

“ Modalità di sostegno per la famiglia di soggetti affetti da DCA ”

Dr. Giovanni Gravina

Centro Arianna per i DCA – ASL 5 Pisa

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Il ruolo della famiglia nello sviluppo e nel mantenimento dei DA è da tempo oggetto di studio.

La famiglia in ogni caso è direttamente coinvolta nei processi evolutivi del DA e ciò impegna gli operatori a farsi carico di un approccio corretto in tal senso.

(Eisler I. 2003)



Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Le prime esperienze che includono la famiglia nel trattamento dell' AN sono condotte da Salvador Minuchin e collaboratori alla Child Guidance Clinic di Philadelphia all'inizio degli anni '70.

(S. Minuchin et al. *Psychosomatic families*. Harvard University Press 1978)



Negli stessi anni a Milano è Mara Selvini Palazzoli ad approfondire e sviluppare l'applicazione della terapia familiare per il trattamento dell' AN.

(M. Selvini Palazzoli et al. *L' Anoressia mentale*. Feltrinelli Milano 1981)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Negli anni successivi C. Dare e collaboratori iniziano a strutturare un metodo di intervento con le famiglie di adolescenti affette da DA al Maudsley Hospital di Londra.

(GFM Russell et al. *An evaluation of family therapy in AN e BN.* Arch. Gen. Psychiatry 1987, 44: 1047-56)



Le esperienze e gli studi ulteriori, in particolare quelli condotti a Stanford in California, nel 2001 condurranno alla stesura di un compendio completo sulla terapia familiare.

(J. Lock et al. *Treatment Manual for AN : a family-based approach.* Guilford Press NY)



Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

“ For children and adolescent the evidence indicates that family treatment is the most effective intervention. (I) “

(Practice guideline for ED. American Psychiatric Association. 2006)

“ It is our position that families should be involved routinely in the treatment of young people with an eating disorder. “

(Position Paper. Academy for Eating Disorders 2010)

Family should be considered whenever possible, especially for adolescent patients with BN still living with their parents (II)

(Practice guideline for ED. American Psychiatric Association. 2006)

“ For adolescents with ED family therapy as practised according to the Maudsley method is recommended ... Parents as distressed and burdened by symptoms and behaviours of ED; these feelings must be alleviated by group educational interventions. “

(J. Treasure et al. Lancet 2010, 375: 583-93)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Meno del 30% dei pazienti afferenti ai Servizi per i DA della regione Toscana ha beneficiato di un intervento di sostegno specifico per le famiglie.

(Scheda informatizzata Regione Toscana – dati al 30/10/2011)



Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

**Modello piramidale di
terapia familiare nel
trattamento dell' AN**

Terapia individuale
(paziente, genitore)

Terapia di coppia

Terapia familiare (alcune famiglie)

Intervento familiare di sostegno per tutte le famiglie

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Trattamento e psicoterapie



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

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Utilizzare una prospettiva sistemica relazionale per comprendere e trattare un DA significa cercare di comprendere la complessa rete delle interazioni biologiche e relazionali che si articolano attorno a questa condizione.

In qualche modo il disturbo ha una funzione precisa all'interno della famiglia.

Ogni cambiamento del "paziente" produce un cambiamento nella organizzazione della famiglia e viceversa.



“ Le reazioni emotive ai sintomi alimentari possono avere un effetto di mantenimento del problema. “

(J. Treasure et al. 2008)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Family Based Therapy : “ tutte le modalità di coinvolgere i genitori come parte essenziale del trattamento ”.

- *FT propriamente detta*
- *parent management training*
- *modelli psicoeducativi (formalizzati in forma di manuale)*

Five-years of family based treatment for anorexia nervosa.
A. Wallis et al. *Int J Adolesc Med Health*. 2007 19(3):277-83.

La svolta : i modelli terapeutici familiari basati su ipotesi etiopatogenetiche sono superati a favore di modelli tesi a modificare i fattori familiari cristallizzati attorno al disturbo e quelli che ne ostacolano la cura.

N.B. La famiglia e le sue dinamiche devono essere presenti nel lavoro dell'equipe.

(“ED in Children and Adolescents.” D. Le Grange & J. Lock Eds. 2011 Guilford Press N.Y.)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Una nuova prospettiva: le disfunzioni nella famiglia non sono più viste come causa ma come prodotto della presenza in famiglia di un soggetto affetto da DA; mutano di conseguenza anche gli obiettivi e le tecniche terapeutiche.



