



Cinquantatré anoressiche in terapia sistemica familiare-individuale negli anni 1996-2003

Matteo Selvini¹, Elena Busso²

Riassunto. È questa l'ultima di una lunga serie di ricerche sulle anoressiche trattate da Selvini Palazzoli e dai suoi più stretti collaboratori. Sono così possibili tutta una serie di confronti sull'evoluzione delle caratteristiche delle pazienti e delle loro famiglie, in un contesto di pazienti pluritratate che non richiedono quasi mai la terapia e vi sono portate dai genitori. La parte più interessante di questa ricerca riguarda la personalità delle pazienti che presentano un conclamato disturbo della personalità in un terzo dei casi, mentre sono più spesso presenti associazioni di due o tre tipi di tratti in prevalenza ossessivi (25 casi), dipendenti (23) e borderline (16).

Parole chiave. Alleanza terapeutica, formati della terapia, tratti di personalità, efficacia del trattamento.

Summary. 53 anorexics in family-individual systemic therapy during years 1996-2003.

The present study is the latest of a long series of researches on the anorexics patients treated by Mara Selvini Palazzoli and her team. Many comparisons are therefore possible on the evolution of the characteristics of these patients and their families, in a context of pluri-treated patients that do not ask for psychotherapy and are brought to it by parents. The most interesting part of this research discusses the personality of the patients presenting a clear personality disorder in one third of cases, while two or three kinds of personality traits are more often associated: most frequently obsessive personality traits (25), dependent personality traits (23) and borderline personality traits (16).

Key words. Therapeutic alliance, psychotherapy formats, personality traits, treatment effectiveness.

Resumen. Es esta la última de una larga serie de investigaciones sobre anorexia tratadas por Mara Selvini Palazzoli y de sus más estrechos colaboradores. De este modo es posible toda una serie de comparaciones sobre la evolución de las pacientes y sus familias, en un contexto de pacientes pluritratadas que no demandan casi nunca la terapia y son traídas por los padres. La parte más interesante de esta investigación es aquella que se refiere a la personalidad de las pacientes, que presentan un vistoso trastorno de personalidad; en casi un tercio de los casos, mientras son habituales las asociaciones de dos o tres tipos de rasgos, sobre todo obsesivos (25 casos), dependientes (23) y borderline (16).

¹ Co-responsabile della Scuola di Psicoterapia della famiglia "Mara Selvini Palazzoli", Milano.

² Psicologa, tesi di laurea presso il Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia, Milano.

colamente dedicato ai medici e agli operatori della salute, l'articolo col-
questa sezione risponde a una domanda fondamentale sulla possibilità di
fuori dal campo in cui esso nasce, il sapere che origina dal lavoro degli
zuti.

cially addressed to practitioners and other health specialists, the article
his section answers to the main question on the possibility to make use
wledge resulting from the work of psychotherapists outside the field in
bore.

cado especialmente a los médicos y demás profesionales de la salud, el
esentado en esta sección responde a una pregunta fundamental, referida
ilidad de utilizar los conocimientos derivados del trabajo de Los psico-
fuera de su campo de origen.

questo nostro studio abbiamo voluto aggiungere un nuovo anello alla rete delle precedenti ricerche condotte dalla scuola della Selvini [1].

Tra tutte il follow-up di 143 anoressiche trattate negli anni 1971-1987, studio qualitativo di 52 anoressiche in terapia nel periodo 1988-1996.

iamo preso in considerazione le pazienti più recenti, trattate dopo l'ulteriore azione, tra il 1996 e il 2003. In tutte e tre le ricerche si sono quindi situati in terapia nello stesso contesto: lo studio professionale della Selvini, i più stretti collaboratori. Tuttavia è questa la prima ricerca che non si avvale di collaboratori dei trattamenti oggetto di studio. Le terapie di questi casi sono infatti state condotte dall'équipe costituita da Stefano Cirigliano e Anna Maria Sorrentino.

todo terapeutico con cui sono state trattate queste 53 ragazze presenta affinità con i metodi sistemici precedenti, ma anche alcune modificazioni. L'uso di formati terapeutici differenziati (non solo un formato familiare che individuale-familiare o parallelo), l'importanza attribuita all'apporto diagnostico individuale e la durata molto maggiore del percorso di cura/terapia. Abbiamo descritto altrove le linee essenziali di questo modello sistemico che abbiamo chiamato "familiare-individuale" [2].

