

Treviso, 8 febbraio 2014

L'approccio alla famiglia in un centro per i disturbi alimentari

Gian Luigi Luxardi
Centro per i Disturbi Alimentari
S.Vito al Tagliamento
ASL n. 6 "Friuli Occidentale"



Che facciamo oggi?

- **Mattina**

- I disturbi alimentari (alla luce del DSM 5)
- La famiglia come contesto del disturbo alimentare
- La valutazione della famiglia
 - Simulata sulla valutazione della famiglia

- **Pomeriggio**

- Come è organizzato un centro per i disturbi alimentari
- L'approccio alla famiglia (consulenza, terapia, auto-aiuto)
- La terapia familiare con i DCA
 - Simulata su una seduta familiare di accoglimento al CDA

Cosa sono i disturbi alimentari?

Classificazione dei DA nel DSM 5

- Introduzione della sezione “Feeding and eating disorders of Infancy and Early Childhood” (avoidant/restrictive food intake disorders)
- Sparisce il criterio dell’amenorrea
- Bulimia: riduzione della frequenza richiesta a una volta la settimana
- Bed come disturbo autonomo
- Introduzione di criteri dimensionali

ANORESSIA NERVOSA

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

ANORESSIA NERVOSA

Specificare il sottotipo

-Tipo restrittivo: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

-Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi)

Criteri diagnostici per l'AN secondo il DSM-5

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

- **Lieve:** Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m²
- **Moderato:** Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m²
- **Grave:** Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m²
- **Estremo:** Indice di massa corporea < 15 kg/m²

BULIMIA NERVOSA

- A. **Ricorrenti crisi bulimiche.** Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
 - 1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
 - 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)
- B. **Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo**
- C. **Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi**
- D. **I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo**
- E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Criteri diagnostici per l'BN secondo il DSM-5

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

- **Lieve:** Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- **Moderato:** Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- **Grave:** Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- **Estremo:** Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA (BED)

- A. Ricorrenti crisi bulimiche.** Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:
1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)
- B. Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:**
- Mangiare molto più rapidamente del normale
 - Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
 - Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
 - Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
 - Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo l'abbuffata

DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA (BED)

C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate

D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi

E. Le abbuffate non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell'anoressia nervosa

Criteri diagnostici per il BED secondo il DSM-5

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

- **Lieve:** 1-3 crisi bulimiche per settimana
- **Moderato:** 4-7 crisi bulimiche per settimana
- **Grave:** 8-13 crisi bulimiche per settimana
- **Estremo:** 14 o più crisi bulimiche per settimana

EATING DISORDERS NOT OTHERWISE SPECIFIED

FEEDING AND EATING CONDITIONS NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

ATYPICAL ANOREXIA NERVOSA

All of the criteria for Anorexia Nervosa are met, except that, despite significant weight loss, the individual's weight is within or above the normal range.

SUBTHRESHOLD BULIMIA NERVOSA (low frequency or limited duration)

All of the criteria for Bulimia Nervosa are met, except that the binge eating and inappropriate compensatory behaviors occur, on average, less than once a week and/or for less than for 3 months.

SUBTHRESHOLD BINGE EATING DISORDER (low frequency or limited duration)

All of the criteria for Binge Eating Disorder are met, except that the binge eating occurs, on average, less than once a week and/or for less than for 3 months.

PURGING DISORDER

Recurrent purging behavior to influence weight or shape, such as self-induced vomiting, misuse of laxatives, diuretics, or other medications, in the absence of binge eating. Self-evaluation is unduly influenced by body shape or weight or there is an intense fear of gaining weight or becoming fat.

DA - Epidemiologia

Prevalenza annuale per 100.000 giovani donne a diversi livelli di cura

<u>Livello di diagnosi</u>	<u>Anoressia nervosa</u>	<u>Bulimia Nervosa</u>
Comunità	370	1500
Medicina di Base	160	170
Servizi di cura psichiatrici	127	87

Hoek et al., 2003



- Bassa remissione
- Elevata 'migrazione' tra le le categorie diagnostiche

- *Crossover da AN-r a BN:* 36% sviluppa BN. 91% entro i primi 5 anni
- *Crossover da BN a AN:* 27% sviluppa AN binge-purge. 77% entro i primi 5 anni di malattia

- Cause biologiche e fattori di mantenimento comuni
- Limiti della classificazione corrente

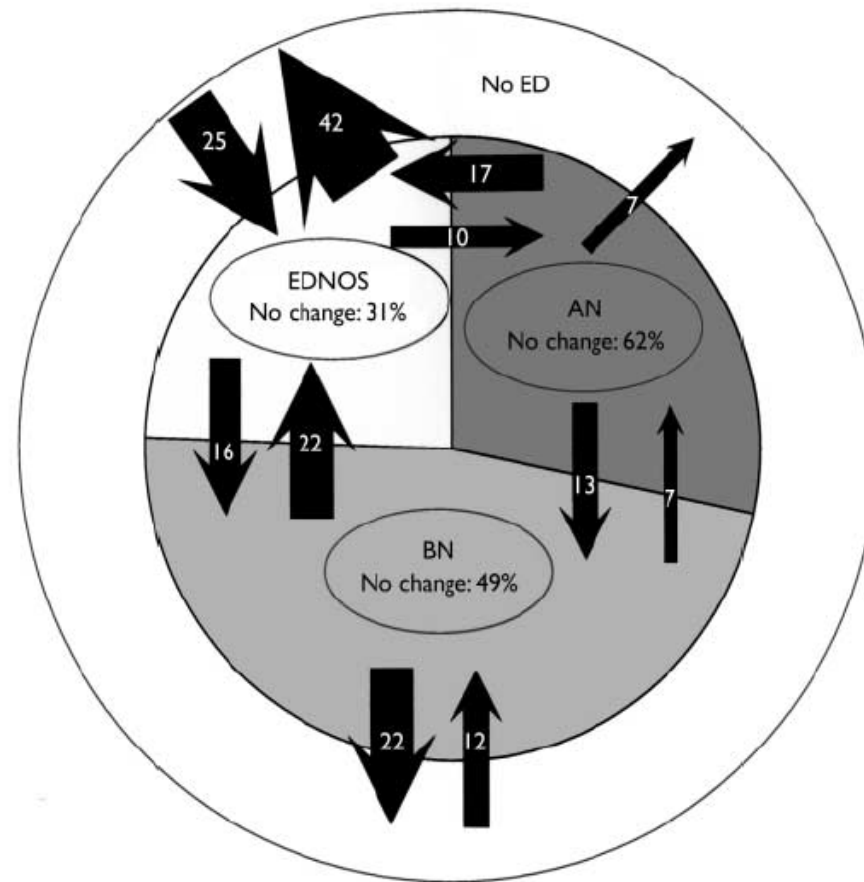


Fig. 1 Changes in DSM-IV eating disorder diagnoses over 30 months (AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; EDNOS, eating disorder not otherwise specified). The figure illustrates changes of diagnoses on instance (rather than person) level. The areas in the pie chart represent the frequencies with which the respective eating disorder diagnoses occurred during all three assessment times; of all such diagnoses 28.4% were AN, 47.3% BN and 24.4% EDNOS. Figures in arrows are percentages based on the number of possible changes for each diagnosis.

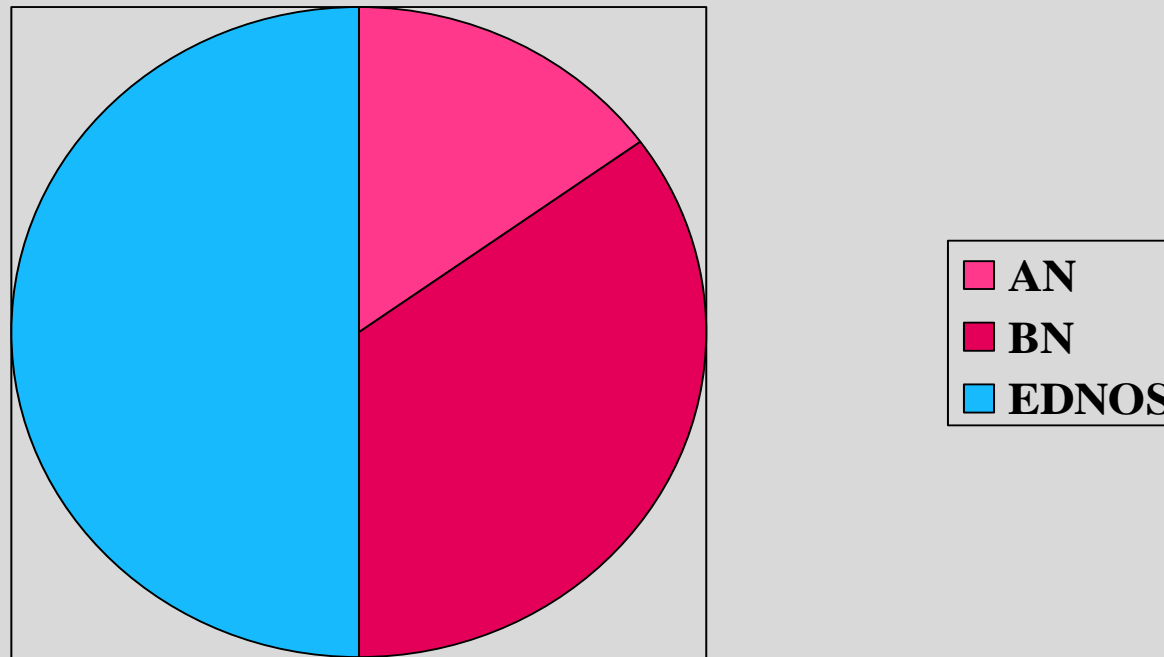
DA non altrimenti specificati

– Definizione:

- Categoria residua per tutti i DA diversi da AN e BN

– Prevalenza:

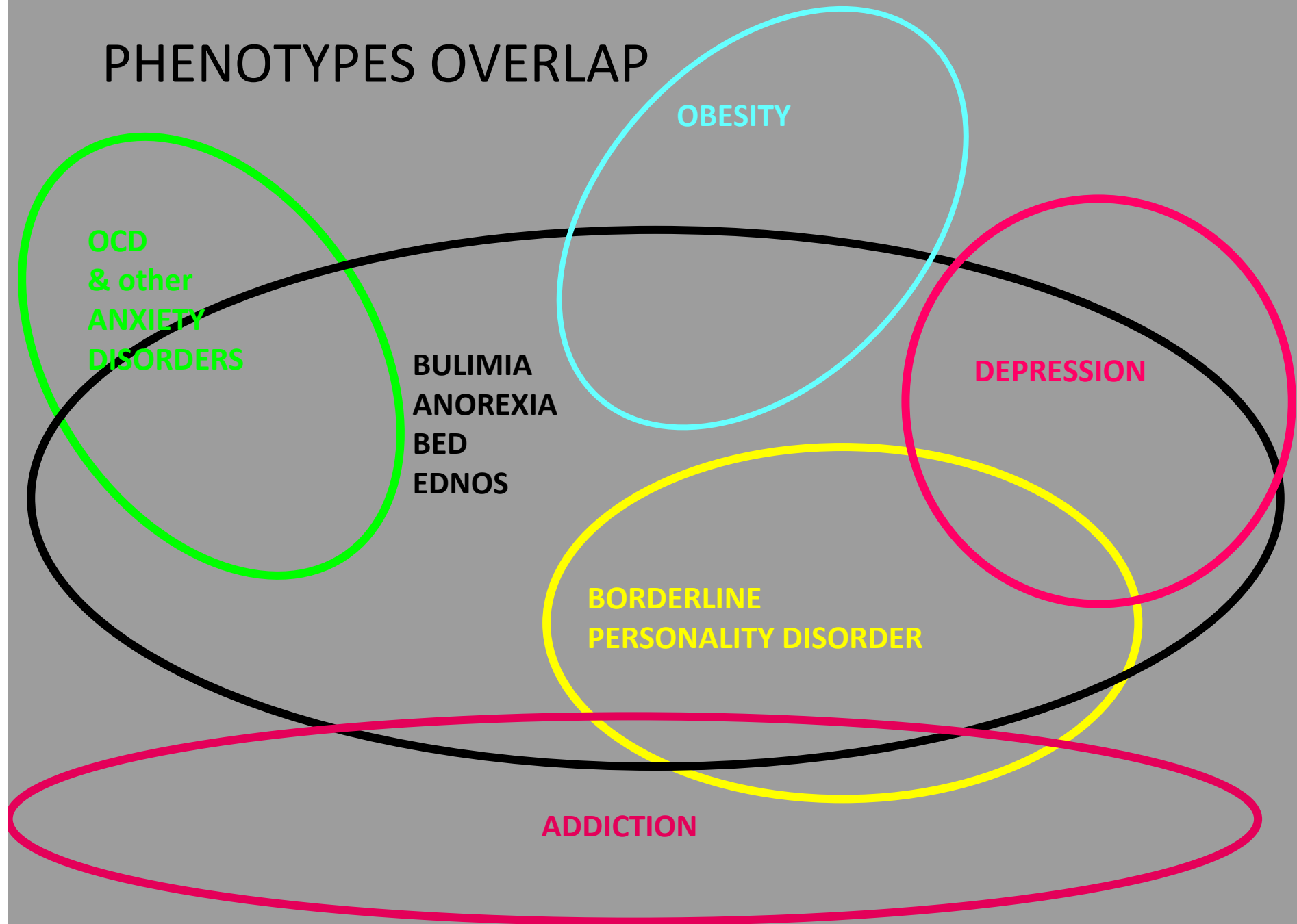
- Diagnosi più frequentemente posta dai clinici - Fairburn & Harrison, Lancet 2003

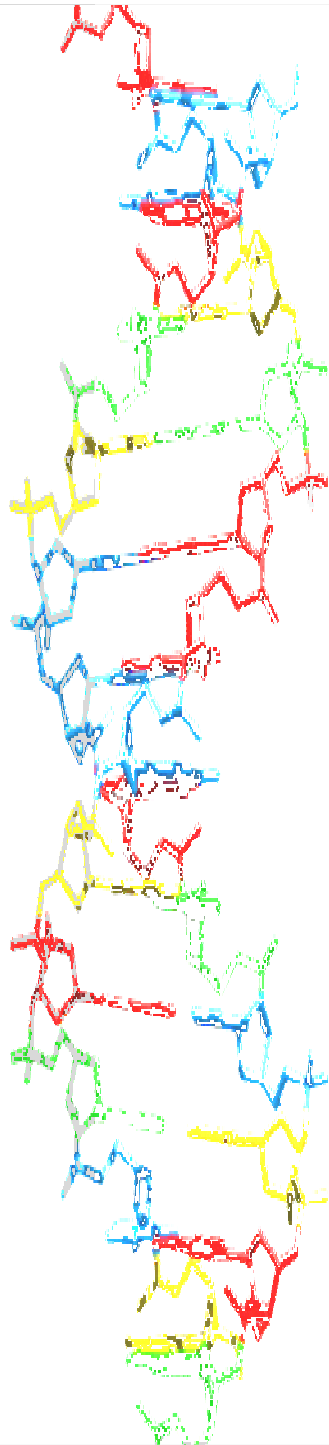


Comorbidità

- Disturbi affettivi (~50%: depressione maggiore ~30%)
- Disturbi d'ansia (~50%: OCD ~30%, fobia sociale ~20%)
- Abuso/dipendenza da sostanze (~30% BN, ~10% AN)
- Disturbi di personalità (~70%: Cluster C ~50%, cluster B: ~20%; OCPD ~40%)
- Obesità/obesità dell'infanzia (BN, BED)

PHENOTYPES OVERLAP





Diagnosi basate sulla fenomenologia

Non sempre utili per predire il corso della malattia e la risposta al trattamento

‘dissezione’ delle categorie diagnostiche attuali al fine di capire la cause biologiche

Sistema diagnostico basato sulle alterazioni biologiche

Definizione di gruppi di pazienti omogenei per risposta al trattamento e corso della malattia

passato



presente



futuro

- Ricerca di **endofenotipi e subfenotipi** nei DA, per poter identificare caratteristiche centrali, geneticamente condizionate, che informino l'impalcatura attorno a cui dovrebbero essere costruiti criteri diagnostici più adeguati.

Ambiti di ricerca sul funzionamento mentale nei disturbi alimentari

- Alessitimia/emozioni
- Coping
- Attaccamento
- Internalizzazione
- Trauma
- Struttura di personalità
- Rigidità cognitiva e coerenza centrale
- Food addiction
- Mentalizzazione
- temperamento

Il contesto familiare

Nonostante la mole crescente di osservazioni empiriche, la maggior parte delle conoscenze relative alle famiglie con disturbi alimentari hanno origine dalle osservazioni cliniche)

- **Gull, 1874**
- **Lasegue, 1873**
- **Bliss & Branch, 1960**
- **Bruch, 1973**
- **Selvini Palazzoli, 1974**
- **Morgan & Russell, 1975**
- **Minuchin, Rosman, Baker, 1978**
- **Crisp, 1980**
- **Root, Fallon, Friedrich, 1986**
- **Dare & Eisler, 1992**

- Queste osservazioni hanno permesso di individuare una serie di meccanismi di funzionamento delle famiglie, ma ne hanno anche fornito una visione unilaterale e spesso fuorviante.
- Gull (1874) e Lasegue (1873) consideravano le famiglie primariamente come un ostacolo al trattamento

“Alcune madri erano iperprotettive e inibivano una normale maturazione; altre instabili, fragili, distanti o nevrotiche. Ma la madre non era la sola o la principale causa della malformazione della personalità. C'erano padri che erano infedeli, sessualmente aggressivi, alcolisti o disinteressati. Alcune famiglie apparivano a posto, ma in molti casi c'erano intense disarmonie tra i genitori che creavano un ambiente infelice in casa. Si può concludere che un grande numero di questi pazienti sono cresciuti in ambienti familiari che tendono a produrre individui emotivamente compromessi”

Bliss & Branch, Anorexia Nervosa: Its Psychology and Biology, 1960

Fattori familiari

- coesione (iperprotezione versus caos)
- mancanza di supporto nella ricerca di autonomia
- ridotta comunicazione ed espressione dei sentimenti
- elevati livelli di conflitto e ostilità, difficoltà alla loro soluzione
- stili di interazione familiare problematici (caos, confusione dei ruoli, pochi confini, ipercontrollo)
- psicopatologia in famiglia
- disordini affettivi (elevata incidenza di casi di depressione in famiglia)

Minuchin e colleghi (1978)
individuano che famiglie **invischiate**,
rigide, **iperprotettive** e con **evitamento**
del conflitto (famiglie **psicosomatiche**)
rappresentavano un rischio più
elevato di DA per i figli adolescenti.

Molti autori hanno sottolineato il pericolo di far coincidere le osservazioni sul funzionamento attuale della famiglia con le ipotesi su una genesi familiare del disturbo.

Molte delle caratteristiche osservate possono essere conseguenti al disturbo, più che rappresentarne la causa

- La nozione che i disturbi alimentari siano associati ad un particolare tipo di famiglia o di stile di funzionamento è difficile da sostenere
- Gli studi di comunità, rispetto a quelli su popolazioni cliniche, mostrano che le differenze tra famiglie con disturbi alimentari e no appaiono più sfumate o scompaiono del tutto

Eisler, 1995

- L'Academy for Eating Disorders afferma che, se si concorda sul fatto che fattori di origine familiare possano giocare un ruolo nella genesi e nel mantenimento del disturbo alimentare, le attuali conoscenze ci conducono a rifiutare l'ipotesi che tali fattori costituiscano il meccanismo patogenetico esclusivo o anche uno dei principali.
- L'AED contrasta fermamente ogni modello eziologico in cui le influenze della famiglia vengano viste come causa primaria di anoressia e bulimia nervosa, e condanna le affermazioni che possano generare biasimo per i familiari in quanto responsabili del disagio dei figli

(Luxardi, 2013)

Sul versante dei carers

- Alcuni studi hanno dimostrato il significativo impatto dei caregivers sui soggetti con DCA, sottolineando l'esistenza di una forte correlazione negativa tra comportamenti problematici e sintomi nei pazienti e alti livelli di distress nei caregivers.

- **La vita con una persona affetta da disturbo alimentare è associata ad una ridotta qualità della vita**

(de la Rie et al., 2005; Santonastaso et al., 1997; Treasure et al., 2001)

Tale esperienza è simile alla condizione di carer per soggetti schizofrenici.

- I familiari riportano in genere elevati livelli di **distress e di ansia** (circa il 50% dei caregivers mostrano valori sopra il cutoff), e una bassa qualità di vita.
- mostrano in alcuni casi alti livelli di **depressione** circa (il 13% dei caregivers mostrano valori sopra il cutoff), e riportano uno stato di insoddisfazione rispetto ai loro bisogni che si traduce in un deterioramento della qualità di vita

Treasure et al., 2005; Kyriacou et al., 2008; Cottee-Lane et al., 2004.

- In particolare, carers di soggetti con AN mostrano
 - alti livelli di burden soggettivo (percezione dell'esperienza come estremamente pesante da portare avanti)
 - alti livelli di burden oggettivo (tangibile alterazione dello stile di vita del carer come conseguenza della malattia e della sofferenza del paziente)
 - ipercoinvolgimento con il paziente.

- lo stress dei caregiver è influenzato maggiormente dalla qualità delle loro interazioni sociali;
- altre variabili come l'età dei caregiver, lo status socio-economico, la gravità dei sintomi, i bisogni dei pazienti hanno un peso inferiore

(Rauktis et al 1995).

- I carers di persone con DCA riportano che la maggior parte del supporto ricevuto proviene dalla famiglia e dagli amici
- tale supporto è comunque limitato a causa dello stigma e delle incomprensioni delle problematiche legate ai disturbi alimentari.
- Di conseguenza molti carers riferiscono di sentirsi isolati e soli

- Perkins S, Winn S, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *Int J Eat Disord* 2004;36:256–268.

