici secondari annoverati da Garner (1991) fra le attitudini patologiche centrali nei DCA, quali i pensieri relativi alle abbuffate e i marcati livelli di insoddisfazione corporea. Nello specifico, sembra possibile ipotizzare la presenza di dinamiche intrapsichiche di automantenimento della sintomatologia alimentare stessa, per cui ad un intensificarsi della presenza dei comportamenti alimentari abnormi corrisponde un'intensificazione dei pensieri ruminativi relativi ad essi e, a seguito della massiccia ingestione di cibo, aumenta anche il disappunto relativo alla forma del proprio corpo e viceversa.

Oltre agli aspetti sintomatici specifici, le pazienti coinvolte nella ricerca presentano, a livello secondario, marcati livelli di compromissione del funzionamento psicologico generale, difficoltà emotive e problematiche interpersonali.

Più specificamente, emergono marcati vissuti di inadeguatezza e sensazione di perdita di controllo sulla propria vita, elevati livelli di stress e, in linea con la lettura dinamico-evolutiva dei DCA (Riva, 2009), difficoltà nella gestione dei ruoli sociali, dei compiti e delle responsabilità tipiche dell'età adulta.

Inoltre, coerentemente con quanto riferito dalla letteratura su fattori psicologici e DCA (APA, 2006; Bardone-Cone et al., 2010; Bernert et al., 2013; Brockmeyer

et al., 2012; Daley et al., 2008; Garner & Keiper, 2010), emergono eccessive spinte al perfezionismo e bassi livelli di autostima.

Analogamente a quanto riscontrato fra gli indicatori di outcome primari e secondari, anche fra le dimensioni psicologiche aspecifiche emergono associazioni di reciproca influenza rispetto alle quali sembra possibile ipotizzare la presenza di dinamiche intrapsichiche disfunzionali. Nello specifico, l'associazione fra i livelli di perfezionismo e i vissuti depressivi, di indegnità, inefficacia cognitiva e malessere psicologico generale sembra indicare la presenza di un circuito in cui il confronto e la rincorsa di standard eccessivamente elevati alimentano retroattivamente il senso di inadeguatezza e sconforto e viceversa. Anche l'autostima, gli ideali di autodisciplina e controllo e il senso di inadeguatezza appaiono fra loro interconnessi da influenze reciproche e, anche in questo caso, sembra possibile ipotizzare la presenza di una dinamica in cui i livelli di considerazione di sé e la sensazione di perseguire con successo elevati ideali di autodisciplina e controllo si alimentano a vicenda, consentendo una riduzione del senso di inadeguatezza e viceversa.

Altre difficoltà clinicamente rilevanti riguardano il versante interpersonale, caratterizzato dalla presenza di riluttanza a costruire relazioni intime e paure connesse alla convinzione che l'altro non possa realmente capire le proprie difficoltà. Questo appare in linea con quanto riportato dalla letteratura internazionale (Arcelus et al., 2013; Carter et al., 2011; Hayaki et al., 2003; Hartmann et al., 2010 Lampard et al., 2011b; Miller et al., 2008) secondo cui i soggetti con problematiche alimentari, soprattutto nel caso di sintomatologia bulimica, si caratterizzerebbero per la presenza di elevati livelli di diffidenza relazionale e di paura dell'intimità. Anche in questo caso emergono relazioni di influenza reciproca, per cui una maggiore riluttanza e diffidenza relazionale appare associata a maggiori stati depressivi e senso di inadeguatezza interpersonale, vissuti di indegnità, isolamento emotivo, malinconia e sensi di colpa e viceversa.

Infine, in linea con la letteratura internazionale (Amianto F. et al., 2012; Gilboa-Schechtman et al., 2006; Hilbert et al., 2007; Krug et al., 2008), si riscontra la presenza di stati emotivi disfunzionali, in particolare ansioso-

depressivi e rabbiosi, a cui si affiancano difficoltà nell'identificare e distinguere le sensazioni corporee (es. fame e sazietà) e riconoscere e rispondere in modo preciso ai propri stati emotivi.

### *III.7.2 Oltre il sintomo: effectiveness della terapia di gruppo*

Il terzo obiettivo della presente ricerca ha previsto la valutazione del cambiamento sintomatologico nel corso del trattamento.

Rispetto alla permanenza in trattamento, questo è stato portato a termine dalla quasi totalità delle partecipanti, con n.3 pazienti che hanno portato a termine l'intero percorso di gruppo e n.2 che lo hanno concluso dopo circa un anno di terapia; queste ultime, al momento dell'uscita dal gruppo, mostrano una totale remissione della sintomatologia primaria e un miglioramento in molte delle dimensioni psicologiche aspecifiche che apparivano inizialmente compromesse. Inoltre, nel corso della terapia di gruppo è avvenuto un solo drop out a carico dell'unica paziente con sintomatologia anoressica restrittiva.

Rispetto ai risultati terapeutici, il trattamento di gruppo sembra essere stato efficace nel determinare un miglioramento in quasi tutte le pazienti; infatti, pur avendo concluso il trattamento, solo la paziente con diagnosi anoressica del sottotipo con abbuffate non sembra aver giovato della percorso di cura, mostrando un permanere e, in alcuni casi, un peggioramento delle iniziali difficoltà.

Nel complesso, rispetto agli outcome primari, la terapia di gruppo sembra essere stata più efficace nel modificare i comportamenti alimentari abnormi che le condizioni di peso-forma: infatti, se da un lato si osserva il ripristino della condizione di normo-peso solo in un caso, con lievi ma non significativi aumenti ponderali nelle altre pazienti, al contempo vi è una totale e duratura sospensione delle abbuffate e degli episodi di vomito autoindotto già a partire dal 6° mese di terapia. Questo appare in linea con quanto emerso in un precedente studio (Valbak, 2001) in cui quasi tutte le pazienti con sintomatologia bulimica presentano una remissione completa a partire dal 6°-12° mese di terapia.

Rispetto agli outcome secondari, la terapia di gruppo sembra essere stata efficace nel determinare un cambiamento clinicamente e statisticamente significativo in molte delle dimensioni indagate, seppur con numerose oscillazioni

fra miglioramenti e peggioramenti nel corso dell'intera terapia prima di giungere ad una remissione sintomatica stabile.

Nello specifico, le attitudini alimentari abnormi (pensieri bulimici, impulso alla magrezza, insoddisfazione corporea) appaiono in totale remissione in tutte le pazienti e analoghi cambiamenti si riscontrano nella maggior parte delle dimensioni relative a caratteristiche psicologiche disfunzionali inizialmente associate alla patologia alimentare (inadeguatezza, scarsa consapevolezza enterocettiva, timore verso i compiti e le responsabilità adulte, ideali di autocontrollo e sacrificio, sfiducia interpersonale).

Anche le iniziali difficoltà relative ai bassi livelli di autostima sembrano essere state trattate con successo mediante la terapia di gruppo, risultando pressoché scomparse al termine del trattamento.

Infine, si riscontrano effetti significativamente positivi anche sul funzionamento psicologico generale le cui iniziali difficoltà, analogamente a quanto riscontrato in un precedente studio (Prestano et al., 2008), non risultano presenti al momento dell'uscita dal gruppo in tutte le pazienti.

Diversamente, il gruppo non sembra aver inciso efficacemente sulle eccessive spinte al perfezionismo e la riluttanza verso l'intimità relazionale che, al termine del trattamento, appaiono pressoché invariate.

Il permanere di queste difficoltà relazionali sembra confermare quanto emerso in un precedente studio (Carter et al., 2011) secondo cui l'inibizione sociale risulta essere un tratto stabile e invariante della patologia alimentare anche a seguito di trattamenti psicoterapici con esiti positivi sia a livello primario che secondario.

Analogamente a quanto riscontrato per il perfezionismo e l'inibizione sociale, la terapia è apparsa poco efficace nel cambiamento degli stati emotivi disfunzionali: al termine del trattamento infatti vi sono profili invariati in diversi soggetti, con un miglioramento sintomatico rilevante solo in due casi.

Nel complesso, il presente studio sembra fornire un supporto empirico a favore dell'effectiveness della terapia di gruppo psicodinamica a medio-lungo termine per il trattamento dei DCA, soprattutto con sintomatologia di tipo bulimico. Infatti, al contrario di quanto riscontrato in studi precedenti (Prestano et al., 2008), sono le pazienti con problematiche di tipo bulimico a mostrare i

maggiori benefici dal trattamento di gruppo, laddove coloro che presentavano una sintomatologia anoressica o hanno abbandonato il trattamento o non evidenziano cambiamenti significativi.