“ La comprensione delle modalità con cui le famiglie riorganizzano la loro vita intorno ad un disturbo alimentare è molto più importante, dal punto di vista del trattamento, che la cognizione di come il DA si è sviluppato. “

(J. Whitney & I. Eisler. J. of Mental Health 2005, 14: 575-585)

La famiglia abbandona lo status di paziente ed è attivamente coinvolta nel progetto terapeutico, assumendo il ruolo di supporto alla terapia.

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

→ I problemi da affrontare (I)

- I genitori spesso fanno fatica a riconoscere che il figlio è malato e hanno **difficoltà ad accettare la gravità della malattia**.
- I genitori spesso si trovano a lottare col pensiero che loro stessi siano la causa del problema e ciò alimenta i loro **sensi di colpa**.
- Il senso di colpa è alimentato anche dal fatto che il **rifiuto della "genitorialità"** è implicito nel rifiuto del cibo da parte del figlio.
- La malattia spesso esautorava i genitori dalla self-confidence nelle proprie competenze.
- I genitori hanno difficoltà ad accettare la necessità di una terapia perché la **resistenza** del figlio nei confronti del trattamento accresce ulteriormente il loro senso di colpa e di inadeguatezza.

(J. Treasure et al. "The Assessment of the family of people with ED"
Eur. Eat. Disorders Rev. 2008, 16: 247-255)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

→ I problemi da affrontare (II)



Un paradigma dei vissuti di famiglie con DA è la **mancanza della commensalità** come momento di ritrovo della socialità familiare. Il sintomo colonizza il sistema familiare, mina e al tempo stesso è espressione della scarsa tenuta dei confini intra-familiari.

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

The Family Meal

“ At the next session, the parents bring in a picnic for the family.... Specific nutritional advice is avoided and parents are asked what their instincts tell them is right. “

(P. Rhodes Austr. New Zeal. J. Fam. Ther. 2003, 24(4): 191-8)

Maudsley Model

Nella prima fase del trattamento i genitori sono incoraggiati e supportati a gestire il programma di rialimentazione.

Solo più tardivamente, acquisiti i progressi sul sintomo, il paziente e la famiglia lavorano sui compiti evolutivi dell'adolescenza.

(J. Lock . Child Adolesc. Psychiatr . Clin N. Am. 2002, 11(2): 331-342)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Prevalenti tipologie difensive familiari

Evitante : negazione, evitamento, delega

→ la persona malata si vergogna, scappa



Indifferenziata : paura, ansia, depressione, irritabilità

→ la persona malata si sente in colpa, cattiva



(O. Kyriacou et al. Int. J. Eat. Disord. 2008, 41(3): 233-242)

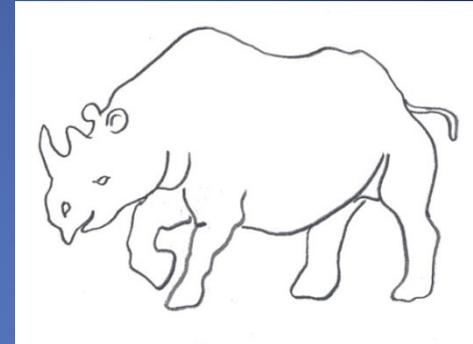
Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Prevalenti tipologie difensive familiari