OGGI

iamo identificato 53 casi di "anoressia nervosa" che vanno dai 10 ai 34 anni; abbiamo escluso anche da questa ricerca i casi di soggetti di sesso maschile il numero non significativo e per migliorare l'omogeneità del campione. Nella precedente ricerca (1988-1996) si era puntato sulla completezza delle informazioni, escludendo casi che si erano visti poche volte e sui quali si avevano perciò informazioni sufficientemente esaurienti, qui sono invece presi in considerazione tutti i casi giunti alla terapia familiare, anche se poche sedute. E' però necessario precisare che solamente in un caso vi è stato il rifiuto di sedute (pari a tre), mentre nel resto del campione vi è un rifiuto decisamente maggiore. Si tratta quindi di una popolazione ben rappresentata alla ricerca che considerava il periodo 1971-1987, che aveva una media di 5,7 sedute; la media delle sedute è qui ben di 21,7.

Lo studio si fonda sull'analisi di tutte le cartelle cliniche, ognuna sintetica e schematizzata come base per compilare un quadro riassuntivo che possa consentire osservazioni di tipo descrittivo ed un'analisi sistematica.

La identificazione della patologia ci siamo serviti dei criteri diagnostici indicati nel DSM IV.

La scala di valutazione è stato poi attribuito un punteggio d'ingresso alla Global Assessment Scale (GAS), in base alle descrizioni delle condizioni cliniche e del funzionamento generale registrate nella cartella clinica prima dell'inizio del-

la terapia; successivamente è stato assegnato un secondo punteggio alla fine del trattamento, per valutare l'efficacia di quest'ultimo. Abbiamo considerato positiva una terapia dove si riscontra un aumento di almeno 15 punti dal primo al secondo punteggio.

CARATTERISTICHE DELLE PAZIENTI

L'età media dell'esordio sintomatico in questa popolazione è di 17 anni e 9 mesi, mentre l'età media alla consultazione è di 21 anni e 2 mesi (in una gamma che va dagli 11 ai 37 anni), quindi dopo 3 anni e 7 mesi di cronicità (avendo quindi di sperimentato, come vedremo, numerosi altri interventi).

L'esordio è restrittivo per 7 ragazze su 10, bulimico per le restanti. Quando giungono da noi è ancora restrittivo solo nel 34 % dei casi, mentre la maggior parte sono bulimiche sotto peso (45 %) e le restanti sono bulimiche a peso normale. Vi è infine un 7,5 % di pazienti che non hanno più specifici disturbi del comportamento alimentare ed arrivano per altri problemi.

TABELLA 1. Percentuali di calo ponderale rispetto al peso minimo raggiunto.

	Casi
Calo compreso tra 15 e il 27%	34%
Calo compreso tra 28 e il 39%	41,5%
Calo superiore al 40%	24,5%

Al di là dei problemi alimentari, molte delle pazienti presentano significativi sintomi di depressione (68%) ed isolamento (20%). Sono più rari i comportamenti impulsivi di area border (16 % circa).

Dal punto di vista del funzionamento prestazionale, sono tante le ragazze con un funzionamento scadente o nullo (45%), ma sono anche molte quelle con un funzionamento buono o discreto (55 %).

Dato analogo a quello relativo alla vita sociale: normale nel 55% dei casi (hanno un ragazzo stabile il 13 %, un'amica del cuore o un gruppo il 42%). Trattandosi di ragazze molto giovani (anche se qualcuna arriva da noi attorno ai trent'anni e due persino a 36-37 anni) molto poche sono o sono state sposate o conviventi (quattro casi).