- Un'analisi di brani scritti da genitori di pazienti affetti da anoressia nervosa rileva come i caregiver si sentano in colpa per la malattia dei loro figli e si sentano inutili nel promuovere la loro guarigione

(Whitney et al 2005)

Circolo interpersonale che si autoalimenta- EE

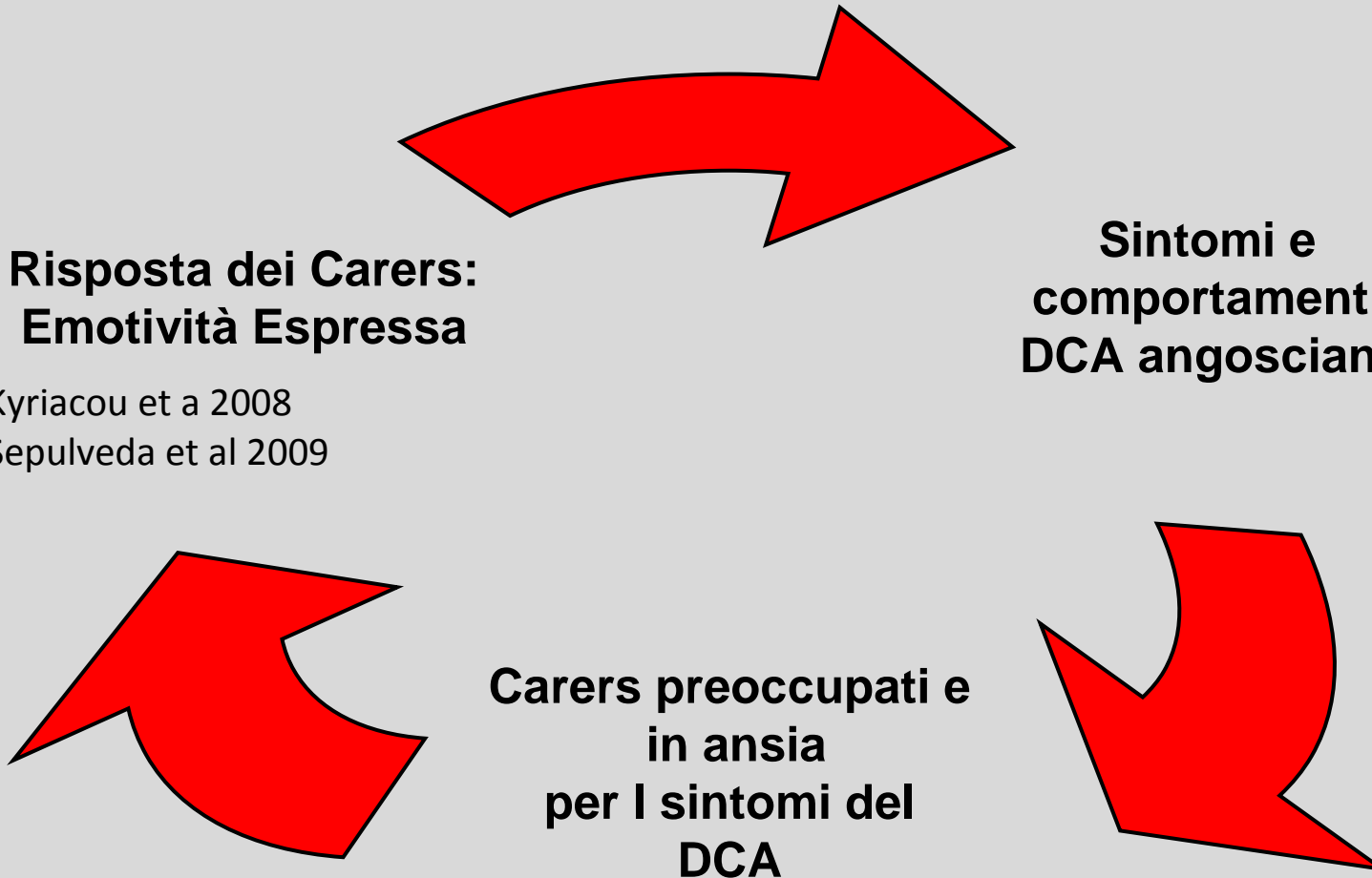
**Risposta dei Carers:
Emotività Espressa**

Kyriacou et al 2008
Sepulveda et al 2009

**Sintomi e
comportamenti
DCA angoscianti**

**Carers preoccupati e
in ansia
per i sintomi del
DCA**

(Zabala et al, Eur Eat Rev 2009)

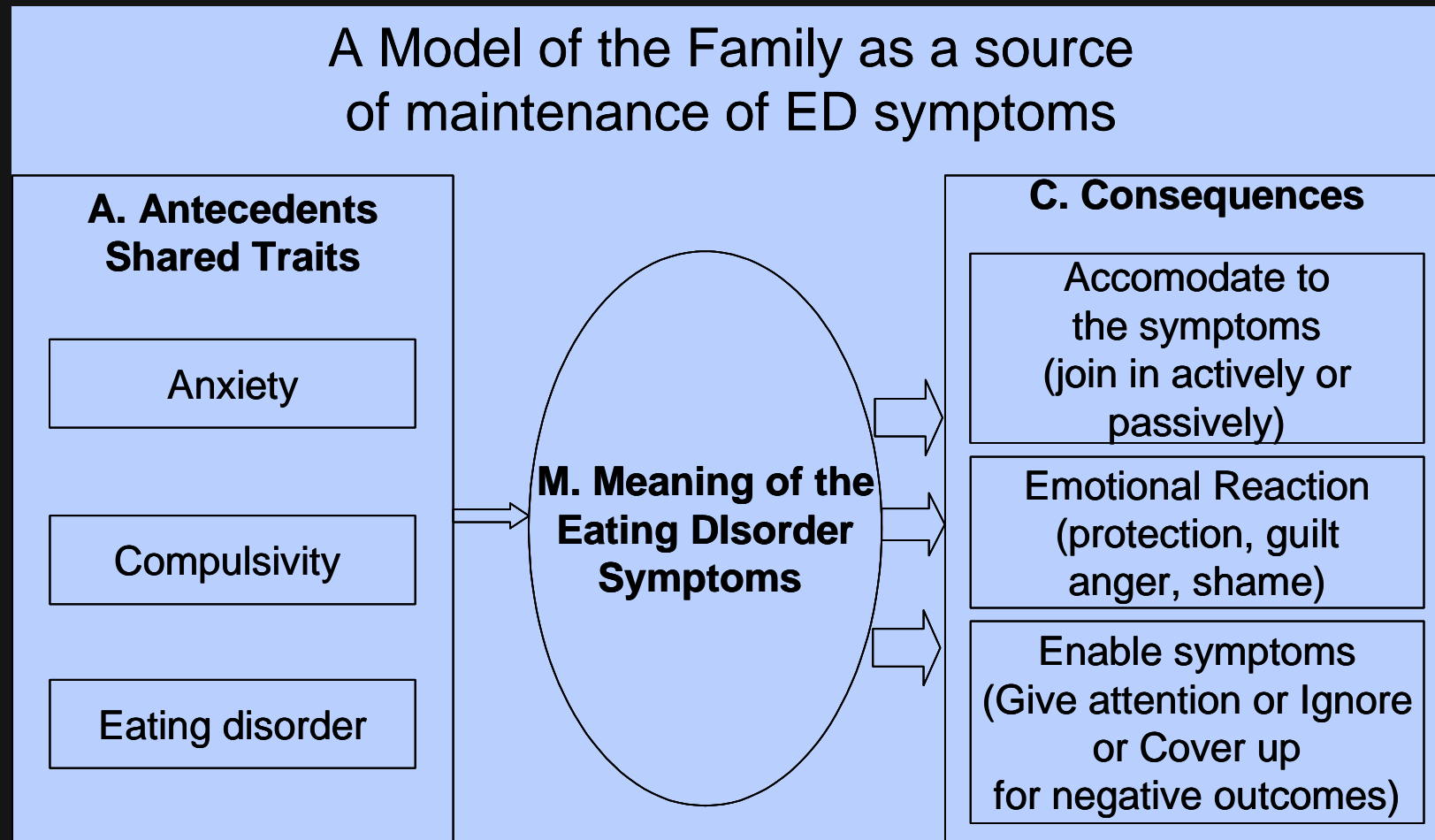


- L'insieme di questi risultati ha portato ad un aumento del riconoscimento del bisogno di interventi professionali rivolti ai carers e ai loro bisogni, finalizzati a fornire alle famiglie le risorse necessarie a espletare le funzioni di caregivers e a facilitare la creazione di ambienti familiari in cui concepire cambiamenti adattivi e nuovi funzionamenti familiari.
- Identificare e individuare i bisogni dei carers offre vantaggi prognostici: fornire supporto ai carers e diminuire il loro distress può rafforzare gli stessi carers e rendere le famiglie un'importante risorsa nel trattamento.

Necessità di un assessment familiare

- 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 (Whitney and Eisler, 2005)
- Questo perché la famiglia può essere diventata parte del sistema di mantenimento del disturbo o possono risultare inefficaci i sistemi familiari di risoluzione dei problemi

Il Maudsley Model di mantenimento del disturbo alimentare



Ansia

- L'ansia è precursore di un atteggiamento iperprotettivo (Kyriacou et al., 2008)
- Può portare ad un comportamento di evitamento, quando invece è necessario mantenere iniziativa e decisione. O all'evitamento della famiglia stessa.
- L'ansia contagia la paziente e la sua reazione all'ansia è non mangiare
- La frustrazione nei familiari conduce a comportamenti di biasimo e criticismo

Compulsività, rigidità, focalizzazione sui dettagli

- I tratti compulsivi associati a un DA sono spesso correlati ad uno stile cognitivo caratterizzato da inflessibilità e focalizzazione sui dettagli a scapito della capacità di realizzare una visione complessiva del problema (Lopez et al., 2008)
- Le famiglie con tale stile comunicativo appaiono risucchiate in interminabili e ripetitive discussioni relativi a sintomi.
- La rigidità è uno degli elementi individuati nella transazione comunicativa delle famiglie psicosomatiche, secondo il paradigma di Minuchin (1975)
- Nelle famiglie con DA si nota una ridotta capacità di problem solving (Blair et al., 1995)

Alimentazione disturbata

- I membri delle famiglie dove c'è un paziente designato con DA, spesso presentano forme cliniche o subcliniche di disturbi alimentari (DIC, DAI, dieting, ecc.). Spesso vi è un tacito accordo a mantenere il segreto su questi elementi.

Il significato del DA

- L'atteggiamento della famiglia nei confronti della paziente dipende dal significato che viene attribuito al disturbo.
 - La credenza che il DA sia da attribuire alla personalità della paziente è associato ad un atteggiamento più freddo da parte dei familiari (Whitney et al., 2007, 2005)
 - Se il disturbo viene percepito come minaccioso per la vita della ragazza, o come una forma di auto-distruzione, induce iperprotettività e anche accettazione dei comportamenti disturbati (Kyriacou et al., 2008)
 - Se è percepito come uno sciopero della fame, può indurre senso di colpa
 - Se viene considerato una forma di vendetta, un atto aggressivo nei confronti della famiglia, può indurre criticismo e ostilità

- La vergogna di avere un componente con un disturbo psichiatrico manifesto può portare la famiglia ad isolarsi e chiudersi in sé stessa, riducendo le capacità di reazione al disturbo.
- Il DA, oltre a colonizzare lo spazio mentale della paziente, invade progressivamente quello di tutta la famiglia

Schema familiare

- Per "**schema familiare**" si intende un sistema di credenze individuali e condivise che evolvono nella relazione coniugale e contribuiscono a creare uno schema familiare condiviso.
- Gli **schemi familiari condivisi** danno forma ad altri pensieri sui membri della famiglia, risposte emotive e comportamentali;
- Da questi schemi dipendono: **attribuzioni** (inferenze riguardo alle cause di determinati avvenimenti), **aspettative** (previsioni rispetto al futuro dei membri della famiglia), **assunti** (credenze sotto forma di schema che ogni membro della famiglia ha sulle caratteristiche degli altri membri e della relazione) e **norme** (forma di schema che include le credenze di ciascuno riguardo alle caratteristiche che individui e relazioni dovrebbero avere)