In attacco : ipercontrollo, coercizione

normalizzazione e razionalizzazione

→ la persona malata si sente rifiutata, non amata



Iperprotettiva : blocco, soffocamento, frustrazione

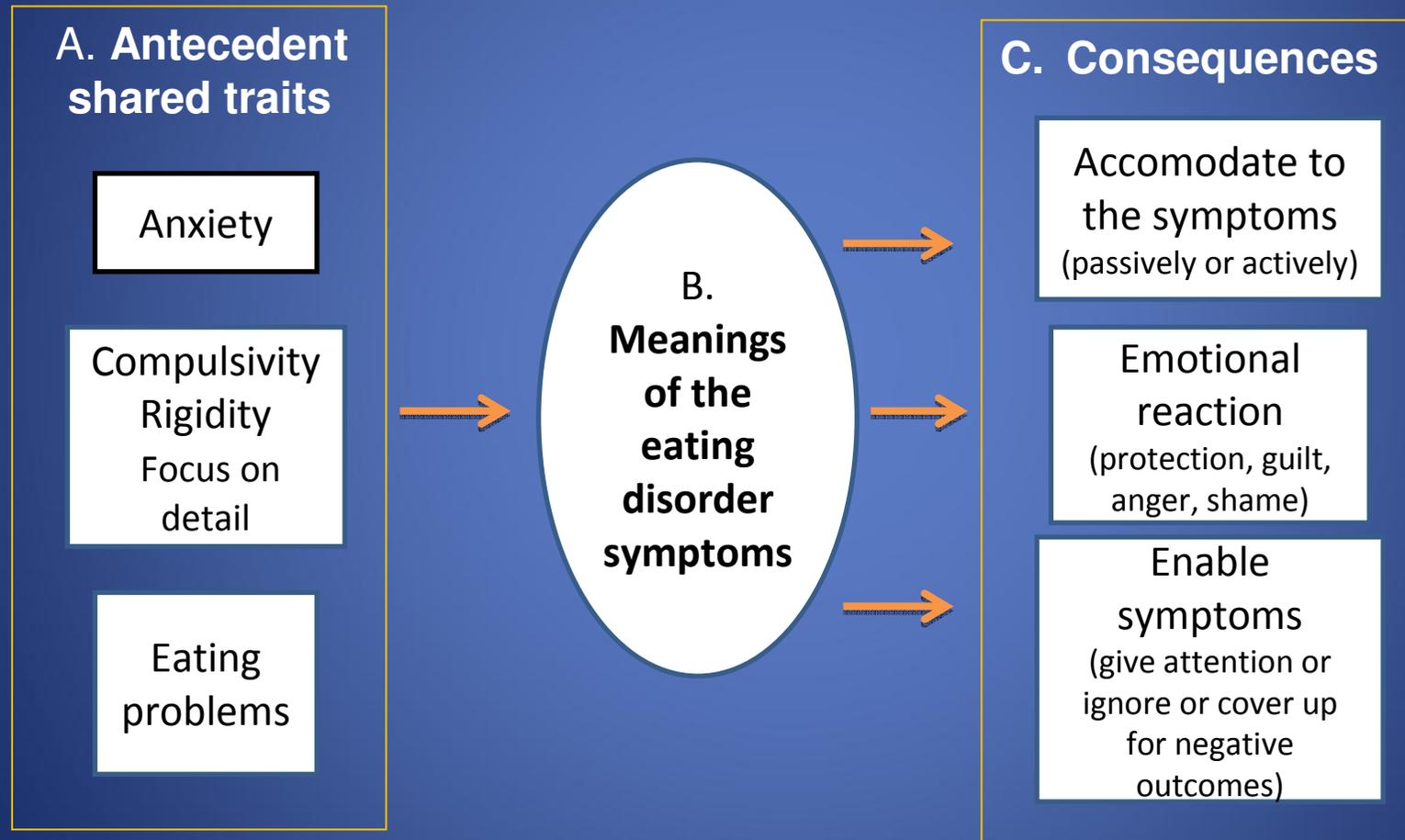
→ la persona malata si sente frustrata, non può crescere



(O. Kyriacou et al. Int. J. Eat. Disord. 2008, 41(3): 233-242)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

A diagram depicting how the family can react to maintain ED symptoms.



(J. Treasure et al. Eur. Eat. Disorder Rev. 2008, 16: 247-255)

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Il supporto può essere offerto ai singoli nuclei familiari o attraverso interventi strutturati in gruppo.

Il lavoro in gruppo può essere favorevole per il possibile rinforzo che deriva dallo scambio delle diverse esperienze; può essere condotto, in momenti diversi, da diversi operatori (psicologo, medico, dietista), anche in compresenza, purché formati alla competenza relazionale ed esperti nella comunicazione.



Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

—————> Quali obiettivi ?

- L'approccio alla famiglia, quale che sia la modalità utilizzata (FT, FBT, consulenza, psicoeducazione, ecc.) è una necessità ineludibile del trattamento.
- L'intervento sulla famiglia è spesso sbrigativamente ridotto ad una delle sue forme, quella disponibile, piuttosto che quella più adatta.
- I familiari richiedono in genere indicazioni su come gestire i problemi alimentari, ma il trattamento deve includere altri aspetti.
- **N.B.** Peraltro la focalizzazione troppo precoce su tematiche relazionali può favorire sensi di colpa e di inefficacia.

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

—————> Quali obiettivi ?