Tra loro ci sono diversi livelli di gravità sia sintomatica che di funzionamento: la media GAS (misura del funzionamento globale) alla consultazione è infatti di 41,9 punti, ma con una forte oscillazione tra un minimo di 20 ed un massimo di 56. Infatti tra queste ragazze ne troviamo quattro di area schizofrenica, quattro di area border grave ed altre dieci con importanti livelli sintomatici o disturbi della personalità. Quindi più di un terzo sono pazienti molto difficili, dato dimostrato anche dal fatto che sono in massima parte pazienti pluritrattate. Il 66 % infatti ha già tentato una psicoterapia individuale, il 47 % ha avuto almeno un

o ospedaliero, il 40% è stato in consultazione psichiatrica, il 15% ha già a terapia familiare e solo il 13% è al primo intervento terapeutico. 0% delle pazienti è di Milano, il 36% del resto della Lombardia, il 25% d'Italia ed il 9% proviene da luoghi più lontani.

CARATTERISTICHE DELLE FAMIGLIE

Si tratta di famiglie normocostituite nell'81% dei casi, con un genitore solo nel 6%, separate o monoparentali nell'8% e ricostituite nel 4%. Il ceto medio-alto, con l'81% dei padri liberi professionisti, commercianti, imprenditori. Tra le madri le stesse categorie scendono al 24%, mentre troviamo il 33% di impiegate e ben un 34% di casalinghe.

L'analisi quantitativa delle relazioni interne alla famiglia risulta inattuata, gli strumenti come quello qui utilizzato del questionario, compilato sulla base di resoconti delle sedute, poiché è troppo difficile classificare le relazioni in categorie predefinite. In linea molto generale si può confermare quanto osservato nelle precedenti ricerche: sono pochissime le coppie genitoriali fortemente funzionali, sono molte le mogli che si adeguano in modo eccessivo ai bisogni dei figli (66%), mentre nel 23% dei casi sono invece i mariti che appaiono assai alla moglie.

Tanto alle fratric, i dati confermano quelli delle ricerche precedenti: nelle famiglie anoresichiche sono più frequenti le fratric femminili rispetto a quelle con i fratelli maschi. Questa volta 10 pazienti sono figlie uniche; rispetto alla più lontana nel tempo (1971-1987), su 143 pazienti, solo 13 erano figlie uniche o invece sono aumentate del doppio (18%). Questo è coerente con il dato demografico degli ultimi decenni, calo che ha cominciato a svilupparsi già negli anni novanta; infatti il numero di figlie uniche nella ricerca più vicina (1988-1996), su 52 casi era già di 12.

Tanto alla classificazione del legame prevalente della paziente con la madre (tipo A), con il padre (tipo B) o con nessuno dei due (tipo C) abbiamo qui 21 pazienti tipo A (39,6%), 15 di tipo B (28%) e 17 di tipo C (32%). Rispetto ai risultati della ricerca precedente che ha considerato 52 pazienti, non si sono levate differenze significative, se non un lieve aumento delle anoresichiche tipo A (17 erano di tipo A, 17 di tipo B, 18 di tipo C).

Tanto alle rispettive famiglie di origine dei genitori, sono emersi dati di interesse rispetto alla precedente ricerca. Infatti i padri con famiglie fortemente caute sono risultati essere solo il 43,2% (tra cui solo un 17% vissuti a lungo tempo). Invece le madri con famiglie assai carenti sono risultate essere il 50%. Si possono paragonare questi dati con quelli della ricerca precedente (tabella 2).

Si può ipotizzare che terapie più lunghe, che spesso hanno coinvolto per lo meno le madri, abbiano maggiormente messo in luce carenze delle famiglie d'origine. Queste ultime, rimaste nascoste nei trattamenti del periodo precedente, per ragioni storico-demografiche vanno diminuendo il numero dei padri colti in trascuratezza, morte dei genitori ed abbandono.

TABELLA 2. Famiglie di origine.