Nello specifico, questo format terapeutico appare efficace nel migliorare il funzionamento psicologico delle pazienti, i livelli di autostima, le attitudini alimentari abnormi e molte delle dimensioni intrapsichiche aspecifiche frequentemente associate alla patologia alimentare.

Questi risultati sono in linea con altri studi sull'effectiveness (Ciano et al., 2002; Giannone et al., 2005; Prestano et al., 2008; Valbak, 2001), in cui il trattamento appariva efficace anche su dimensioni psicologiche più ampie della semplice remissione sintomatica.

### *III.7.3 Variabili di setting ed outcome: evidenze a favore dei gruppi terapeutici a lungo termine e semi-aperti?*

Fra gli obiettivi della ricerca, vi era quello di valutare se specifiche variabili di setting (il tempo di permanenza in trattamento e il turnover fra i membri del gruppo) avessero una influenza sulle dimensioni sintomatiche e sui livelli di alleanza, coesione o sulla percezione del clima all'interno delle sedute.

Fra queste, solo il tempo di permanenza in trattamento sembra avere degli effetti sul singolo individuo; nello specifico, la maggiore durata della terapia favorirebbe una maggiore diminuzione del ricorso a strategie di compensazione, un maggiore incremento del peso e, fra gli indicatori secondari, il ridimensionamento del senso di inadeguatezza, delle eccessive spinte al perfezionismo, la sfiducia interpersonale, i timori connessi alla maturità, gli elevati ideali di autodisciplina e controllo e le difficoltà connesse alla consapevolezza enterocettiva.

Questo dato potrebbe essere interpretato a sostegno dell'efficacia del dispositivo terapeutico adottato e al contempo appare in linea con le indicazioni fornite dalla letteratura circa l'efficacia dei trattamenti gruppali ad orientamento psicodinamico a medio-lungo termine per la cura di quadri clinici complessi (Bachar et al., 1999; Leichsenring & Rabung, 2011; Russell et al., 1987) che, a differenza dei trattamenti a breve termine, favorirebbero migliori esiti.

Inoltre, il fatto che il turnover dei membri non mostra alcuna influenza sul livello sintomatico (aspetti e caratteristiche psicologiche specificamente connessi ai DCA, autostima, funzionamento psicologico, stati affettivi, aspetti relazionali) e sulle variabili di processo (alleanza terapeutica, clima di gruppo e coesione) potrebbe essere interpretato come un dato a sostegno del già vasto utilizzo dei rolling group (Coviello et al., 2001; Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2007) anche all'interno dei contesti di cura per i DCA.

Il fatto che i nuovi ingressi e le uscite dei membri non destabilizzano i partecipanti presenti nel gruppo dovrebbe incoraggiare i clinici ad avviare tali dispositivi di cura, massimizzandone così il potenziale terapeutico ed economico (la presenza di un dispositivo di cura in grado di accogliere contemporaneamente più pazienti e potenzialmente permanente, grazie al ricircolo dei partecipanti, consente una proficua gestione del rapporto costi-benefici).

#### *III.7.4 Processo di gruppo e processo del singolo*

Il sesto obiettivo intendeva valutare se l'alleanza terapeutica, la coesione (verso il gruppo e il terapeuta) e il clima percepito dai singoli pazienti sono influenzati dal tempo di permanenza in trattamento e dai livelli di alleanza, coesione e clima presenti a livello del gruppo.

L'alleanza terapeutica, la coesione e il clima di gruppo sono ampiamente riconosciute come le componenti principali e strutturali del *processo terapeutico di gruppo*, concetto quest'ultimo che, in linea con la definizione fornita da Beck & Lewis (2000), ha come assunto l'idea del gruppo come livello che non si esaurisce nella somma dei singoli partecipanti ma la eccede e che può essere osservato nella sua totalità e nel cambiamento longitudinale così come nelle interazioni fra i suoi sottosistemi interni (paziente-paziente, paziente-terapeuta, paziente-gruppo, ecc).

All'interno del presente gruppo, diversamente da quanto riscontrato in precedenti studi (Tasca et al., 2006; Tasca et al., 2010; Illing et al., 2011), l'intensità del legame con il gruppo e l'accordo con compiti e obiettivi della terapia (alleanza), il grado con cui il singolo soggetto si sente accolto, supportato e accettato dal gruppo e/o dal terapeuta (coesione) così come il coinvolgimento o

l'evitamento della responsabilità per il lavoro di gruppo e il conflitto, la rabbia o il rifiuto interpersonale (clima) non sono influenzati dal tempo di permanenza in trattamento.

Rispetto all'esperienza individuale all'interno di una data seduta, solo la percezione del clima sembra risentire dell'influenza del resto del gruppo per cui, coerentemente con quanto emerso in un precedente studio (Illing et al., 2011), le pazienti presenti durante le sedute in cui il gruppo appariva rispettivamente più coeso, evitante o attraversato da conflittualità tendevano a sentirsi maggiormente coinvolti, evitanti o ostili nel corso della stessa sessione, e viceversa.

Condividendo le conclusioni di Illing et al. (2011), questi dati sembrano porsi a sostegno di quanto già evidenziato dalla letteratura secondo cui le interazioni e gli scambi all'interno del gruppo hanno una influenza diretta sull'esperienza stessa del singolo (Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2006; Yalom & Leszcz, 2005). Questo è un elemento con ricadute cliniche importanti; considerato che la letteratura indica una relazione fra clima positivo (buoni livelli di coinvolgimento, bassa conflittualità e scarso evitamento della condivisione della responsabilità per il lavoro del gruppo stesso) e migliori esiti (Illing et al., 2011), è fondamentale che si presti attenzione all'atmosfera presente durante le singole sedute di un gruppo, sostenendo i processi di auto-svelamento e condivisione del singolo nonché l'emersione e l'eventuale risoluzione di conflitti e difficoltà interpersonali.

Infine, rispetto alle influenze dell'andamento delle variabili di processo (alleanza, coesione, clima) a livello del gruppo nel corso del tempo sull'andamento di quelle del singolo paziente, emerge un dato apparentemente controintuitivo: all'intensificarsi dei legami e del grado di condivisione e accordo all'interno del gruppo nel corso del tempo, corrisponde un decremento dell'intensità di tali legami percepita da parte del singolo paziente.

Questo aspetto, in parte, potrebbe avere a che fare con le già citate difficoltà a creare relazioni intime che sembrano permanere stabili nel corso dell'intero trattamento, per cui ad un intensificarsi dei livelli di coinvolgimento e ad un maggiore strutturarsi di legami interpersonali a livello del gruppo corrisponderebbe un atteggiamento difensivo di chiusura del singolo.

Un'altra ipotesi esplicativa potrebbe riguardare aspetti più strutturali del gruppo stesso, tra cui la formazione teorico-pratica del terapeuta e le modalità di conduzione e fondazione del dispositivo gruppale. Come è stato già descritto nella parte introduttiva della presente ricerca, l'approccio gruppoanalitico attribuisce un ruolo ed una funzione terapeutica centrale al gruppo inteso come insieme dinamico, riducendo l'enfasi sul legame individuale fra paziente e terapeuta e facilitando l'attivazione e il consolidamento di una matrice gruppale che, in questo caso, potrebbe essere testimoniata proprio da un incremento dei livelli di coinvolgimento e alleanza di gruppo. Al contempo, la chiusura mostrata dal singolo davanti all'intensificarsi dei legami a livello gruppale, in linea con le riflessioni cliniche avanzate da Di Blasi et al. (2012) circa il funzionamento dei gruppi nella clinica, potrebbe rappresentare una risposta difensiva connessa al fare esperienza di una condizione di intimità interpersonale "forzata", cioè indotta dall'assetto gruppale e non spontaneamente ricercata, che, alla luce delle già sottolineate difficoltà interpersonali, lo spaventa.

### *III.7.5 La relazione fra esito e processo: legami di gruppo e timori interpersonali*

L'ultimo obiettivo dello studio ha previsto l'analisi delle influenze del processo gruppale sugli outcome del singolo.

A tal proposito i dati indicano una influenza negativa dei livelli di alleanza sugli aspetti più strettamente sintomatici del soggetto, per cui ad un innalzamento dei livelli di alleanza del gruppo nel corso del tempo corrisponde una intensificazione della frequenza delle abbuffate, nonché dell'impulso alla magrezza, dell'insoddisfazione corporea e dei pensieri bulimici.