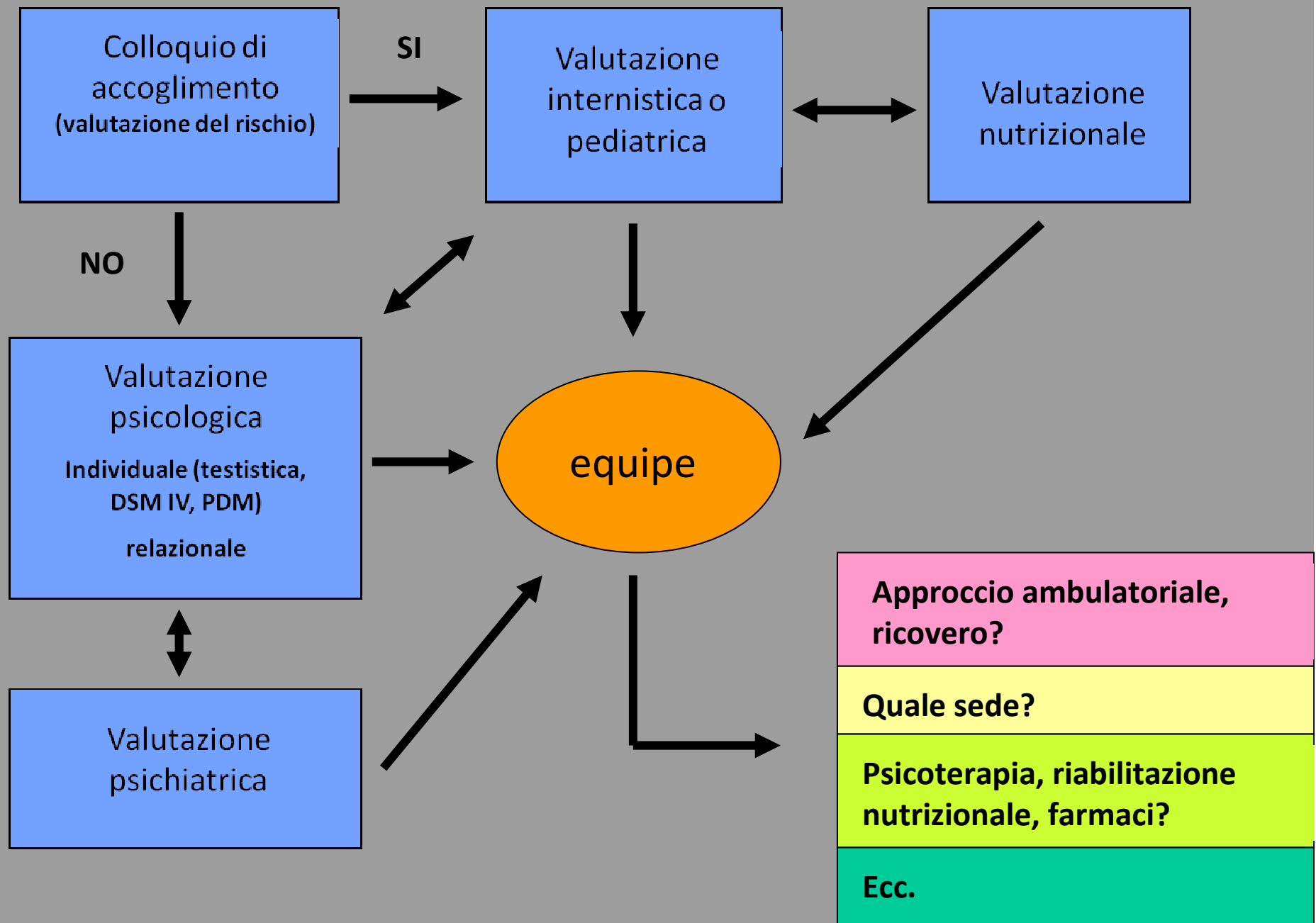
Conseguenze

- La reazione dei familiari può inavvertitamente rinforzare il DA
 - Adeguandosi alle regole del DA (cosa si mangia, dove, come, con chi, ecc.)
 - Accettando i comportamenti di compenso (attività fisica, digiuno, restrizione, vomito, body checking)
 - Aderendo ai rituali ossessivi (richieste di rassicurazione, conteggio delle calorie, confronto di quanto si mangia, controllo)
- Chi ha un DA controlla chi lo circonda attraverso un implicito o esplicito ricatto emotivo e coinvolgendolo in discussioni sulle proprie ossessioni.
- I familiari possono cercare di nascondere i comportamenti disturbati (rimpiazzare il cibo, pulire la cucina o il bagno, trovare scuse) per mantenere la pace in famiglia

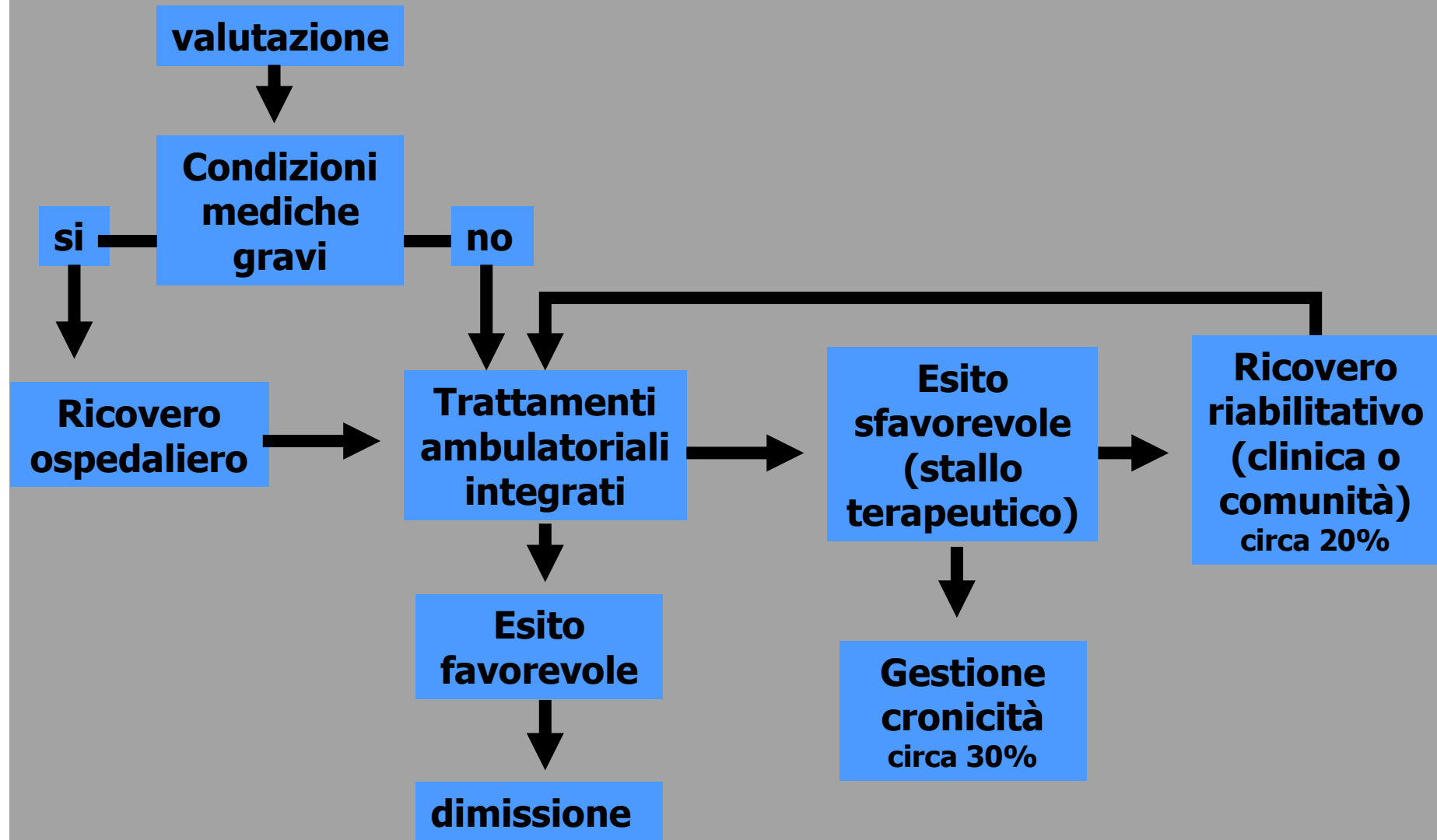
Come funziona un Centro per i Disturbi Alimentari

Composizione del CDA

- 1 psicologo a tempo pieno (responsabile)
- 1 psicologo a tempo parziale
- 1 infermiera (tempo pieno)
- 1 dietista (tempo pieno)
- 1 internista (6 ore + referenza reparto medicina)
- 1 referente per il reparto di pediatria
- 1 consulente psichiatra
- 1 segretaria (tempo pieno)