Popolazione 1988-1996	Popolazione 1996-2003			
	Padre	Madre	Padre	Madre
Famiglie numerose e poverissime	7	0	4	7
Orfani e/o allevati da parenti	9	5	5	7
Profungati e ripetuti allontanamenti in collegi vari	12	2	9	4
Altro (genitori con disturbi psichici e comunque gravemente trascuranti	7	6	5	11
Non rilevabili particolari carenze	16	39	29	23
Non rilevato			1	1

CARATTERISTICHE DELLE TERAPIE

L'alleanza terapeutica con queste ragazze, come è da attendersi, non è risultata facile. Si può infatti parlare di un'alleanza duratura in 21 casi, di un'alleanza oscillante in 11, di un'alleanza precaria (forzata o apparente) in 19 e di un'alleanza esplicitamente nulla in 2. Non si deve dimenticare che questi interventi sono richiesti dai genitori, o da uno di loro, nella stragrande maggioranza dei casi; infatti l'alleanza terapeutica stabile con almeno uno di loro è risultata attuabile assai più spesso (33 casi).

TABELLA 3. Tipo di alleanza con la paziente.

	%	N.
Duratura	40	21
Oscillante	21	11
Forzata-apparente	36	19
Nulla	4	2

La lunghezza dei trattamenti è assai varia (5 erano ancora in corso al momento della rilevazione). Si va da un minimo di 3 sedute ad un massimo di 59; la media è di 22 sedute di vari formati. Sono quindi terapie non intensive e di media durata (lunghezza media 3 anni).

Quanto alle convocazioni, nell'attuale protocollo di trattamento dell'anorexia-bulimia (che si rispecchia in questa ricerca), utilizziamo 3 fondamentali formati di intervento:

rallato, dove sedute familiari (con l'intera famiglia, dei genitori, della fratria) si alternano con sedute individuali della paziente (25 casi); *dividuale-familiare*, dove una presa in carico prevalentemente individuale viene integrata con meno frequenti sedute familiari di diversi formati (14 casi); *ingiunto*, dove prevalgono le sedute familiari nei diversi formati possibili (13 casi).

LA 4. Formati della terapia.

	%	N.
Individuale/familiare	49	25
Ingiunto	26,4	14
Altri	24,6	13

Come già dicevamo, l'équipe terapeutica ha valutato come positiva l'efficacia del trattamento in tutti i casi in cui, al momento della seconda rilevazione, il *registro GAS* fosse salito di almeno 15 punti, cioè in tutti i casi in cui la paziente avesse mostrato significativi progressi sul piano del funzionamento e/o del *registro GAS*. Seguendo questo criterio si sono dimostrate efficaci 33 terapie ed inefficaci 20. Un risultato buono, anche se non entusiasmante, che sulla base delle precedenti ricerche [3], porta a prevedere un buon benessere a lungo termine per il 65 % circa di questa popolazione.

LA 5. Valutazione dell'efficacia della terapia.

alla consultazione (media)	41,9
alla fine della terapia (media)	58,1
positivo	62,2% (33 casi)
negativo	37,7% (20 casi)

IL TIPO DI PERSONALITÀ DELLE PAZIENTI

L'aspetto più originale di questa ricerca è quello rivolto all'approfondimento del tipo di personalità delle pazienti anoressiche. Nella precedente ricerca [4] abbiamo ipotizzato quattro tipi di disturbi della personalità (seguendo la classificazione del DSM IV): dipendente, borderline, ossessivo-compulsiva e narcisista. La classificazione dei 52 casi studiati era la seguente: dipendente 10, borderline 9, ossessivo-compulsiva 11, narcisista 12. L'esperienza e la ricerca di questi ultimi otto anni ci ha tuttavia mostrato che solo in una minoranza dei casi, calcolati in questa ricerca al 32% (16 casi), è possibile classificare con ragionevole sicurezza una paziente in una singola speci-

fica di disturbi o disturbo della personalità. È assai più frequente riscontrare delle combinazioni di tratti appartenenti, non solo a disturbi diversi, ma anche a cluster differenti.

Nella presente ricerca abbiamo allora cercato di classificare la presenza sia di tratti dominanti (in forma esclusiva o meno), che di altri tratti secondari o significativi. Un primo dato che ci ha colpito è relativo al disturbo narcisistico, che non è mai presente come diagnosi "pura" o esclusiva. Lo stesso si può dire per altri disturbi, quale quello istrionico (assai rara anche come diagnosi secondaria). Altri tipi di disturbi sono poi del tutto assenti, come quelli schizoidi ed antisociali. Tratti narcisistici appaiono prevalenti in 8 casi, associati con tratti ossessivi (2), istrionici (2), dipendenti (2), borderline (1) ed evitanti (1). Questo dato conferma l'esperienza clinica per cui la difesa di "sentirsi speciali" è spesso presente, ma senza divenire del tutto centrale.