Questo dato apparentemente sorprendente è in linea con la letteratura internazionale che rileva, fra i soggetti con patologia alimentare, la presenza di una spiccata ipersensibilità interpersonale (Tasca et al., 2004; Tasca et al., 2005) e marcati timori per l'intimità (Arcelus et al., 2013; Carter et al., 2011; Hayaki et al., 2003; Hartmann et al., 2010; Lampard et al., 2011b; Miller et al., 2008), sottolineando come la presenza di stress a livello relazionale (Steinger et al., 1999; Tanofsky-Kraff et al., 2000) congiuntamente a bassi livelli di autostima ed elevata affettività negativa (Fairburn et al., 1997; 1998; Gual et al., 2002), possano

contribuire ad alimentare e mantenere il circuito delle abbuffate (Herzog et al., 1987; Grilo & Mitchel, 2010).

Per avanzare una ipotesi esplicativa del suddetto risultato potrebbe essere utile focalizzare alcuni dati emersi: nel presente gruppo (a) i valori medi di alleanza dei partecipanti si attestano su livelli medio-alti sin dai primi mesi di terapia e permangono tali e pressoché costanti per tutta la durata del trattamento; (b) i comportamenti alimentari abnormi si estinguono nel corso dei primi 6 mesi di terapia per ciascuna paziente; (c) fra le difficoltà interpersonali, l'iniziale riluttanza a creare relazioni intime e orientate alla condivisione di pensieri ed emozioni appare quasi del tutto invariata anche al termine del trattamento; (d) i primi mesi di terapia si caratterizzano per il perdurare di bassi livelli di autostima che, come abbiamo già detto, migliorano fra 6 e i 12 mesi di trattamento; (e) gli stati ansioso-depressivi e la difficoltà nell'espressione della rabbia sono gli aspetti su cui il trattamento è apparso essere meno incisivo; ed infine (f), l'orientamento teorico del conduttore prevede una specifica attenzione alla condivisione di pensieri ed emozioni durante le sedute di gruppo, incoraggiando meccanismi di rispecchiamento e risonanza emotiva fra i partecipanti. All'interno di tale cornice ed in continuità con quanto ipotizzato in precedenza sembra pertanto plausibile l'ipotesi secondo cui, per queste pazienti, esperire lo strutturarsi di legami intensi con gli altri membri del gruppo sia stato un elemento stressogeno, soprattutto durante le prime fasi di permanenza in gruppo, a cui loro reagiscono con una difensiva seppur temporanea esacerbazione sintomatica.

### **III.8 Conclusioni: punti di forza, limiti e prospettive future**

I risultati emersi dalla presente ricerca sembrano fornire un ulteriore sostegno empirico al già vasto utilizzo dei gruppi terapeutici ad orientamento psicodinamico per il trattamento di soggetti con disturbi alimentari, indicandoli come utili ed efficaci strumenti terapeutici per la cura di questi pazienti, soprattutto per coloro che presentano una sintomatologia di tipo bulimico.

Provando a focalizzare i punti di forza del presente studio, si potrebbe iniziare rilevando che, trattandosi di un single case di tipo process-outcome

analizzato nell'arco di 24 mesi, la ricerca presenta il vantaggio di essersi avvalsa di rilevazioni longitudinali multiple per il monitoraggio delle variabili, in aggiunta ad un confronto pre-post trattamento.

Questo ha permesso di osservare e controllare gli andamenti nel corso del tempo delle variabili, oltre ad attestare un eventuale cambiamento fra una iniziale condizione di assenza di trattamento ed una post intervento psicoterapico, nonché di analizzare le influenze reciproche fra le variabili di esito e processo, connettendo il divenire del gruppo e lo svilupparsi della matrice gruppale con la dimensione sintomatica del singolo.

Un secondo aspetto che riteniamo possa essere un ulteriore punto di rilevanza dell'impianto di ricerca adottato è specificamente connesso alle scelte inerenti le analisi statistiche.

Da un lato, infatti, nel tentativo di massimizzare la spendibilità clinica dei risultati prodotti dalla ricerca e riconoscendo l'irriducibilità dei singoli individui coinvolti, è stata portata avanti un'analisi di tipo case-by-case che ha consentito un'osservazione in profondità di ogni singolo paziente, grazie anche alla presenza di una batteria di assessment multidimensionale e non focalizzata sui singoli aspetti sintomatici e l'adozione di tecniche di analisi dei dati (es. il Clinical Significant Change; Jacobson & Truax, 1991) in grado di rendere conto della significatività clinica oltre che statistica dei cambiamenti avvenuti.

Dall'altro, il presente studio utilizza un approccio metodologico innovativo e rigoroso rispetto all'analisi longitudinale dei dati; l'applicazione dei MLMs congiuntamente alle indicazioni fornite da Tasca et al. (2010) per il modellamento dei dati hanno consentito, infatti, di giungere a risultati affidabili ed in grado di rendere conto della complessità e numerosità dei livelli di analisi implicati in tale disegno di ricerca, bypassando le criticità metodologiche presenti nelle strategie statistiche classicamente adottate.

Nonostante la potenziale rilevanza clinica e metodologica dei risultati emersi, sussistono diversi limiti alla loro generalizzabilità.

In primo luogo, il gruppo di pazienti oggetto dell'indagine è di piccole dimensioni, limitando la validità esterna dei risultati rispetto ad altre e più ampie popolazioni cliniche.

Inoltre, per la valutazione delle variabili ci si è avvalsi esclusivamente di strumenti self-report che, pur essendo ampiamente utilizzati in letteratura ed avendo dimostrato di essere sufficientemente sensibili a rilevare il cambiamento sintomatico del singolo anche in somministrazioni ripetute nel tempo, potrebbero implicare dei bias di valutazione connessi a fenomeni di desiderabilità sociale o al fatto che indagano dimensioni psicologiche non interamente accessibili alla consapevolezza del paziente.

Un altro possibile limite è rappresentato dalla presenza di rilevazioni ripetute nel tempo; questo, da un punto di vista statistico, potrebbe implicare l'emergere di alcune minacce alla validità del dato stesso, ad esempio favorendo fenomeni di regressione verso la media o di effetto tetto (Kazdin, 2003).

Fra le altre limitazioni connesse alle scelte metodologiche e alle caratteristiche del disegno di ricerca ricordiamo, ad esempio, l'assenza di un gruppo di controllo. Questo non consente di escludere la presenza di fenomeni di remissione o maturazione spontanea connessi al trascorrere del tempo, così come non consente di escludere un effetto placebo in cui il miglioramento è favorito dal solo fatto di aver avuto accesso ad un servizio e del fare esperienza di un sistema curante in cui il singolo si sente riconosciuto nelle proprie fragilità.

Inoltre, la mancanza di una valutazione al follow up degli esiti<sup>9</sup> limita la valutazione del mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti.

Analogamente, l'assenza di valutazioni multiple pre-trattamento ostacola la possibilità di stimare la stabilità della condizione sintomatica alla baseline: infatti, più una condizione sintomatica appare stabile nel tempo più è probabile che il suo cambiamento sia imputabile al trattamento stesso e non ad effetti di remissione spontanea (Kazdin, 2003).

Questa breve e certamente non esaustiva disamina dei punti di forza e di debolezza del presente progetto di ricerca fornisce comunque l'occasione per delineare possibili direzioni future della ricerca.

Primariamente, la logica che guida gli studi single case si basa più sulla replicabilità del dato ottenuto che sulla sua generalizzabilità (Kazdin, 2003): pertanto, sarebbero necessari ulteriori studi di effectiveness del format terapeutico

---

<sup>9</sup> Nello specifico, non è stato possibile realizzare le rilevazioni al follow up in quanto la loro cadenza andava oltre il termine del triennio previsto dal Corso di Dottorato.

oggetto della presente ricerca che, condividendo analoghe variabili di setting (ad es. piccolo gruppo, format semi-aperto) o metodologiche (ad es., popolazione clinica, strumentazione testologica, strategie di analisi statistica), producano risultati fra loro sufficientemente confrontabili così da costruire le basi per una validità ecologica degli stessi.

Inoltre, le ricerche future dovrebbero raccogliere la sfida di mettere a punto disegni di ricerca quanto più controllati possibili, analogamente a quanto accade per altri orientamenti della psicoterapia, bypassando i limiti intrinseci di validità interna dei disegni di tipo osservazionale-naturalistico. Sebbene gli studi di effectiveness, a differenza di quelli di efficacy, mirino a fornire dati spendibili all'interno di setting clinici reali e isomorfi alle loro necessità, futuri studi potrebbero prevedere l'inclusione di gruppi di controllo o l'adozione di strategie di assessment di tipo multi-informant che consentano la compresenza di più fonti di rilevazione del dato (ad esempio, affiancare i self-report all'utilizzo dei clinician-report o di interviste semi-strutturate); questo, pur non massimizzando la validità esterna delle conclusioni empiriche, potrebbe comunque contribuire a rafforzarne la robustezza.