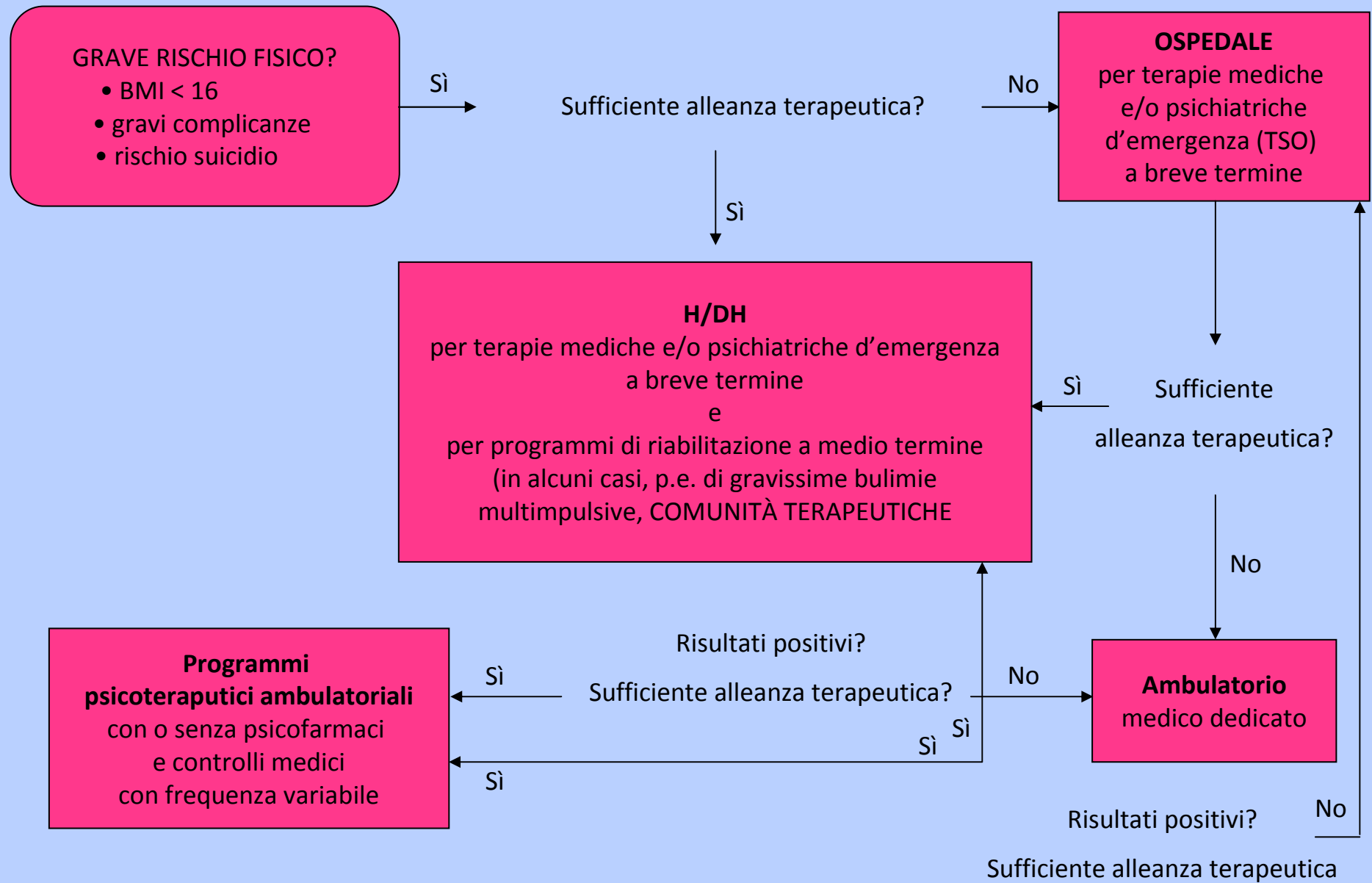


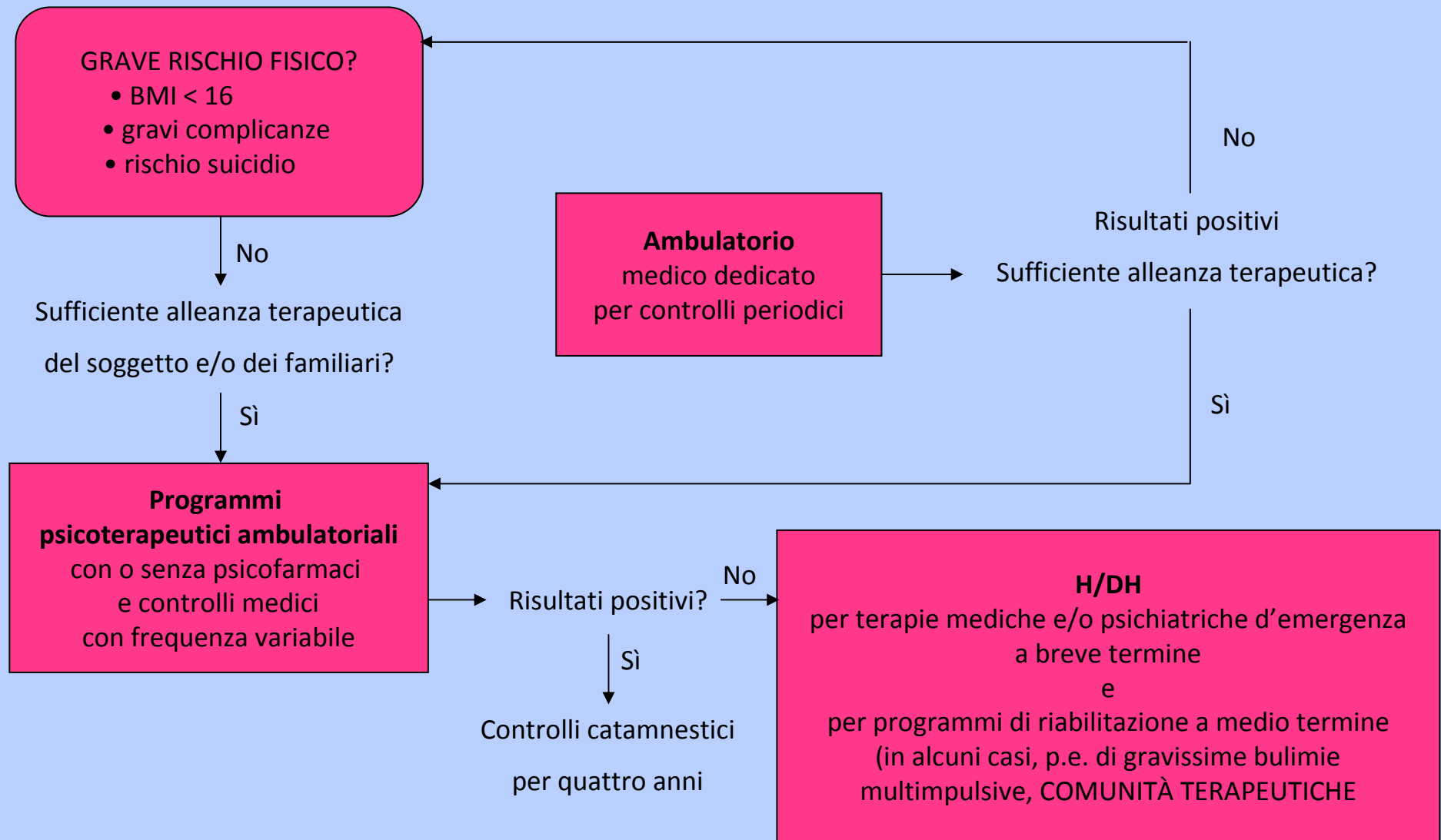
Il percorso di cura

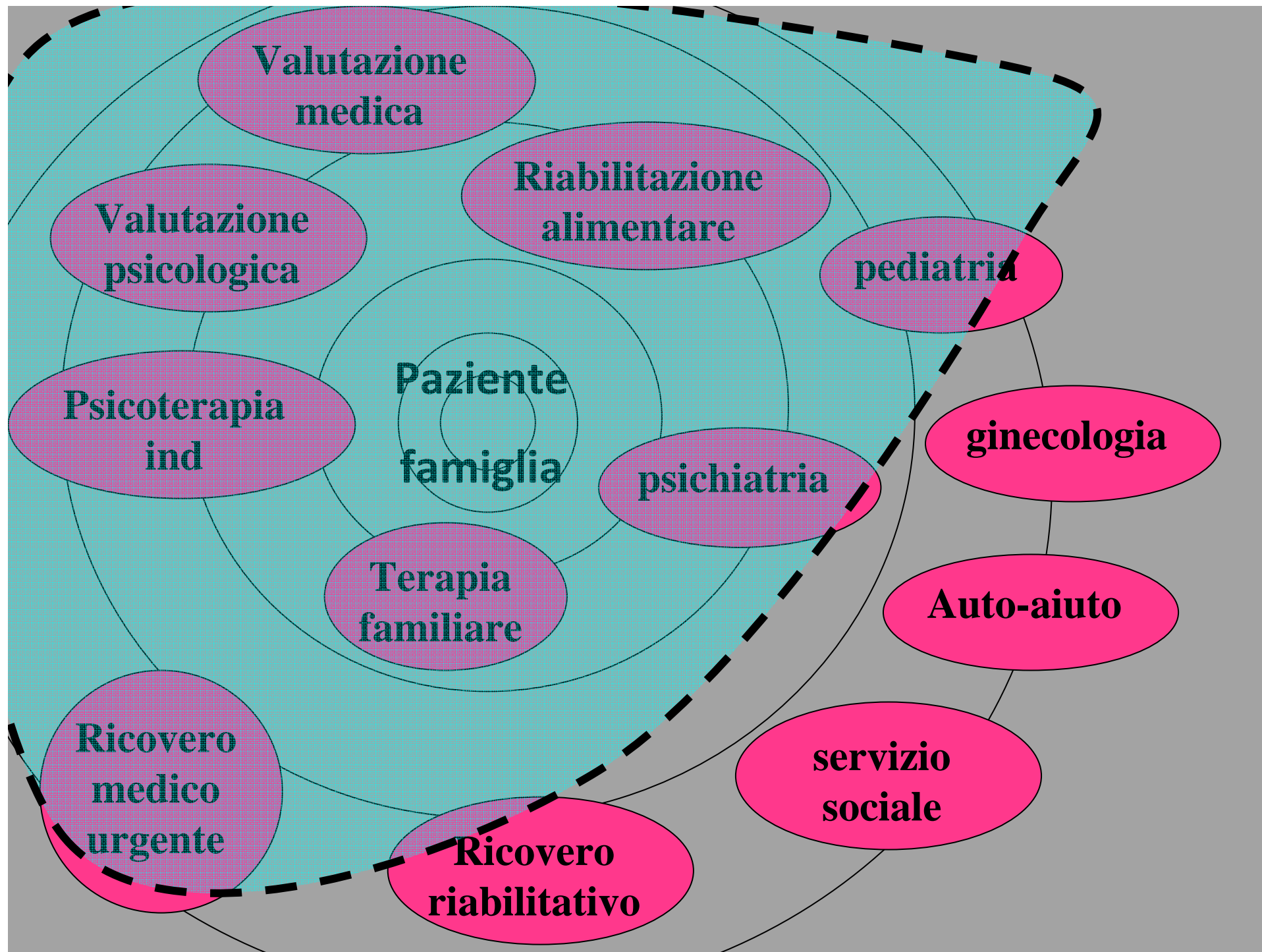


interventi

- Valutazione medica
- Valutazione nutrizionale
- Valutazione psicologica
- monitoraggio medico
- terapia farmacologica
- interventi psicoeducativi
- interventi motivazionali
- counselling
- counselling nutrizionale
- riabilitazione nutrizionale
- educazione terapeutica di gruppo
- colloquio psicologico
- psicoterapia individuale
- psicoterapia familiare
- psicoterapia di gruppo
- consulenza alla famiglia







La costruzione del piano terapeutico rappresenta di per sé un atto terapeutico, nel momento in cui viene condiviso tra sistema curante, paziente e famiglia.

Permette di costruire la mappa mentale dell'intervento di cura

Il lavoro terapeutico ci richiede di orientarci tra molteplici livelli e piani di analisi e di intervento

- Livello interpersonale all'interno dell'equipe
- Presenza di discipline, formazioni, linguaggi diversi
- Organizzazione del piano terapeutico tenendo conto delle risorse presenti al servizio o da cercare in rete
- Organizzazione degli interventi compresenti (terapia individuale, familiare, monitoraggio medico, riabilitazione nutrizionale, ricoveri, ecc.)
- Sistema famiglia
- Ecc.

Ogni sistema in terapia è un sistema che si è coagulato intorno a qualche “problema” e che si ingaggerà nello sviluppare un linguaggio e un senso specifici, rispetto alla sua organizzazione e rispetto alla sua dis-soluzione del problema. In questo senso, il sistema terapeutico è un sistema individuato dal “problema” piuttosto che una struttura che individua il “problema”

Anderson, Goolishian, 1988

Lavorare con la famiglia

- Le NICE guidelines del 2004 raccomandano che la maggior parte dei pazienti con disturbi alimentari dovrebbero essere trattati a livello ambulatoriale. Questo pone la famiglia sulla linea del fronte
- Le famiglie normalmente lamentano di avere insufficienti informazioni e abilità per gestire questo ruolo

	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).</p> <p>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, familiy therapy is a necessary component of treatment (I)</p>	<p>(...) clinician are justified in mantaining and extending some degree of hope in patients and families (II).</p> <p>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>

Bulimia nervosa

APA 2006

Family should be considered whenever possible, especially for adolescent patients still living with their parents (II) or older patients with ongoing conflicted interactions with parents (III).

Patients with marital discord may benefit from couples therapy (II)

NICE 2004

Adolescents with bulimia nervosa may be treated with CBT-BN adapted as needed to suit their age, circumstances and level of development, **and including family as appropriate** (C)

- Il coinvolgimento parentale contribuisce a ridurre il tasso di drop-out nel trattamento dei DCA degli adolescenti.
- Uno studio mostra una riduzione di tale tasso dal 50% al 15%.

Halmi CA, Agras WS, Crow SJ, Mitchell J, Wilson GT, Bryson S. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:776–781.

La famiglia è sempre e comunque una risorsa

- Possibile collaborazione nel trattamento (genitore coterapeuta)
- Fonte di informazioni
- Contesto della cura

Quali interventi con la famiglia?