- Avere **corrette informazioni** sul DA, decorso, terapie, ecc.
- Sviluppare buoni livelli di **regolazione emotiva**
- Sperimentare l'atto del **nutrirsi in contesti "caldi"**.
- Sviluppare abilità di **ascolto e comunicazione** (chiara, diretta e coerente)
- Migliorare le abilità di **problem solving e decision making**
- Imparare a **gestire lo stress**, la tensione e rinforzare la **resilienza**
- Lavorare sulle **relazioni interpersonali** attuali e sulla storia familiare

(J. Treasure et al. Skills-based Learning for Caring for a Loved One with an ED.
Routledge Ed. London 2007.

J. Treasure et al. The Clinician's Guide to collaborative caring in ED.
Routledge Ed. London 2009)

<p>Prima fase: Ingaggio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accoglimento • Ascolto • Psicoeducazione • Lavoro sulla motivazione • Lavoro sul senso di colpa • Costruzione dell'alleanza terapeutica • Lavoro di rete
<p>Seconda fase: Gestione del sintomo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dei comportamenti familiari di reazione al sintomo • Interventi correttivi • Familiari coterapeuti (?)
<p>Terza fase: Lavoro sulle dinamiche familiari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione e trattamento delle dinamiche familiari • Lavoro sui blocchi evolutivi • Supporto all'autonomia e ai compiti evolutivi dell'adolescenza

(G. Luxardi)

CONCLUSIONI

- I fattori interpersonali giocano un ruolo importante nel mantenimento dei disturbi alimentari.
- La disregolazione emotiva è comune nelle famiglie con DA.
- Frequentemente nelle famiglie con DA si verificano modalità di adattamento alla malattia che favoriscono il perdurare della malattia.
- Il training psicoeducativo e skills based può ridurre le difficoltà sperimentate dai familiari e favorire i processi di cambiamento.
- Aiutare i familiari e lavorare con loro può aiutare gli adolescenti a riavviare il processo evolutivo.
- Le famiglie devono essere interlocutori attivi nel progetto di cura. Ogni componente del team interdisciplinare deve tener conto delle dinamiche familiari.

Disturbi Alimentari : il sostegno alla famiglia

Grazie ...

a tutti voi per l'attenzione.



	assessment	Fase acuta	Dopo il recupero ponderale	cronicità
APA 2006	<p>For children and adolescents with anorexia nervosa, family involvement and treatment are essential (I). For older patients, family assessment and involvement may be useful and should be considered on a case-by-case basis (II). Involving spouses and partner in treatment may be highly desirable (II)</p>	<p>For children and adolescents, the evidence indicate that family treatment is the most effective intervention (I). In methods modeled after the Maudsley approach, family became actively involved, in a blame-free atmosphere, in helping patients eat more and resist compulsive exercise and purging (II)</p> <p>For adolescent treated in inpatient settings, participation in family group psychoeducation may be helpful to their efforts to regain weight and may be equally as effective as more intensive form of family therapy (III).</p>	<p>For adolescent who have been ill <3 years, after weight have been restored, family therapy is a necessary component of treatment (I)</p>	<p>(...) clinician are justified in maintaining and extending some degree of hope in patients and families (II). The family work often revolves around helping the family adjust to the positive changes that occur with symptoms and behavioral changes in the patient (Maine, Kelly, 2005)</p>

	priorità	Interventi educativi e di supporto	trattamento
NICE 2004	<p>Family interventions that directly address the eating disorder should be offered to children and adolescents with anorexia nervosa</p> <p>Family members, including siblings, should normally be included in the treatment of children and adolescents with eating disorders. Interventions may include sharing of information, advice on behavioral management and facilitating communication</p>	<p>Patients and, where appropriate, carers should be provided with education and information on the nature, course and treatment of eating disorders (C)</p> <p>In addition to the provision of information, family and carers may be informed of self-help groups and support groups, and offered to participate in such groups where they exist. (C)</p>	<p>Therapies to be considered for the psychological treatment of anorexia nervosa include CAT, CBT, IPT, focal psychodynamic therapy and family intervention focused explicitly on eating disorders (C)</p> <p>Family interventions that directly address the eating disorder should be offered to children and adolescents with anorexia nervosa (B)</p>