Infine, i nostri risultati sembrano suggerire la presenza di risposte differenti al trattamento a livello transdiagnostico che potrebbe essere interessante approfondire ulteriormente. Future ricerche potrebbero ad esempio prevedere la realizzazione di gruppi terapeutici omogenei rispetto alla fenomenologia sintomatologica (es. pazienti con esclusiva sintomatologia bulimica o anoressica): questo potrebbe facilitare l'identificazione di ulteriori e più chiare indicazioni per la definizione di buone prassi in campo clinico.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbate-Daga G., Pierò A., Gramaglia C. & Fassino S. (2005), “Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa”, *Psychiatry Research*, 134, 75-84;
- Agras W.S., Walsh B.T., Fairburn C.G., Wilson G.T. & Kraemer H.C. (2000), “A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa”, *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466;
- American Psychiatric Association (APA) (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Ed.* (DSM-IV TR), American Psychiatric Association, Washington DC;
- American Psychiatric Association (APA) (2006), *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders 3<sup>th</sup> Ed.*, [www.psych.org/psych\\_pract/pg/reviewform.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/pg/reviewform.cfm);
- American Psychiatric Association (APA) (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Ed.* (DSM-V), American Psychiatric Association, Washington DC;
- Amianto F., Siccardi S., Abbate-Daga G., Marech L., Barosio M. & Fassino S. (2012), “Does anger mediate between personality and eating symptoms in bulimia nervosa?”, *Psychiatry Research*, 200, 502-512;
- Arcelus J., Haslam M., Farrow C. & Meyer C. (2013), “The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model”, *Clinical Psychology Review*, 33, 156–167, doi 10.1016/j.cpr.2012.10.009;
- Arcelus J., Whight D., Langham C., Baggott J., McGrain L., Meadows L. & Meyer c. (2009), “A Case Series Evaluation of A Modified Version of Interpersonal Psychotherapy (IPT) For The Treatment of Bulimic Eating Disorders: A Pilot Study”, *European Eating Disorders Reviews*, 17(4), 260–268, doi: 10.1002/erv.932;
- Bachar E., Latzer Y., Kreitler S. & Berry E.M. (1999), “Empirical comparison of two psychological therapies. Self-psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia”, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 115-128;

- Ball J. & Mitchell P. (2004), “A randomized controlled study of cognitive behaviour therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients”, *Eating Disorders*, 12, 303–314;
- Bardone-Cone A.M., Schaefer L.M., Maldonado C.R., Fitzsimmons E.E., Harney M.B., Lawson M.A., Robinson D.P., Tosh A. & Smith R. (2010), “Aspects of self-concept and eating disorder recovery: What does the sense of self look like when an individual recovers from an eating disorder?”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 821–846, doi: 10.1521/jscp.2010.29.7.821;
- Berg K.C., Frazier P. & Sherr L. (2009), “Change in eating disorder attitudes and behavior in college women: prevalence and predictors”, *Eating Behaviors*, 10(3), 137-142;
- Bernert R.A., Timpano K.R., Peterson C.B., Crow S.J., Bardone-Cone A.M., le Grange D., Klein M., Crosby R.D., Mitchell J.E., Wonderlich S.A. & Joiner T.E. (2013), “Eating disorder and obsessive–compulsive symptoms in a sample of bulimic women: Perfectionism as a mediating factor”, *Personality and Individual Differences*, 54(29), 231–235;
- Björck C., Björck T., Clinton D., Sohlberg S. & Norring C. (2008), “Self-image and treatment dropout in eating disorders”, *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 81(1), 95-104;
- Björck T. (2008), *Measuring Eating Disorder Outcome – Definitions, dropout and patient’ perspective*, Orebro Studies in Medicine, ISBN: 91-7668-598-3;
- Björck T., Björck C., Clinton D., Sohlberg S. & Norring C. (2009), “What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment”, *European Eating disorder Review*, 17(2), 109-119, doi: 10.1002/erv.911;
- Boone L., Soenens B., Braet C. & Goossens L. (2010), “An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms”, *Behavior Research and Therapy*, 48(7), 686-691;
- Brockmeyer T., Grosse Holtforth M., Bents H., Kammerer A., Herzog W. & Friederich H.C. (2012), “The Thinner the better: self-esteem and low body weight in Anorexia Nervosa”, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.1771;
- Brownley K.A., Berkman N.D., Sedway J.A., Lohr K.N. & Bulik C.M. (2007), “Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials”, *International Journal of Eating Disorders*, 40, 337-348;

- Bruch H. (1973), *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*, Basic Books, New York (trad. It. a cura di Lotte Dann Treves (1977), *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli Editore, Milano);
- Bulik C.M., Baucom D.H., Kirby J.S. & Pisetsky E. (2011), “Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa (UCAN)”, *International Journal of Eating Disorders*, 44, 19–28;
- Bulik C.M., Berkman N.D., Brownley K.A., Sedway J.A. & Lohr K.N. (2007), “Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials”, *International Journal of Eating Disorders*, 40, 310-320;
- Burlingame G.M., Fuhriman A. & Mosier J. (2003), “The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective”, *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7(1), 3-12;
- Burlingame G.M., McClendon D.T. & Alonso J (2011), “Cohesion in Group Therapy”, *Psychotherapy*, 48(1), 34-42;
- Burlingame G.M., McKenzie, Strauss B. (2004), “Small group treatment: evidence for effectiveness and mechanism of change” in Lambert M. (edited by), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (5<sup>th</sup> ed.)*, Wiley, New York;
- Byrne S.M., Fursland A., Allena K.L. & Watson H. (2011), “The effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders: an open trial”, *Behavior Research and Therapy*, 49, 219-226;
- Carter F.A., Jordan J., McIntosh V.V.W., Luty S.E., McKenzie J.M., Frampton C.M.A., Bulik C.M. & Joyce P.R. (2011), “The Long-Term Efficacy of Three Psychotherapies for Anorexia Nervosa: A Randomized, Controlled Trial”, *International Journal of Eating Disorder*, 44, 647–654;
- Chen E.Y., Touyz S.W., Beumont P.J.V., Fairburn C.G., Griffiths R., Butow P., Russell J., Schotte D.E., Gertler R. & Basten C. (2003), “Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa”, *International Journal of Eating Disorders*, 33, 241–54;
- Chiappelli M., Lo Coco G., Gullo S., Bensi L. & Prestano C. (2008), “The Outcome Questionnaire 45.2. Italian validation of an instrument for the assessment of psychological treatments”, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 152-161;
- Ciano R., Rocco P.L., Angarano A., Biasin E., Balestrieri M. (2002), “Group-analytic and psychoeducational therapies for binge eating disorders: an exploratory study on efficacy and persistence of effects”, *Psychotherapy Research*, 12(2), 231-239;

- Claes L., Robinson M.D., Muehlenkamp J.J., Vandereycken W. & Bijttebier P. (2010), "Differentiating bingeing/purging and restrictive eating disorder subtypes: the roles of temperament, effort control and cognitive control", *Personality and Individual Differences*, 48(2), 166-170;
- Clausen L. (2008), "Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors", *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 151-159;
- Costantini A., Picardi A., Podrasky E., Lunetta S., Ferraresi G., Balbi A. (2002), "Validation of the Italian version of the Group Climate Questionnaire, an instrument to measure emotional climate during group psychotherapy sessions", *Rivista di Psichiatria*, 37(1), pp. 14-19;
- Couturier J., Kimber M. & Szatmari P. (2013), "Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis", *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11, doi: 10.1002/eat.22042;
- Coviello D.M., Alterman A.I., Rutherford M.J., Cacciola J.S., McKay J.R., Zanis D.A. (2001), "The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence", *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 145–154;
- Cowers D., Norton K., Halek C. & Vrisp A.H. (1994), "Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-177;
- Crisp A.H., Norton K., Gowers S., Halek C., Boewyer C., Yeldham D., Levett G. & Bhat A. (1991), "A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia", *The British Journal of Psychiatry*, 159, 325-333;
- Daley K.A., Jimerson D.C., Heatherton T.F., Metzger E.D. & Wolfe B.E. (2008), "State self-esteem ratings in women with bulimia nervosa in remission", *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 159–163, doi: 10.1002/eat.20447;
- Dalle Grave R. (2011), "Eating Disorders: Progress and Challenges", *European Journal of Internal Medicine*, 22, 153–160, doi:10.1016/j.ejim.2010.12.010;
- Dare C., Eisler I., Russell G., Treasure J. & Dodge L. (2001), "Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomized controlled trial of out-patient treatments", *British Journal of Psychiatry*, 178(3), 16–21;
- Dazzi N., Lingiardi V., Colli A. (a cura di) (2006), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano;