Nella precedente ricerca avevamo invece probabilmente sottovalutato la presenza dei tratti tipici del disturbo della personalità evitante (isolamento e paura del giudizio) limitato ma presente, solo una volta in forma prevalente, altre tre volte associati con il tratto ossessivo (tre casi) e con quello borderline (due casi). Stupisce l'assenza dell'associazione più logica e consueta, quella con i tratti dipendenti, forse spiegabile con problemi tecnici legati alla difficoltà di differenziare le due diagnosi con la semplice lettura dei resoconti delle sedute.

I tratti borderline non sono più così tanto presenti come nella precedente ricerca, anche se restano quelli più frequenti tra le diagnosi di disturbo della personalità "pura" (8 su 16); mentre nelle diagnosi miste sono dominanti solo in tre casi (in associazione con tratti istrionici, dipendenti ed ossessivi).

La costellazione che appare invece largamente dominante è quella della dipendenza, solo in tre casi su sedici in forma pura, ma in ben sedici su trentasei nelle più frequenti diagnosi miste: in questi casi colpisce soprattutto l'associazione con il tratto secondario ossessivo-compulsivo in ben undici casi, segue evitante (tre casi) e borderline (due casi).

Specularmente risulta importante anche la diagnosi di disturbo di personalità ossessivo-compulsiva, che appare in forma pura in cinque casi su diciassette ed in forma dominante in quattro, in associazione con tratti evitanti (due casi), narcisisti (un caso) e dipendente (un caso).

Sommando insieme i tipi di tratti puri, prevalenti e secondari, il tratto più rappresentato risulta essere quello ossessivo (25), seguito da quello dipendente (23), borderline (16), evitante (12), narcisista (9), istrionico (3).

A commento generale di questa rilevazione, possiamo dire che sicuramente la complicazione della rilevazione diagnostica di personalità deriva, e non solo in questa piccola ricerca, dai diversi test o tecniche di rilevazione, ma anche dall'aver come riferimento un sistema diagnostico come quello del DSM IV, che è esclusivamente descrittivo. Sarebbe certo molto diverso se avessimo a disposizione un sistema dove ogni diagnosi di personalità fosse collegata ad un'etiologia [5]; è infatti chiaro come molti tratti di personalità possano essere collegati ad etiologie radicalmente diverse. Ad esempio, una programmazione ossessiva e perfezionistica della vita può essere causata da una famiglia rigidamente discipli-

LA 6. Trattati di personalità del campione studiato (in valori assoluti).

	Forma pura	Tratto dominante	Totale tratti puri - dominanti - secondari
idente	3	16	23
rtine	8	3	16
siva-compulsiva	5	4	25
sista	-	8	9
nte	1	5	12
nica	-	-	3

iperitica, ma anche da un contesto di crescita molto carenziale, dove il soggetto sopravvive diventando l' "istitutore di se stesso", [6]. Anche l'incapacità di sostenere un conflitto può essere appresa come elemento di estrema insicurezza del bambino iper-protetto, ma anche come parte di un più generale concetto emotivo di un soggetto schizoide o anche come espressione del bisogno di essere accettato di una personalità evitante. Si potrebbero fare molti esempi analoghi, per esempio sul terrore dell'abbandono e così via. Quindi, questa indeterminazione eziologica del sistema diagnostico che utilizzo è una debolezza strutturale, che invece non c'è nelle classificazioni diagnostiche che possiamo fare utilizzando la teoria dell'attaccamento, e che invece hanno altri limiti [7].