- Counselling familiare (psicoeducazione)
- Terapia familiare
- Auto-aiuto

Le difficoltà della famiglia

I familiari (famiglie allargate, nuove famiglie) arrivano con i loro sistemi di difese attivati

La coppia genitoriale e la coppia coniugale risultano in difficoltà

Problematiche individuali dei singoli membri della famiglia sono inesplorate

Riconoscono il bisogno di:

- informazioni e conoscenza sulla malattia e le possibilità di cura
- aiuto specialistico
- valutazione delle loro risorse (coinvolgimento personale e costi)

- Senso di colpa
- Senso di impotenza
- Vergogna
- Rabbia
- Senso di abbandono
- Diffidenze
- Delusioni
- Rassegnazione
- ecc

- Confusione dei ruoli
- Confusione nella gestione del quotidiano
- Difficoltà comunicative
- Difficoltà nella gestione degli emozioni
- Difficoltà metacognitive

Il tempo di attesa per la richiesta di cura risulta ancora troppo lungo

Solo il 2% delle famiglie vengono nei primi mesi di avvio della malattia

Aspetti da considerare nella gestione di un disturbo alimentare in famiglia

- Il DCA è una **malattia** che nessuno sceglie o è contento di avere;
- Le **difficoltà di motivarsi** al cambiamento o al fatto di accettare un aiuto sono parti integranti del disturbo stesso;
- La **personalità** della persona affetta da DCA viene oscurata dal disturbo perciò è importante individuare la parte sana e allearsi con essa
- Stabilire un **fronte unito**, coerente e persistente
- I **sintomi di sofferenza emotiva** di tutta la famiglia possono manifestarsi con una riduzione di interesse verso se stessi e verso il mondo (isolamento, ritiro emotivo e cognitivo, rimuginio)

Genitori colpevoli o colpevolizzanti?

I genitori dei pazienti con D.C.A. possono essere raggruppati in due categorie:

1) Coloro che si sentono estremamente in colpa, pensano di essere la causa del problema della figlia, sono estremamente preoccupati e spesso esternano un ipercoinvolgimento.

2) Coloro che scaricano sulla figlia ogni responsabilità del suo disturbo, sono convinti di non avere niente a che fare con il problema, hanno dato alla figlia un'impeccabile educazione e non si sentono responsabili del suo comportamento alimentare.

Il Counselling familiare

Si occupa di:

- Gestire i vissuti fallimentari ed i vissuti emotivi disfunzionali dei genitori, aiutare loro a riconoscere e gestire simili vissuti nel figlio
- Valutare e migliorare la comunicazione nella coppia genitoriale e concordarsi su un progetto terapeutico condiviso costruendo e mantenendo una motivazione al cambiamento
- Ripristinare le competenze della coppia genitoriale e della famiglia

Il Medico nutrizionista e lo Psicoterapeuta incontrano i genitori per avviare un percorso motivazionale e di analisi comune:

- abitudini scorrette riguardo i comportamenti alimentari attuati nell'ambito della famiglia
- comportamenti e convinzioni dei genitori in merito al problema di peso del figlio
- comprensione e condivisione del progetto terapeutico
- come ripristinare un clima familiare favorevole per un recupero di autostima nel figlio
- per garantire una sua uscita da comportamenti di controllo e di rimprovero, per aumentare la comunicazione e le attività familiari, per rimuovere i fattori predisponenti, gli istigatori ed i fattori di mantenimento del DCA nel nucleo familiare nel suo complesso

Primo incontro diagnostico anamnestico con i familiari

costruzione dell'alleanza terapeutica

Il punto centrale è la valorizzazione dei singoli genitori in qualità di competenti e conoscitori della propria famiglia e dei propri membri, per poter aiutare il team a offrire in forma più adeguata le informazioni utili ai genitori.

disponibilità ad entrare in un rapporto con il genitore che faciliti la propria conoscenza e la sua crescita personale tramite l'ascolto attivo, informazioni e domande attinenti, rispettose; si manifesta con modalità assai diverse tra loro (esempi, metafore, rinforzi, raccolta di competenze del genitore), soprattutto non verbali.

In seguito gli scopi da perseguire con i familiari saranno quelli di:

- fornire indicazioni efficaci nella gestione dei problemi correlati allo sviluppo di un DCA
- fornire le competenze per gestire i cambiamenti a lungo termine della cura del DCA
- supportare le famiglie nell'apprendere e sviluppare abitudini alimentari sane ed efficaci e per ripristinare un'alimentazione naturale.

Gestire il clima emotivo in famiglia

I comportamenti del paziente affetto da DCA provocano nelle persone vicine un corteo di emozioni/reazioni **ISTINTIVE** quali:

Rabbia, frustrazione, disperazione, pianto, panico, ansia o al contrario disinteresse e negazione del problema.

Queste reazioni sono state ben descritte attraverso delle **METAFORE ANIMALI** che Janet Treasure ha elaborato con il suo team.

Le metafore che descrivono
il **COMPORTAMENTO** sono:

- canguro
- rinoceronte
- delfino

Emotività Espressa: Iperprotettività

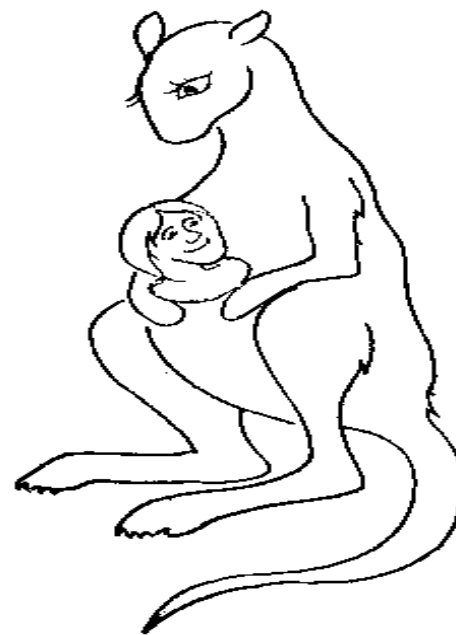
43% ED vs 3% controls (*Blair et al 1995*)

60% ED (n=165) vs 3% controls (n=93) (*Kyriacou et al 2008*)

Canguro (*Treasure J*)

Iperprotettivo, favorisce la regressione infantile impedendo la crescita in modo “soffocante”

Si associa con ansia nei carers
(*Kyriacou et al 2008*)



Emotività espressa: Critiche e ostilità
47% ED (n=165) vs 15% Control (n=93) (Kyriacou
et al 2008)

Rinoceronte *(Treasure J)*

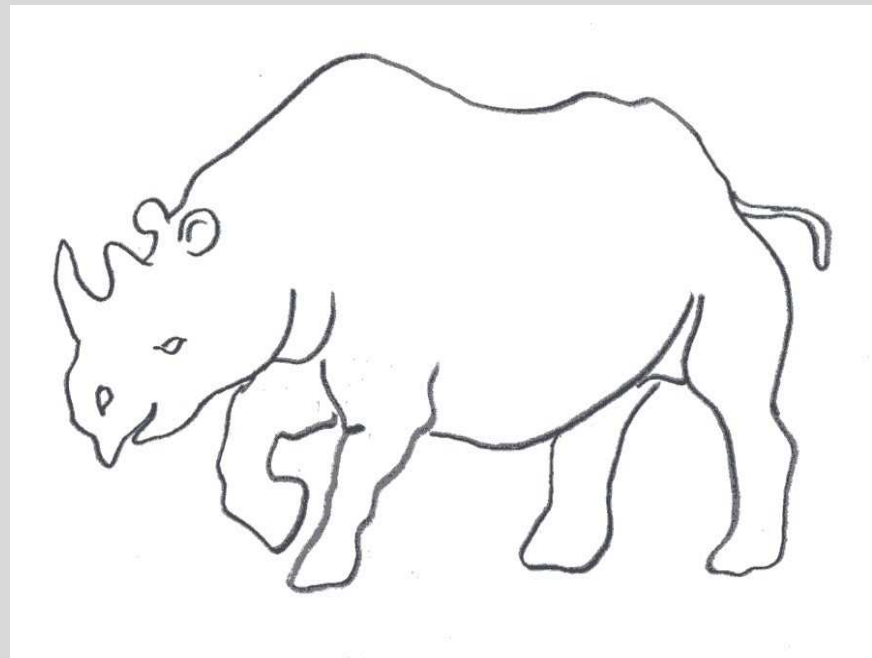
Controllante.

Impartisce ordini, cerca di convincere Edi a cambiare comportamento con

motivazioni

logiche. Limitante

Provoca reazione di difesa del pz con DCA



Il Delfino *(Treasure J)*

Sufficiente equilibrio e direzionamento



Incoraggia insistentemente e empaticamente il pz con DCA a raggiungere una situazione di sicurezza

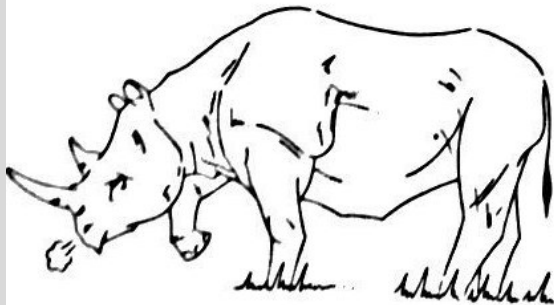
Nuota accanto in modo incoraggiante

Nuota un po' avanti guidando la strada

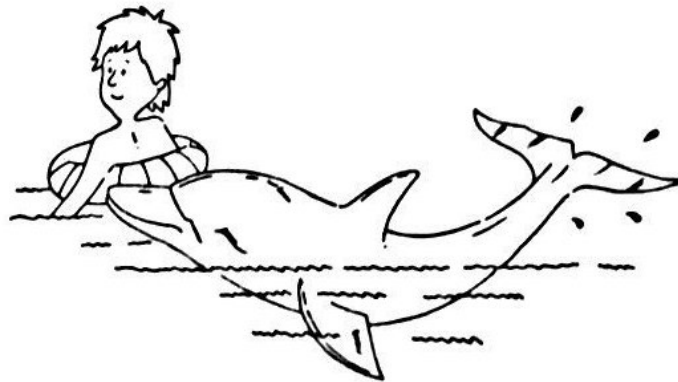
Nuota un po' indietro e con calma per favorire l'indipendenza di Edi qualora ne noti i progressi

FIGURE 4.1 Balance of Direction

Too much
control and
direction



Just enough
subtle
direction



Too much
sympathy and
micro-management



"Skills-based Learning for Caring for a Loved One with an Eating Disorder-The New Maudsley method"- Janet Treasure, Gràinne Smith, Anna Crane 2009

Le metafore che descrivono
l'**EMOTIVITÀ** sono:

-Medusa

-Struzzo

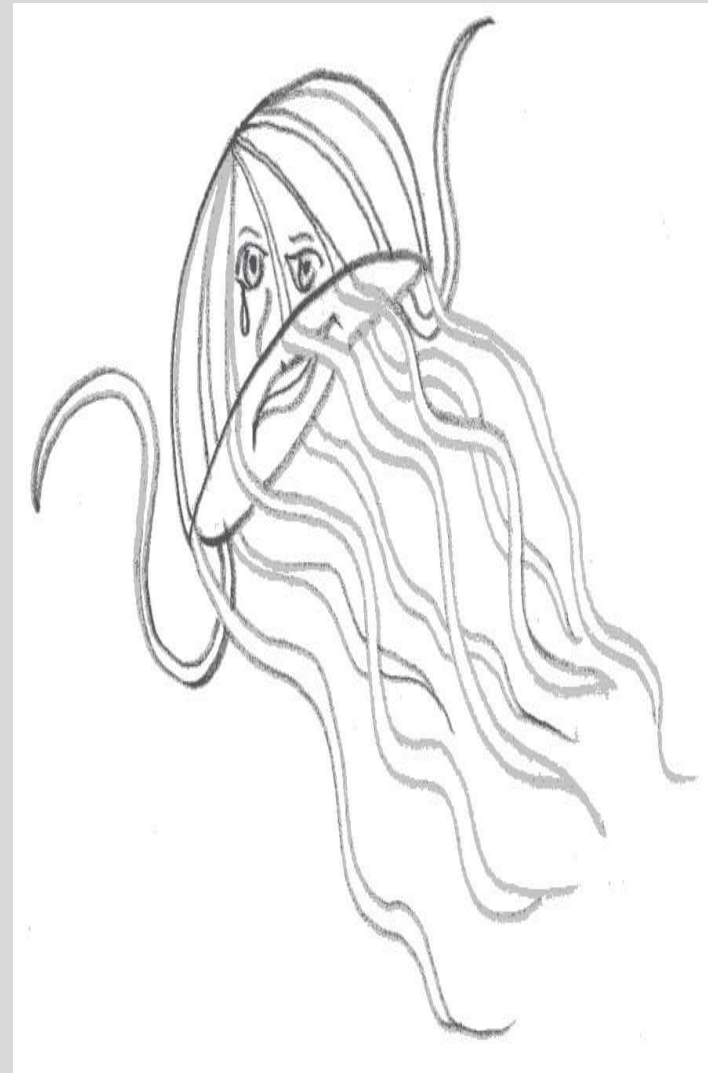
- S.Bernardo

Medusa *(Treasure J)*

Risposta emotiva
“trasparente”

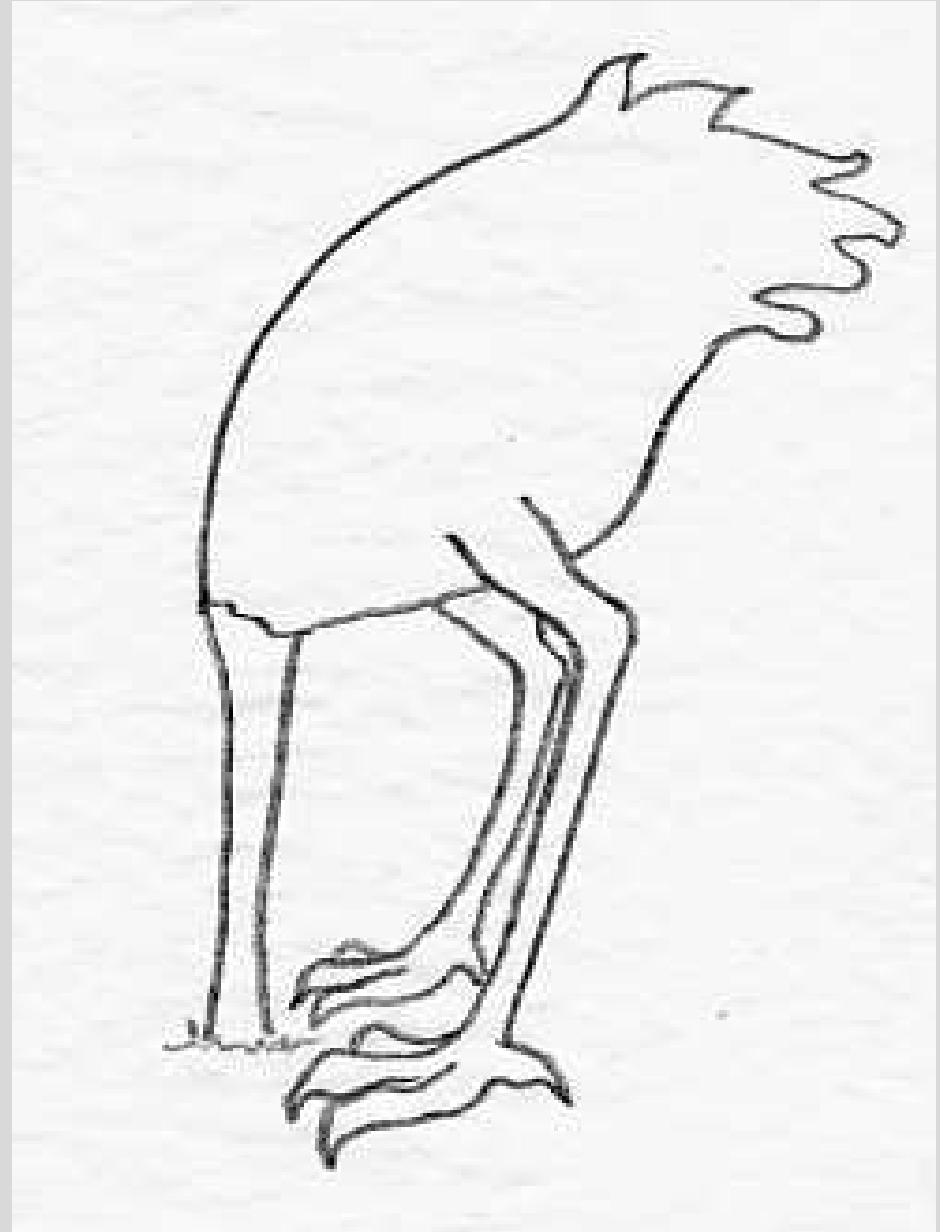
Apertamente angosciati,
depressi, ansiosi, irritabili
e arrabbiati

Troppe emozioni



Struzzo *(Treasure J)*

Evitano di vedere,
di pensare e di
affrontare
il problema
Poche emozioni



S. Bernardo *(Treasure J)*

Calmo, affettuoso,
rassicurante anche
quando la
situazione sembra
o sta diventando
drammatica

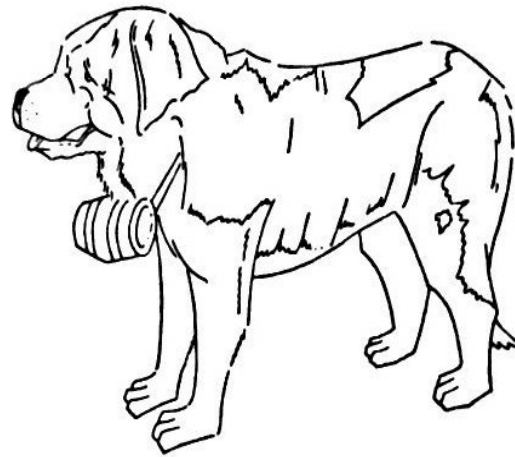


FIGURE 4.2 The Correct Balance of Emotion

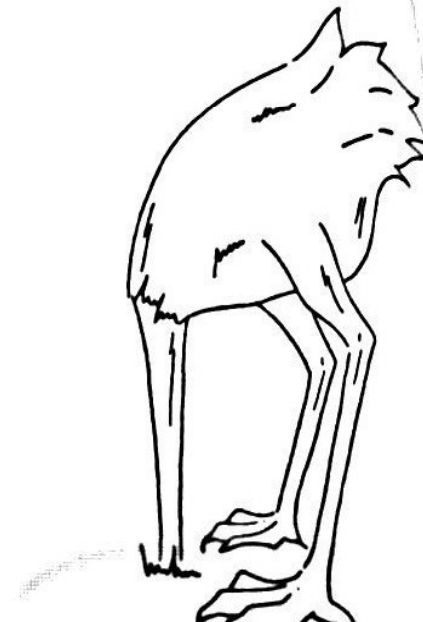
Too much
emotion



Warmth and
calmness



Too little
emotion



"Skills-based Learning for Caring for a Loved One with an Eating Disorder-The New Maudsley method"- Janet Treasure, Gràinne Smith, Anna Crane 2009

Auto-aiuto

- un gruppo è un insieme di individui che interagiscono fra loro influenzandosi reciprocamente e che condividono, più o meno consapevolmente, interessi, scopi caratteristiche e norme comportamentali (Galimberti, 1992; 2006)
- in questo tipo di setting i familiari possono percepirsi allo stesso livello degli altri, condividere la propria esperienza con qualcuno che la comprenda davvero e che possa fornire supporto e comprensione, ridurre la sofferenza, condividere paure e vergogna, fornire conforto, favorire uno spazio di “sostegno e cura” per la coppia genitoriale, condividere informazioni, aiutare a sperimentare emozioni e vissuti prima non consapevoli, aiutare a ridurre l'emotività espressa.

Terapia familiare

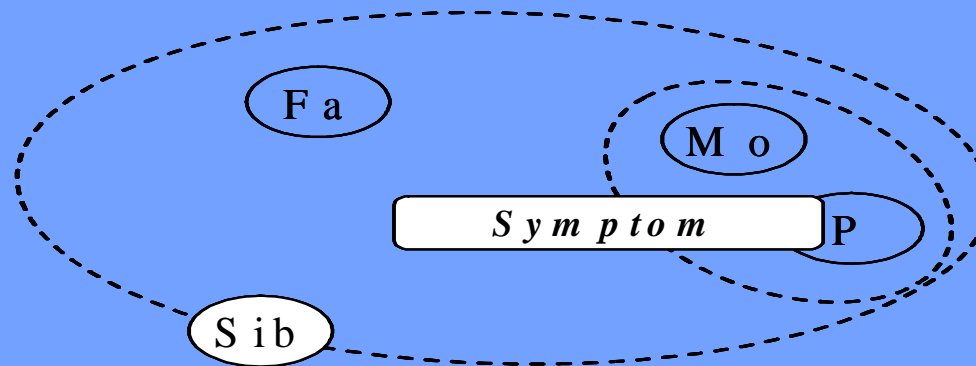
L'AN è stata la patologia paradigmatica della TF come l'isteria lo è stata per la psicoanalisi e la fobia per la CBT.

Modello strutturale

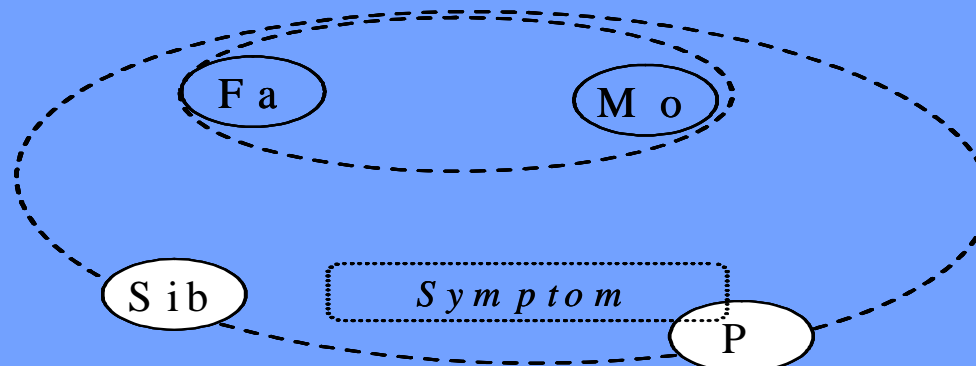
- Il modello di famiglia psicosomatica (Minuchin, 1978) implica quattro fattori
 - Il bambino è fisiologicamente vulnerabile
 - La famiglia presenta una transazione comunicativa con le seguenti caratteristiche:
 - Invischiamento
 - Iperprotettività
 - Rigidità
 - Evitamento del conflitto
 - Il bambino gioca un ruolo importante nell'evitamento del conflitto; questo ruolo rinforza il sintomo