- De Maat S., de Jonghe F. Schoevers R. & Dekker J. (2009), "The effectiveness of a long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies", *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 1-23;
- Di Blasi M. & Lo Verso G. (2012), "Psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico: elaborazione teorica e ricerca empirica", *Narrare i gruppi*, 7(2), 101-113;
- Di Blasi M., Pavia L., Tosto C., Cavani P. (2012), "Al di là del sintomo. Il gruppo psicodinamico nelle dipendenze", *Narrare i gruppi*, 7(1), 25-34;
- Di Maria F. & Lo Verso G. (a cura di) (2002), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Di Pietro G., Valoroso L., Fichelle M., Bruno C. & Sorge F. (2002), "What happens to eating disorder outpatients who withdrew from therapy?", *Eating & Weight Disorders*, 7(4), 298-303;
- Dinger U. & Schauenburg H. (2010), "Effects of individual cohesion and patient interpersonal style on outcome in psychodynamically oriented inpatient group psychotherapy", *Psychotherapy Research*, 20(1), 22-29, DOI:10.1080/10503300902855514;
- Egan S.J., Wade T.D. & Shafran R. (2011), "Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review", *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212;
- Fairburn C.G. (1985), "Cognitive behavioral treatment for bulimia" in Garner D.M. & Garfinkel P.E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, Guilford Press, New York;
- Fairburn C.G. (2005), "Evidence-based treatment of anorexia nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26-30;
- Fairburn C.G. & Bohn K. (2005), "Eating Disorder NOS (EDNOS)", *Behavior Research and Therapy*, 43(6), 691-701;
- Fairburn C.G., Cooper Z. & Shafran R. (2003), "Cognitive behavior therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment", *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528;
- Fairburn C.G., Cooper Z., Bohn K., O'Connor M.E., Doll H.A. & Palmer R.L. (2007), "The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V", *Behavior Research and Therapy*, 45(8), 1705-1715;
- Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A., O'Connor M.E., Bohn K., Hawker D.M., Wales J.A. & Palmer R.L. (2009), "Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients With Eating Disorders: A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up", *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319;

- Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A., O'Connor M.E., Palmer R.L & Dalle Grave R. (2013), "Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: A UK—Italy study", *Behavior Research and Therapy*, 51(1), R2–R8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010;
- Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R., Bohn K., Hawker D., Murphy R. et al. (2008), "Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: the core protocol" in Fairburn C.G. (Eds), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, Guilford Press; New York;
- Fairburn C.G., Doll H.A., Welch S.L., Hay P.J., Davies B.A. & O'Connor M.E. (1998), "Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425–432;
- Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., Carr S.J., Solomon R.A., O'Connor M.E., Burton J. & Hope R.A. (1991), "Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial", *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463–469;
- Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C., Hope R.A. & O'Connor M. (1993), "Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy", *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 419–428, doi:10.1001/archpsyc.1993.01820180009001;
- Fairburn C.G., Kirk J., O'Connor M. & Cooper P.J. (1986), "A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa", *Behavior Research and Therapy*, 24, 629-643;
- Fairburn C.G., Norman P.A., Welch S.L., O'Connor M.E., Doll H.A. & Peveler R.C. (1995), "A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments", *Archives General of Psychiatry*, 52, 304-312;
- Fairburn C.G., Welch S.L., Doll H.A., Davies B.A. & O'Connor M.E. (1997), "Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case- control study", *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517;
- Farnè M., Sebellico A., Gnugnoli D., Corallo A. (1991), *POMS PROFILE OF MOOD STATES. Adattamento Italiano*, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze;
- Fassino S., Abbate Daga G., Pierò A., Leombruni P. & Rovera G.G. (2001), "Anger and personality in eating disorders", *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 757-764;

- Fassino S., Abbate Daga G., Pierò A., Leombruni P. & Rovera G.G. (2003), “Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger”, *Psychotherapy and Psychosomatic*, 71, 200-206;
- Fassino S., Pierò A., Tomba E. & Abbate Daga G. (2009), “Factor associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review”, *BMC Psychiatry*, 9, 67-76, doi:10.1186/1471-244X-9-67;
- Ferreiro F., Seoane G. & Senra C. (2011), “A prospective study of risk factors for the development of depression and disordered eating in adolescents”, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 500-505, doi: 10.1080/15374416.2011.563465;
- Fischer C.A., Hetrick S.E. & Rushford N. (2010), “Family therapy for anorexia nervosa”, *Cochrane Database System Review*, 14(4), CD004780, doi: 10.1002/14651858.CD004780.pub2;
- Flaire E., Rouveix M., Pannafieueux C. & Ferrand C. (2007), “Eating attitudes, perfectionism and body-esteem of elite male judoist and cyclist”, *Journal of Sport Science and Medicine*, 6, 50-57;
- Fonagy P., Roth A. & Higgitt A. (2005), “The outcome of psychodynamic therapy for psychological disorders”, *Clinical Neuroscience Research*, 4, 367-377;
- Foulkes S.H. (1975), *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodi e principi*; trad. it. Astrolabio, Roma, 1976;
- Franzen U., Backmund H. Gerlinghoff M. (2004), “Day treatment group programme for eating disorders: reasons for dropout”, *European Eating Disorders Review*, 12, 153-158;
- Garner D.M. (1991), *Eating Disorder Inventory-2: professional manual*, Psychological Assessment Resource, Odessa FL;
- Garner D.M. (2004), *The Eating Disorder Inventory-3: professional manual*, Psychological Assessment Resource, Odessa FL;
- Garner D.M. & Bemis K.M. (1982), “A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa”, *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123–150;
- Garner D.M. & Bemis K.M. (1985), “Cognitive therapy for anorexia nervosa” in Garner D.M. & Garfinkel P.E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, Chichester, England: Wiley;
- Garner D.M. & Garfinkel P.E. (Eds.) (1985), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, New York: Guilford Press;

- Garner D.M. & Keiper C.D. (2010), "Eating Disorders", *Mexican Journal of Eating Disorders*, 1, 1-26;
- Garner D.M. & Myerholtz L.E. (1998), "Eating Disorder" in *Comprehensive Clinical Psychology*, Elsevier Science Ltd;
- Garner D.M., Rockert W., Davis R., Garner M.V., Olmsted M.P. & Eagle M. (1993), "Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa", *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46;
- Gaston L. & Marmar C.R. (1989), *Manual of California Psychotherapy Alliance Scale (Form G)*, University of California, San Francisco;
- Giannone F., Di Blasi M., Giordano C., Lo Coco G., Lo Verso G. (2005), "Terapia gruppo-analitica" in Di Nuovo S. & Lo Verso G., *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Franco Angeli, Milano;
- Gilboa-Schechtman E., Avnon L., Zubery E. & Jeczmiem P. (2006), "Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency?", *Depression and Anxiety*, 23(6), 331-339;
- Gill M.M. (1951), "Ego psychology and psychotherapy", *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 60-70;
- Goldschmidt A.B., Wall M., Loth K.A., Le Grange D. & Neumark-Sztainer D. (2012), "Which Dieters Are at risk for the Onset of Binge eating? A Prospective Study of Adolescents and Young Adults", *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 86-92;
- Grilo C.M. & Mitchel J.E. (Eds) (2010), *Treatment of eating Disorder. A clinical handbook*, Guilford Press, New York;
- Gual P., Perez- Gaspar M., Martinez-Gonzalez M.A., Lahortiga F., de Irala-Estevez J. & Cervera Enguix S. (2002), "Self- esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort", *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273;
- Guarda A.S. (2008), "Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles", *Physiology & Behavior*, 94, 113-120;
- Gullo S., Lo Coco G., Prestano C., Giannone F., Lo Verso G. (2010), "Group therapy research: Current issues and future directions", *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 13(2), 78-96;
- Hall A. & Crisp A.H. (1987), "Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. Outcome at one years", *The British Journal Psychiatry*, 151, 185-91;