I CONFRONTI CON LE PRECEDENTI RICERCHE SULLE NOSTRE POPOLAZIONI ANORESSICHE

In maniera più spiccata rispetto alle precedenti rilevazioni, l'età all'esordio tendenziale: abbiamo infatti in questa ultima popolazione molti più esordi dopo i 18 anni (dal 16 % si passa al 41,5 %), a discapito della fascia più giovane (9-14 anni). Sono pazienti più croniche: 3 anni e 7 mesi di anoressia alla consultazione o i 2 anni e 6 mesi della ricerca 1971-1988. Ciò nonostante è sempre la metà ad essere già stata ricoverata in ospedale. Le famiglie normocostruite scendono molto lentamente, erano infatti l'89,4 % nel 1971-1988 (ancora il 98 % nel 1988-1996) e sono qui l'81,6 %. E' possibile che questo dato sia influenzato dal nostro contesto "centro per la terapia familiare", però pare confermare quanto già ipotizzato in passato di una "arcaicità" della struttura familiare come fattore di rischio psicopatologico, sia generale che anche specifico, per l'anoressia [8]. Questa osservazione è rafforzata dal dato che già abbiamo visto del forte disallineamento di status lavorativo tra padri e madri. Rispetto alla dimensione lavorativa

va delle madri si passa dal 43,7 % del 1971-1988 al 67 % di questa popolazione, e qui il dato pare proprio rispecchiare l'evoluzione socio-economica.

Parimenti viene nuovamente confermato il dato epidemiologico della diminuzione delle anoressiche restrittive alla consultazione che nel 1971-1988 erano il 60 %, mentre sono qui il 34 %. E' un dato importante perché la nostra ricerca sulla popolazione 1971-1988 aveva mostrato un esito a lungo termine molto migliore proprio per le pazienti restrittive.

Come abbiamo già detto, una differenza molto importante è quella della durata e dell'intensità della presa in carico: nel 1971-1988 la media era stata di 5,7 sedute, mentre con questi ultimi casi siamo ad una media di 21,7 sedute per trattamento, cioè le sedute si sono quadruplicate! Anche i formati sono molto diversi, in quanto nel 1971-1988 utilizzavamo un formato congiunto nella quasi totalità dei casi; mentre nel 1996-2003, come abbiamo visto, siamo solo al 21 % di utilizzo di questo formato.

La brevità dei trattamenti 1971-1988 aveva fatto sì che ben un 51,4 % delle pazienti intraprendesse una terapia individuale successivamente al trattamento familiare (e che il 21,8 % fosse ricoverato dopo il trattamento familiare). Questo confronto non è ancora possibile per ovvie ragioni temporali, per cui lo rimandiamo ad una futura ricerca retrospettiva.

Per quanto concerne il metodo terapeutico, il formato maggiormente utilizzato è quello parallelo: cioè l'integrazione tra la psicoterapia individuale (svolta al Centro oppure già avviata presso uno psicoterapeuta esterno) e quella familiare attraverso sedute congiunte.

FATTORI PREDITTIVI

In questa ricerca abbiamo ripercorso gli incroci tra variabili già studiate nelle precedenti investigazioni. Abbiamo correlato una serie di variabili con l'efficacia della terapia nell'ipotesi, già confermata da altri studi, di una forte correlazione tra efficacia della terapia e benessere futuro della paziente, anche se naturalmente non sono la stessa cosa. Infatti mentre tutti i 33 casi che abbiamo classificato tra i successi delle terapie presentano una GAS superiore a 50 (da un minimo di 53 ad un massimo di 85 con una media pari a 69); anche tra i 20 casi che abbiamo classificato come insuccessi terapeutici ci sono ben 8 ragazze tra i 50 ed i 56 punti GAS, il che è sicuramente un fattore prognostico favorevole relativo alla qualità della loro vita futura. Sono quindi 12 i casi più a rischio.

Questo incrocio è solo intuitivamente significativo (chi quadro 0,14).

TABELLA 7. Efficacia al trattamento/ospedalizzazione prima della terapia.

	Negativa	Positiva
No	8	20
SI	12	13

Un incrocio statisticamente significativo è quello riguardante l'alleanza terapeutica con almeno un genitore (test chi quadro 0,004).

LLA 8. Efficacia del trattamento in funzione all'alleanza con un genitore.

	Negativa	Positiva
Alleanza con un genitore	12	7
Alleanza con entrambi i genitori	8	26

Altro incrocio significativo è quello con l'età d'esordio (chi quadro 0,05): d'esordio più tardiva dà molte più probabilità di successo.