evidenze

Russel GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I	1987	21	La terapia familiare risulta superiore a quella individuale in adolescenti con durata di malattia <3 anni. Il risultato si mantiene al follow up di 5 anni. Per gli adulti la terapia individuale appare più efficace.
Robin AL, Siegel PT, Moyer AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A	1999	37	BFST vs. EOIT studio non controllato Alla fine del trattamento e ad un anno i trattamenti si mostrano equivalenti, la terapia familiare raggiunge più rapidamente il risultato. BFST ottiene un migliore risultato nel recupero ponderale
Eisler I, Dare C, Hodes M, Russel GF, Dodge E, Le GD	2000	40	Conjoint family therapy vs. separated Entrambi gli interventi si rivelano efficaci, i cambiamenti sintomatici sono più accentuati nella condizione di separazione, se il criticismo genitoriale è elevato; cambiamenti psicologici sono più evidenti nella versione congiunta
Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK	2000	25	Family therapy vs. family group psychoeducation Lo studio non è controllato poiché ci sono altri trattamenti in corso (IPT). Gli interventi si dimostrano comunque equivalenti
Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC	2005 2007	40	Maudsley model: short term vs. longer term Le forme si equivalgono. Un livello elevato di sintomi OCD e famiglie non integre rispondono maggiormente ad un trattamento più lungo

bibliografia

- APA, **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders**, Third Edition, 2006, available on www.psych.org
- Cecchin G.(1987), **Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: an Invitation to Curiosity**, in “Family Process”, 26.4, pp.405-13..
- Dare C., Eisler I., **Family Therapy for Anorexia Nervosa**, in Garner D.M., Garfinkel P.E., (eds.) Handbook of treatment for Eating Disorders, Guilford, 1997
- Keeney P. B. – **Aesthetics of change**. The Guilford Press, New York – London, 1983. Trad. Ital. - **L'estetica del cambiamento**. Astrolabio, Roma, 1985
- Lock J, LeGrange D, Agras WS, Dare C, **Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A family-based approach**, NY, Guilford, 2001
- Minuchin S. - **Families and Family Therapy**. President and Fellows of Harvard College, 1974. Trad Ital. **Famiglie e terapia della famiglia**. Astrolabio, Roma, 1976
- Minuchin S., Rosman B. L., Baker L. - **Psychosomatic Families**. President and Fellows of Harvard College, 1978. Trad. Ital. **Famiglie psicosomatiche**. Astrolabio, Roma, 1980
- National Institute for Clinical Excellence (NICE), **Clinical Guidelines for Eating Disorders**, 2004, available on www.nice.org.uk

- Selvini Palazzoli M. - **L'anoressia mentale**. Dalla terapia individuale alla terapia familiare. Feltrinelli, Milano, 1963.
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G. - **Paradosso e controparadosso**. Un nuovo modello nella terapia della famiglia a transazione schizofrenica. Feltrinelli, Milano, 1975
- Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., **Ipotizzazione, circolarità, neutralità**, Terapia Familiare, 7, 1980
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M. - **I giochi psicotici nella famiglia**. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M. – **Ragazze anoressiche e bulimiche**. La terapia familiare. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1998
- Tomm K. - **Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflesive?** Trad. Ital. Il Bollettino, n° 24, 1991
- Tomm K. - **Le domande riflesive come mezzi per condurre all'autoguarigione**. Trad. Ital. Il Bollettino, n° 23, 1991
- Treasure J., Smith G., Crane A., **Skills-based Learning for Caring for a Loved One with an Eating Disorder. The New Maudsley Method**, Routledge, 2007
- Treasure J., Sepulveda A.R., MacDonald P., Whitaker W., Lopez C, Zabala M, Kyriacou O, Todd G., **The Assessment of the Family of People with Eating Disorders**, Eur Eat Disorders Rew, 2008

- Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. - **Pragmatic of Human communication**. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. W. W. Norton and Co., Inc., New York. Trad Ital. **Pragmatica della comunicazione umana**. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Astrolabio, Roma, 1971
- Watzlawick P., Weakland J. H. (a cura di) - **La prospettiva relazionale**. I contributi del Mental Research Institute di Palo Alto dal 1965 al 1974. Astrolabio, Roma, 1978
- Watzlawick P., Weakland J. H., Fisch R. - **Change. Principles of problem formation and problem solution**. Trad. Ital. **Change. Sulla formazione e la soluzione dei problemi**. Astrolabio, Roma, 1974
- White Michael - **La terapia come narrazione**. - Astrolabio, Roma, 1992