- Halmi K.A., Agras W.S., Crow S., Mitchell J., Wilson G.T., Bryson S.W. & Kraemer H.C. (2005), "Predictors of Treatment Acceptance and Completion in Anorexia Nervosa: Implications for Future Study Designs", *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 776–781, doi: 10.1001/archpsyc.62.7.776;
- Halvorsen I. & Heyerdahl S. (2006), "Girls with anorexia nervosa as young adults: Personality, self-esteem, and life satisfaction", *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 285–293, doi: 10.1002/eat.20248;
- Hartmann A., Zeeck A. & Barrett M.S. (2010), "Interpersonal problems in eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 619–627;
- Hay P. (2013), "A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012", *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 462-469, DOI: 10.1002/eat.22103;
- Hay P.P., Bacaltchuk J., Stefano S. & Kashyap P. (2004), "Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-73, CD000562;
- Hay P.P., Bacaltchuk J., Stefano S. & Kashyap P. (2009), "Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing", *Cochrane Database System Review*, 4, CD000562;
- Hayaki J., Friedman M.A., Whisman M.A., Delinsky S.S. & Brownell K.D. (2003), "Sociotropy and bulimic symptoms in clinical and nonclinical samples", *The International Journal of Eating Disorders*, 34, 172–176;
- Hearner M.W. & Walsh B.T. (2013), "A history of the identification of the characteristic eating disturbances of Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and Anorexia Nervosa", *Appetite*, 65, 185-188;
- Herzog D., Keller M., Lavori P. & Ott I. (1987), "Social impairment in bulimia", *International Journal of Eating Disorders*, 6, 741–747;
- Hilbert A., Bishop M.E., Stein R.I., Tanofsky-Kraff M., Swenson A.K., Welch R.R. & Wilfley D.E. (2012), "Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder", *The British Journal of Psychiatry*, 200, 232-237, doi 10.1192/bjp.bp.110.089664;
- Hilbert A., Saelens B.E., Stein R.I., Mockus D.S., Welch R.R., Matt G.E. et al. (2007), "Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 645–651;
- Hoek H.W. (2006), "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders", *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389–394;

- Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J.J., Sawyer A.T. & Fang A. (2012), "The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses", *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440;
- Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G. & Kessler R.C. (2007), "The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358;
- Iacovino J.M., Gredysa D.M., Altman M. & Wilfley D.E. (2012), "Psychological Treatments for Binge Eating Disorder", *Current Psychiatry Reports*, 14, 432-446, doi: 10.1007/s11920-012-0277-8;
- Illing V., Tasca G.A., Balfour L., Bissada H. (2011), "Attachment Dimensions and Group Climate Growth in a Sample of Women Seeking Treatment for Eating Disorders", *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 74(3), 255-269, doi: 10.1521/psyc.2011.74.3.255;
- Jacobi C., Hayward C., de Zwaan M., Kraemer H.C. (2004), "Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy", *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65;
- Jacobson N.S. & Truax P. (1991), "Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research", *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12;
- Johnson J.E., Burlingame G.M., Olsen J.A., Davies D.R., Gleave R.L. (2005), "Group climate, cohesion, alliance and empathy in group psychotherapy: multilevel structural equation models", *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321;
- Jones A. & Clausen L. (2013), "The efficacy of a brief group CBT program in treating patients diagnosed with bulimia nervosa: a brief report", *International Journal of Eating Disorder*, 46, 560-562;
- Kaslow N.J., Broth M.R., Oyeshiku C.O. & Collins M.H. (2012), "Family-based interventions for child and adolescent disorders", *Journal of Marital Status & Family Therapy*, 38(1), 82-100;
- Katzman M.A., Bara-Carril N., Rabe-Hesketh S., Schmidt U., Troop N. & Treasure J. (2010), "A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in phase 1 followed by group versus individual CBT in phase 2", *Psychosomatic Medicine*, 72, 656-663;
- Kazdin A.E. (2003), *Research Designs in clinical psychology (4th ed.)*, Allyn & Bacon, Boston;

- Keel P.K. & Brown T.A. (2010), "Update on course and outcome in eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195-204;
- Keel P.K. & Forney K.J. (2013), "Psychosocial risk factors for eating disorders", *International Journal of Eating Disorder*, 46, 433-439;
- Keel P.K., Baxter M.G., Heatherton T.F. & Joiner Jr T.E. (2007), "A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms", *Journal of abnormal psychology*, 116(2), 422;
- Kenny D.A. & Hoyt W.T. (2009), "Multiple levels of analysis in psychotherapy research", *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 462-468;
- Keski-Rahkonen A., Hoek H.W., Susser E.S., Linna M.S., Sihvola E., Raevuori A., Bulik C.M., Kaprio J. & Rissanen A.. (2007), "Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community", *American Journal of Psychiatry*, 164, 1259–1265;
- Klump K.L., Bulik C.M., Kaye W.H., Treasure J. & Tyson E. (2009), "Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders are serious mental illnesses", *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103;
- Krug I., Bulik C.M., Nebot Vall-Llovera O., Granero R., Aguera Z., Villareio C & Imenez-Murcia S. (2008), "Anger expression in eating disorders: clinical, psychopathological and personality correlates", *Psychiatry Research*, 161, 195-205;
- La Mela C., Maglietta M., Lucarelli S., Mori S. & Sassaroli S. (2013), "Pretreatment outcome indicators in an eating disorder outpatient group: the effects of self-esteem, personality disorders and dissociation", *Comprehensive Psychiatry*, in press;
- Lambert M.J. (2013), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey;
- Lampard A.M., Byrne S.M. & McLean N. (2011b), "Does self-esteem mediate the relationship between interpersonal problems and symptoms of disordered eating?", *European Eating Disorders Review*, 19, 454-458, doi: 10.1002/erv.1120;
- Lampard A.M., Byrne S.M., McLean N. & Fursland A. (2011), "An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa", *Behavior Research and Therapy*, 49, 529–535, doi:10.1016/j.brat.2011.06.002;
- Lampard A.M., Byrne S.M., McLean N. & Fursland A. (2012), "The Eating Disorder Inventory-2 Perfectionism scale: factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorder", *Eating Behaviors*, 13(1), 49-53;

- Lambert M.J., Morton J., Hatfield D., Harmon C., Hamilton S., Reid R., Shimokawa K., Christopherson C.D. & Burlingame G. (2004), *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (3<sup>th</sup> ed.), American Professional Credentialing Services LLC, Wilmington, DE;
- Lane A.M. (2003), "Relationships between attitudes toward eating disorders and mood among student athletes", *Journal Science Medicine in Sport*, 6, 144-154;
- Lane H.J., Lane A.M. and Matheson H. (2004), "Validity of the eating attitude test among exercisers", *Journal Sports Science and Medicine*, 3, 244-253;
- le Grange D., Lock J, Agras W.S., Moyne A. Bryson S.W., Jo B. & Kraemer H.C. (2012), "Moderators and Mediators of Remission in Family-Based Treatment and Adolescent Focused Therapy for Anorexia Nervosa", *Behavior Research and Therapy*, 50(2), 85–92, doi:10.1016/j.brat.2011.11.003;
- le Grange D., Lock J. & Loeb K. (2010), "Academy for Eating Disorders Position Paper: The Role of the Family in Eating Disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5;
- le Grange D., Crosby R.D., Rathouz P.J. & Leventhal B.L. (2007), "A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa", *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049-1056;
- Leichsenring F. (2005), "Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data", *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 1-26;
- Leichsenring F., Hiller W., Weissberg M. & Leibing E. (2006), "Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Psychotherapy: techniques, efficacy and indications", *American Journal of Psychiatry*, 60(3), 233-259;
- Leichsenring F. & Leibing E. (2007), "Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence", *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217-228;
- Leichsenring F. & Rabung S. (2008), "Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis";
- Leichsenring F. & Rabung S. (2011), "Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis", *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22;

- Leichsenring F., Rabung S. & Leibing E. (2004), "The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders", *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216;
- Lethbridge J., Watson H.J., Egan S.J., Street H. & Nathan P.R. (2011), "The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders", *Eating Behaviors*, 12(3), 200-206;
- Lewis A.J., Dennerstein M. & Gibbs P.M. (2008), "Short-term psychodynamic psychotherapy: a review of recent process and outcome studies", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 445-455;
- Lo Coco G., Prestano C., Gullo S., Di Stefano G., Lambert M.J. (2006), "Un primo studio di validazione italiana dell'Outcome Questionnaire (OQ-45.2)", *Ricerca in Psicoterapia*, 9 (1), 7-19;
- Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G. (a cura di) (2008), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Lo Verso G. (2002), "Parametri di differenti set(ting) dei gruppi clinici" in Di Maria F. & Lo Verso G. (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Lock J. & le Grange D. (2005), "Family-based treatment of eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S64-S67;
- Lock J., le Grange D., Agras W. S. & Dare C. (2001), *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*, Guilford Press, New York, NY;
- Lock J., le Grange D., Agras W.S., Moye A., Bryson S.W. & Jo B. (2010), "Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa", *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025-1032, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.128;
- Loeb K.L., Lock J., le Grange D. & Greif R. (2012), "Transdiagnostic Theory and Application of Family-Based Treatment for Youth with Eating Disorders", *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 17-30, doi: 10.1016/j.cbpra.2010.04.005;
- Luborsky L. (1984), *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive expressive treatments*, Basic Books, New York;
- Machado P.P.P., Machado B.C., Gonçalves S. & Hoek H.W. (2007), "The prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified", *The International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217;