LLA 9. Efficacia del trattamento in funzione dell'età d'esordio.

	Negativa	Positiva	Totale
<18	15	16	31
>18 e oltre	5	17	22

È comunque significativo anche il dato riguardante l'alleanza terapeutica a paziente che si avvicina molto al valore predittivo (test chi quadro 0,09).

LLA 10. Efficacia del trattamento in funzione all'alleanza con la paziente.

	Negativa	Positiva
Alleanza con la paziente	15	17
Alleanza con altri	5	16

Nella ricerca sulla popolazione 1971-1988, era risultato un fattore predittivo l'essere figlia unica; questo dato non è confermato da questa ricerca. Il dato sulla cronicità l'esito è analogo: le ragazze con più di 5 anni di malattia o un po' peggio, ma non in misura statisticamente rilevante. Nella ricerca 1988 era stato invece anche statisticamente significativa la predittività dell'adeguatezza prestazionale, così come quella di non essere stata mai ospedalizzata. Il dato sulla significatività del calo ponderale è analogo nelle due ricerche: il dato non è statisticamente significativo, mostra solo una leggera tendenza a esiti meno buoni. Allo stesso modo confrontando le personalità più dipendenti con quelle più autarchiche troviamo solo una tendenza ad un esito più positivo con le prime.

CONCLUSIONI

Nel follow-up della casistica 1971-1988 avevamo ritrovato un 64% di pazienti asintomatiche e un funzionamento globale sufficientemente buono nell'82%. Quest'ultimo dato può essere in qualche modo paragonato alla valutazione delle nostre 53 pazienti alla fine del trattamento (o al momento della rilevazione), quando troviamo un punteggio GAS superiore ai 50 punti in 41 casi su 53 (77%).

Le pazienti del periodo 71-88 erano però leggermente meno gravi, infatti la loro GAS medie alla consultazione era di 44,59, contro il 41,90 di questa nostra più recente popolazione. Anche per le altre variabili le due popolazioni sono parecchio diverse e soprattutto solo una futura ricerca retrospettiva ci potrà illuminare su come evolveranno nel tempo queste pazienti più recenti.

L'importanza decisiva dell'approccio sistemico si gioca in modo emblematico in quelle 32 ragazze anoressiche non richiedenti che abbiamo trattato. Certo non possiamo essere soddisfatti dall'aver favorito progressi significativi solo per 17 di loro, tuttavia con i tradizionali approcci individuali non sarebbe stato possibile agganciare utilmente nessuna di loro!

BIBLIOGRAFIA

1. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare. Raffaello Cortina, Milano, 1988.
2. Selvini M, Pasin E. Il follow up dei pazienti gravi trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalle sue équipe. Terapia familiare 2005; 79: 27-48
3. Selvini M, Benzi S, Capelli S, et al. Gli psicotici trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalla sua équipe negli anni '90. Ecologia della mente 2001; 1: 47-55.
4. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare. Raffaello Cortina, Milano, 1988.
5. Orefice S. La sfiducia e la diffidenza. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
6. Johnson S. (1994). Stili caratteriali. Crisalide. Spigno Saturnia, Latina, 2004.
7. Sorrentino AM, Selvini M. Riattivare l'attaccamento. Psicobiettivo (in corso di pubblicazione).
8. Selvini M. Vecchi e nuovi padri. Ecologia della mente 2000; 2: 144-63.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Barbieri A, Ghigi D, Selvini M, Tagliavini S. Anoressia maschile: analisi comparata su 15 soggetti e illustrazione di un caso rappresentativo. Psicoterapia 2002; 25: 45-52.

Selvini M. Terapia familiare e disturbi di personalità: una nuova prospettiva di ricerca messa alla prova sul terreno dell'anoressia. Psicoterapia 1999; 18: 45-50.

Selvini M. Reinventare la psicoterapia. Raffaello Cortina, Milano, 2004.

Selvini M, Sorrentino AM. Tratto disfunzionale di personalità, costellazioni di tratti e diagnosi di personalità come guida del trattamento psicoterapeutico. Ad uso interno della Scuola di Psicoterapia della Famiglia "Mara Selvini Palazzoli" 2004.