- MacKenzie K.R. (1983), "The clinical application of group measure" in Dies R.R. & MacKenzie K.R. (Eds), *Advances in Group Psychotherapy: Integrating Research and Practice*, International University Press, New York;
- Mahon J. (2000), "Dropping out from psychological treatment for eating disorders: what are the issues?", *European Eating Disorders Review*, 8(3), 198-216;
- Mayer B., Muris P., Meesters C. & Zimmermann-van Beuningen R. (2009), "Brief report: Direct and indirect relations of risk factors with eating behavior problems in late adolescent females", *Journal of Adolescence*, 32(3), 741-745;
- McIntosh V.V.W., Jordan J., Carter F.A., Luty S.E., McKinzie J.M., Bulik C.M. & Frampton C.M.A. & Joyce P.R. (2005), "Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled Trial", *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 741-747, doi:10.1176/appi.ajp.162.4.741;
- McNair D., Lorr M. & Droppleman L.F. (1971), *Manual for the Profile of the Mood States*, EdITS Educational and Industrial Testing Service, San Diego;
- Mead B.R., Malinowski P. & Lattimore P. (2012), "Relationships between impulsivity, mindfulness and scores on Eating Disorder Inventory (EDI-3) in an eating disorder sample", *Appetite*, 59(2), 632;
- Millar H.R., Williams G.J., Chamove A.S. (1990), "Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility", *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 327-335;
- Miller J.L., Schmidt L.A. & Vaillancourt T. (2008), "Shyness, sociability, and eating problems in a non-clinical sample of female undergraduates", *Eating Behaviors*, 9, 352-359;
- Morgan-Lopez A.A. & Fals-Stewart W. (2006), "Analytic complexities associated with group therapy in substance abuse treatment research: Problems, recommendations, and future directions", *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 14, 265-273;
- Morgan-Lopez A.A. & Fals-Stewart W. (2007), "Analytic methods for modeling longitudinal data from rolling therapy groups with membership turnover", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 580-593;
- Murphy S., Russell L. & Waller G. (2005), "Integrated psychodynamic psychotherapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: theory, practice and preliminary findings", *European Eating Disorder Review*, 13, 383-391;

- Murphy R., Straebl S., Basden S., Cooper Z. & Fairburn C.G. (2012), "Interpersonal psychotherapy for eating disorders", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150-158;
- Nathan P.E & Gorman J.M. (Eds.) (1998), *Treatment that work*, Oxford University Press, New York;
- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2004), *Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*, www.nice.org.uk, ISBN: 1-84257-496-5;
- Neumark-Sztainer D., Wall M., Larson N.I., Eisenberg M.E. & Loth K. (2011), "Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study", *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 111(7), 1004-1011;
- Nevonen L. & Broberg A.G. (2005), "A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for eating disorder not otherwise specified", *European Eating Disorder Review*, 13(1), 29-37, doi: 10.1002/erv.617;
- Nevonen L. & Broberg A.G. (2006), "A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, 39, 117-27;
- Norcross (Eds.) (2002), *Psychotherapy Relationships that work: therapists contributions and responsiveness to patients*, Oxford University Press, New York;
- Ohmann S., Popow C., Wurzer M., Karwautz A., Sackl-Pammer P. & Schuch B. (2013), "Emotional aspects of anorexia nervosa: results of prospective naturalistic cognitive behavioral group therapy", *Neuropsychiatrie*, 27, 119-128, doi: 10.1007/s40211-013-0065-7;
- Orlinsky D.E., Ronnestad M. H. & Willutzki U. (2004), "Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change" in Lambert M.J. (Eds), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5<sup>th</sup> ed., Wiley, Hoboken, New Jersey;
- Pike K.M., Walsh B.T., Vitousek K., Wilson G. T. & Bauer J. (2003), "Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa", *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049;
- Piper W.E., Marrache M., Lacroix R., Richardsen A.M. & Jones B.D. (1983), "Cohesion as a basic bound in group", *Human Relations*, 36, pp. 93-108;

- Prestano C., Lo Coco G., Gullo S., Lo Verso G. (2008), "Group-analytic therapy for Eating Disorders: Preliminary results in a single-group study", *European Eating Disorders Review*, 16, 302-310;
- Preti A., Girolamo G.D., Vilaqut G., Alonso J., Graaf R.D., Bruffaerts R., Demyttenaere K., Pinto-Meza A., Haro J.M., Morosini P. & ESEMed-WMH Investigators (2009), "The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMed-WMH project", *Journal of Psychiatry Research*, 43(13), 1125-1132, doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003;
- Prezza M., Trombaccia F.R. & Armento L. (1997), "La scala dell'autostima di Rosenberg: traduzione e validazione italiana", *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 35-44;
- Rasquin S.M.C., Van De Sande P., Praamstra A.J. & Van Heugten C.M. (2009), "Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: Five single case studies on effects and feasibility", *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 19(2,) 208-222;
- Raudenbush S.W. & Bryk A.S. (2002), *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods (Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences)*, Sage Publications, London;
- Ricca V., Castellini G., Mannucci E., Sauro C., Ravaldi C., Rotella C.M. & Faravelli C. (2012), "Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study", *Appetite*, 55(3), 656-665;
- Ricciardelli L.A. & McCabe M.P. (2001), "Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys", *Behavior Research and Therapy*, 39, 1317-1328;
- Riva E. (2009), *Adolescenza e anoressia. Corpo, genere, soggetto*, Raffaello Cortina Editore, Milano, ISBN 978-88-6030-246-5;
- Rizzardi M., Trombini E. & Trombini G. (a cura di) (1995), *EDI-2. Adattamento italiano*, O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze;
- Rockert W., Kaplan A.S. & Olmsted M.P. (2007), "Eating disorder not otherwise specified: The view from a tertiary care treatment center", *International Journal of Eating Disorders*, 40, 99-103;
- Rosenberg M. (1965), *Society and the adolescent self-image*, Princeton University Press, Princeton;

- Rosval L., Steiger H., Bruce K., Israel M., Richardson J. & Abut M. (2006), "Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning or attention?", *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 590-593;
- Russell G.F.M., Szmukler G.I., Dare C. & Eisler I. (1987), "An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa", *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047–1056;
- Schlup B., Munsch S., Meyer A.H., Margraf J. & Wilhelm F.H. (2009), "The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder", *Behavior Research and Therapy*, 47(7), 628–635, doi:10.1016/j.brat.2009.04.003;
- Schmidt U., Oldershaw A., Jichi F., Sternheim L., Startup H., McIntosh V., Jordan J., Tchanturia K., Wolff G., Rooney M., Landau S. & Treasure J. (2012), "Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial", *The British Journal of Psychiatry*, 201(5), 392-399;
- Selvini-Palazzoli M.P. (1974), *Self-Starvation*, Chaucer Publishing Company, London;
- Selvini Palazzoli M.P. (1984), *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Feltrinelli Editore, Milano;
- Shapiro J.R., Berkman N.D., Brownley K.A., Sedway J.A., Lohr K.N. & Bulik C.M. (2007), "Bulimia nervosa treatments: a systematic review of randomized controlled trials", *International Journal of Eating Disorders*, 40, 321-336;
- Shelder J. (2010), "Efficacy of psychodynamic psychotherapy", *American Psychologist*, 65(2), 98-109;
- Singer J.D. & Willet J.B. (2003), *Applied longitudinal data analysis: modeling change and event occurrence*, Oxford University Press, New York;
- Smink F.R., van Hoeken D. & Hoek H.W. (2012), "Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates", *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414;
- Steel Z., Jones J., Adcock S., Clancy R., Bridgford-West L. & Austin J. (2000), "Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa?", *International Journal of Eating Disorder*, 28, 209-214;

- Steele A.L., O'Shea A., Murdock A. & Wade T.D. (2011), "Perfectionism and its relations to overvaluation of weight and shape and depression in an eating disorder sample", *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 459-464;
- Steiger H., Gauvin L., Jabalpurwala S., Seguin J.R. & Stotland S. (1999), "Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 765-775;
- Steiger H., Goldstein C., Mongrain M., Van der Feen M. (1990), "Description of eating disorders, psychiatric and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions", *International Journal of Eating Disorders*, 9, 129-140;
- Stein K.F., Wing J., Lewis A. & Raghunathan T. (2011), "An Eating Disorder randomized clinical trial & attrition: profiles & determinants of dropout", *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 356-368, doi: 10.1002/eat.20800;
- Steinhausen H.C. (2002), "The outcome of anorexia nervosa in the 20th century", *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293;
- Steinhausen H.C., Gavez S & Winkler Metzke C. (2005), "Psychosocial correlates, outcome and stability of abnormal adolescent eating behavior in community sample of young people", *International Journal of Eating Disorder*, 37, 119-126;
- Steinhausen H.C. & Weber S. (2009), "The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One Quarter Century of Research", *American Journal of Psychiatry*, 166, 1331-1341;
- Stiles W.B., Barkham M., Mellor-Clark J. & Connell J. (2008), "Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centered and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample", *Psychological Medicine*, 38, 677-688;
- Striegel-Moore R.H. & Bulik C.M. (2007), "Risk factors for eating disorders", *American Psychologist*, 62(3), 181-198;
- Svaldi J., Zimmermann S. & Naumann E. (2012), "The impact of an implicit manipulation of self-esteem on body dissatisfaction", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 581-586;

- Swanson S.A., Crow S.J., Le Grange D., Swendsen J and Merikangas K.R. (2011), "Prevalence and correlates of Eating Disorders in Adolescents. Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement", *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.22;
- Sysko R. & Walsh T.A (2008), "A critical evaluation of the efficacy of self-help interventions for the treatment of bulimia nervosa and binge-eating disorder", *International Journal of Eating Disorder*, 41(2), 97–112, doi: 10.1002/eat.20475;
- Tanofsky-Kraff M., Wilfley D.E. & Spurrell E.B. (2000), "Impact of interpersonal and ego-related stress on restrained eaters", *International Journal of Eating Disorders*, 27, 411–418;
- Tasca G.A., Balfour L., Kerri R., Bissada H. (2007), "The relationship between attachment scales and group therapy alliance growth differs by treatment type for women with binge-eating disorder", *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 11(1), 1–14;
- Tasca G.A., Balfour L., Ritchie K., Bissada H. (2006), "Developmental changes in group climate in two types of group therapy for Binge Eating Disorder: A growth curve analysis", *Psychotherapy Research*, 16, 499–514;
- Tasca G.A. & Gallop R. (2009), "Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics", *Psychotherapy Research*, 19, 429-437;
- Tasca G.A. & Lampard A.M. (2012), "Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders", *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 507-517, doi: 10.1037/a0029947;
- Tasca G.A. & Machado P.P.P. (2013), "Eating Disorder psychotherapy research – beyond the brand: Introduction to a Special Section", *Psychotherapy Research*, 23(3), 247-251;
- Tasca G.A., Ramsay T., Corace K., Illing V., Bone M., Bissada H., Balfour L. (2010), "Modeling longitudinal data from a rolling group program with membership turnover: does group culture affect individual alliance?", *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 14(2), 151-162, doi:10.1037/a0018778;
- Tasca G.A., Ritchie K., Conrad G., Balfour L., Grayton J., Lybanon V. & Bissada H. (2006a), "Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction", *Psychotherapy Research*, 16(1), 106–121, doi:10.1080/10503300500090928;

- Thomas J.J., Vartanian L.R. & Brownell K.D. (2009), "The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: Meta-analysis and implications for DSM", *Psychological Bulletin*, 135(3), 407-433;
- Tiller J., Schmidt U., Ali S., Treasure J. (1995), "Patterns of punitiveness in women with eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 17, 365–371;
- Treasure J., Claudino A.M. & Zucker N. (2010), "Eating Disorder", *Lancet*, 375, 583–593, doi:10.1016/S0140-6736(09)61748-7;
- Valbak K. (2001), "Good outcome for bulimic patients in long-term group analysis: A single-group study", *European Eating Disorders Review*, 9, 19-32;
- van den Berg P.A., Mond J., Eisenberg M., Ackard D. & Neumark-Sztainer D. (2010), "The Link Between Body Dissatisfaction and self-esteem in Adolescents: Similarities Across Gender, Age, Weight Status, Race/Ethnicity, and Socioeconomic Status", *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 290-296;
- van den Eynde F. & Schmidt U. (2008), "Treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder", *Psychiatry*, 7(4), 161-166, doi:10.1016/j.mppsy.2008.02.001;
- van Son G.E., van Hoeken D., van Furth E.F., Donker G.A. & Hoek H.W. (2010), "Course and Outcome of Eating Disorders in a primary care-based cohort", *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 130-138;
- Vandereycken W. & Pierloot R. (1983), "Dropout during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients", *The British Journal of Medical Psychology*, 56, 145-156;
- Vocks S., Tuschen-Caffier B., Pietrowsky R., Rustenbach S.J., Kersting A. & Herpertz S. (2010), "Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder", *The International Journal of Eating Disorders*, 43, 205–217;
- von Ranson K., Wallace L. & Stevenson A. (2013), "Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment", *Psychotherapy Research*, 23, 333-343;
- Wade T.D. & Tiggemann M. (2013), "The role of perfectionism in body dissatisfaction", *Journal of Eating Disorders*, 1(2), *in press*;

- Waller G., Gray E., Hinrichsen H., Mountford V., Lawson R. & Patient E. (2013), “Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical setting”, *International Journal of Eating Disorder*, in press;
- Walsh B.T., Kaplan A.S., Attia E., Olmsted M., Parides M., Carter J.C. et al. (2006), “Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: A randomized controlled trial”, *Journal of the American Medical Association*, 295, 2605–2612;
- Walsh B.T., Wilson G.T., Loeb K.L., Devlin M.J., Pike K.M., Roose S.P., Fleiss J. & Waternaux C. (1997), “Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa”, *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 523–31;
- Watson H.J., Allen K., Fursland A., Byrne S.M. & Nathan P.R. (2012), “Does Enhanced Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders improve Quality of Life?”, *European Eating Disorders Review*, 20, 393-399;
- Waxman S.E. (2009), “A systematic review of impulsivity in eating disorders”, *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408-425, doi: 10.1002/erv.952;
- Wentz E., Gillberg I.C., Anckarsater H., Gillberg C. & Rastam M. (2009), “Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome”, *The British Journal of Psychiatry*, 194, 168-174;
- Wildes J.E. & Marcus M.D. (2013), “Alternative methods of classifying eating disorders: Models incorporating comorbid psychopathology and associated features”, *Clinical Psychology Review*, 33(3), 383-394;
- Wilfley D.E., Agras W.S., Telch C.F., Rossiter E.M., Schneider J.A., Cole A.G., Sifford L.A. & Raeburn S.D. (1993), “Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 296–305, doi: 10.1037/0022-006X.61.2.296;
- Wilfley D.E., Welch R.R., Stein R.I., Spurrell E.B., Cohen L.R., Saelens B.E. Dounchis J.Z., Frank M.A., Wiseman C.V. & Matt G.E. (2002), “A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge- eating disorder”, *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713–721, doi:10.1001/archpsyc.59.8.713;
- Wilson G.T. (2005), “Psychological Treatment of Eating Disorders”, *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465;
- Wilson G.T., Gilo C.M. & Vitousek K.M. (2007), “Psychological treatment of eating disorders”, *American Psychologist*, 62(3), 199-216;

- Wilson G.T., Wilfley D.E., Agras W.S. & Bryson S.W. (2010), "Psychological Treatments of Binge Eating Disorder", *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94-101;
- Wojtowicz A.E. & von Ranson K.M. (2012), "Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: A one-year prospective study of middle-adolescent girls", *Body Image*, 9(1), 20-30;
- Yalom I. & Leszcz M. (2005), *The theory and practice of group psychotherapy (5th ed.)*, Basic Books, New York;
- Yalom, I. (1995), *The theory and practice of group psychotherapy (4th ed.)*, Basic Books, New York;
- Zipfel S., Wild B., Groß G., Friederich H.C., Teufel M., Schellberg D., Giel K.E., de Zwaan M., Dinkel A., Herpertz S., Burgmer M., Löwe B., Tagay S., von Wietersheim J., Zeeck A., Schade-Brittinger C., Schauenburg H. & Herzog W. (2013), "Focal psychodynamic therapy, cognitive behavior therapy, and optimized treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomized controlled trial", *The Lancet*, Early Online Publication, doi:10.1016/S0140-6736(13)61746-8.