Modello strutturale

A family with an anorexic patient



A structural therapist's  interventive aims



Modello strutturale

- L'obiettivo è quello di modificare l'organizzazione della famiglia, limitando alcuni pattern interattivi ed incoraggiandone altri
 - lavoro sul fronteggiamento dei conflitti
 - Se c'è una coalizione tra un genitore e figlio, vengono attuati interventi direttivi per incoraggiare una forte coalizione tra i genitori
 - Viene incoraggiata una comunicazione aperta, chiara, coerente
- Il processo terapeutico non si limita a rimuovere il sintomo, ma si propone di costruire nuovi canali comunicativi per gestire le motivazioni che precedentemente sostenevano il sintomo

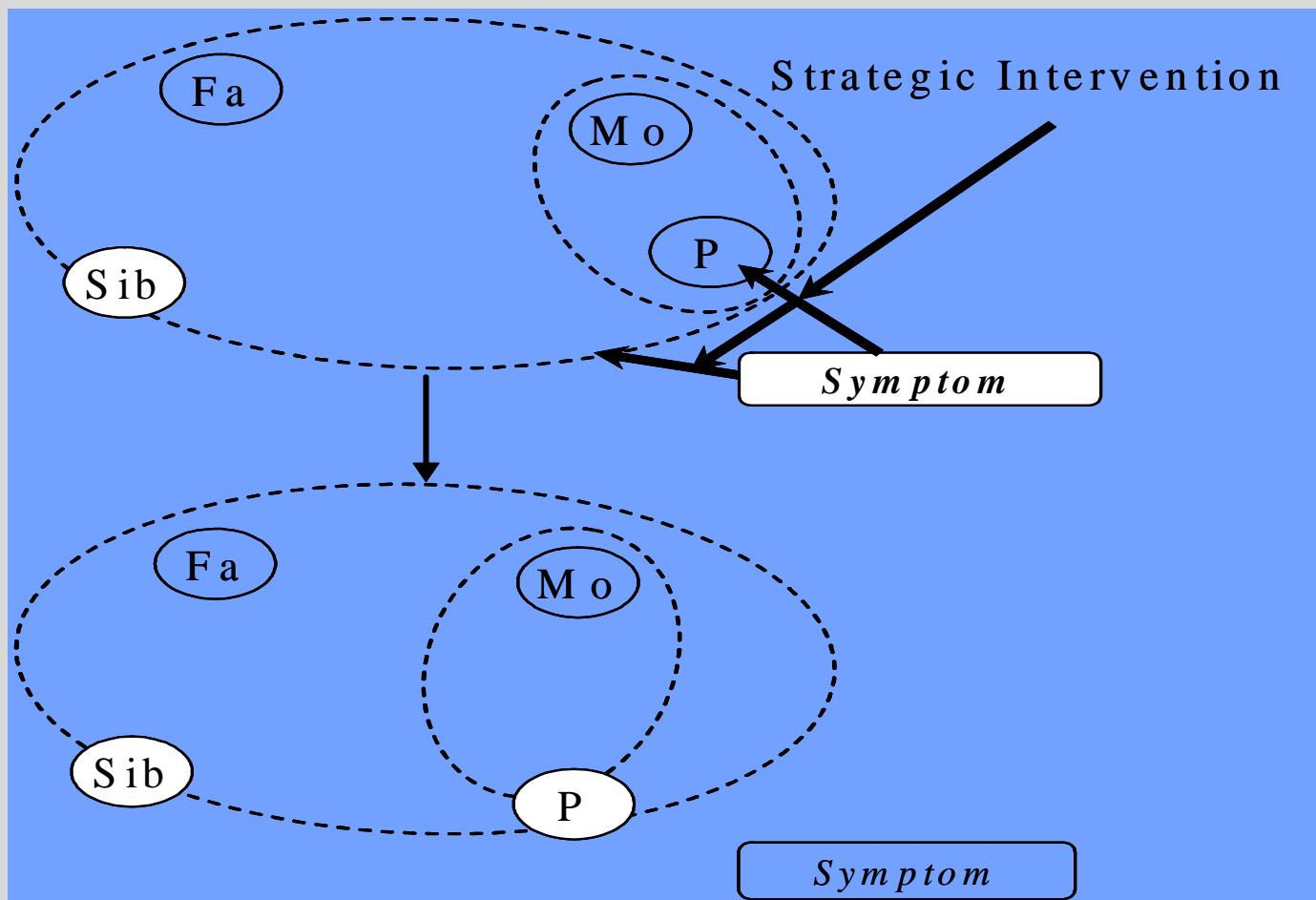
Modello strutturale

- Criticità:
 - Si basa sul principio che esista una corretta organizzazione familiare cui fare riferimento

Modello strategico

- È un modello “agnostico”, nel senso che non c'è un interesse nell'eziopatogenesi del DA
- Il sintomo ha un effetto sul paziente e la famiglia, ma non viene postulata alcuna funzione
- L'intervento ha il compito di limitare l'impatto del sintomo su paziente e famiglia
- La maggior parte delle tecniche terapeutiche si focalizzano sulle modalità di produrre cambiamento (p.e. prescrizione paradossale)

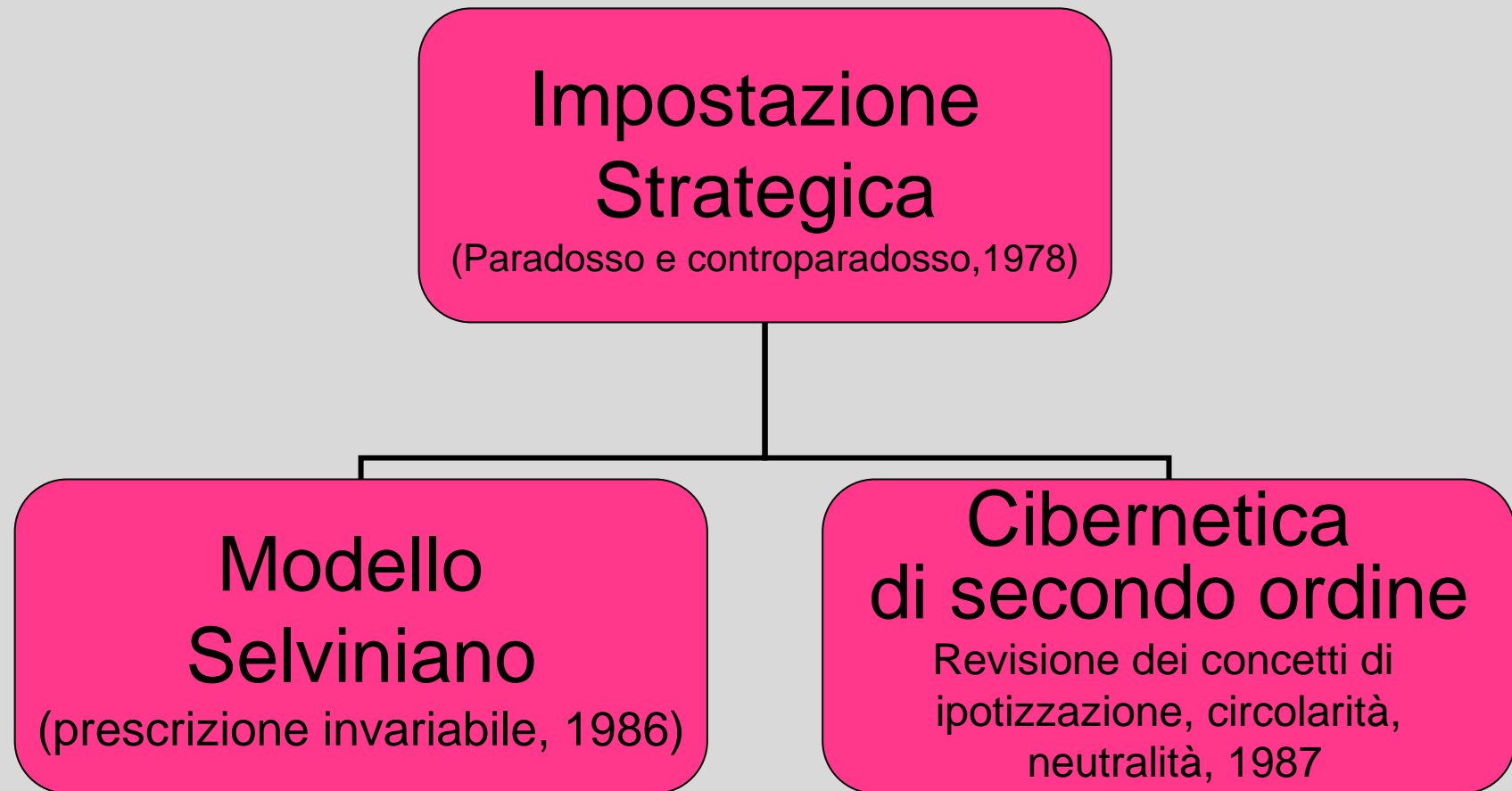
Modello strategico



Modello strategico

- Criticità
 - Le tecniche strategiche possono essere viste come manipolative e irrispettose
 - Non considera le richieste della famiglia
 - Richiede un forte investimento da parte della famiglia per quel tipo di trattamento
 - Poco adatto nel pubblico

Modello milanese



Modello Milanese

- Nella formulazione originaria (Selvini Palazzoli, 1974; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1978), l'idea centrale era che la famiglia fosse un sistema di interazioni rigidamente organizzato, in cui il sintomo giocava un ruolo importante nel mantenere l'omeostasi.
- In un sistema omeostatico, è probabile che ogni pressione al cambiamento susciti una reazione conservativa dell'equilibrio precedente
- Il terapeuta è neutrale sia nei confronti della famiglia, sia nella direzione del cambiamento

Modello Milanese

- La principale tecnica sviluppata è il colloquio circolare (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980) che mira da un lato ad acquisire informazioni dal sistema familiare, dall'altro ad introdurre una nuova prospettiva che enfatizzi l'interconnessione dei differenti aspetti della vita familiare
- Questo permette ai terapeuti di sviluppare un'ipotesi relativa all'organizzazione familiare e alla funzione del sintomo nel mantenimento di questa organizzazione
- Al termine della seduta viene fornita una conclusione che ha l'obiettivo di introdurre un nuovo punto di vista, connotato positivamente
- Talvolta viene data una prescrizione che incida strategicamente sull'organizzazione del sistema

Modello Milanese (Selvini Palazzoli)

- Selvini Palazzoli e Prata (1986) si riavvicinano al modello strutturale, ed elaborano la tecnica della *prescrizione invariabile*, rivolta ai genitori, in assenza della figlia
 - “Mantenete il segreto su quanto detto in terapia. Ogni tanto, cominciate a uscire la sera dopo cena. Nessuno deve essere avvertito. Lasciate solo un biglietto con su scritto “non siamo a casa stasera”. Se, quando tornate a casa, vostra figlia chiede dove siete stati, rispondete tranquillamente “Sono cose che riguardano solo noi due” (Selvini Palazzoli, 1986)

Modello Milanese (Boscolo, Cecchin)

- Non c'è una famiglia normale, ogni sistema costruisce la propria realtà
- La famiglia costruisce un sistema di significati che conferisce senso a ciò che succede al suo interno e alle interazioni con il mondo esterno
- Il sintomo nasce dall'interazione del sistema familiare con la visione sociale della femminilità, del corpo e dello sviluppo adolescenziale
- La terapia ha maggiormente a che fare con i significati che con i comportamenti
- Il terapeuta ha il compito di facilitare l'evoluzione della famiglia verso una nuova narrativa

Maudsley model

- Lock J, LeGrange D, Agras WS, Dare C, *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A family-based approach*, NY, Guilford, 2001
- Indicato per adolescenti (<19) con durata di malattia <3 anni
- 20 sessioni per un anno
- Per pazienti dimessi o in condizioni fisiche non gravi
- Fase 1: i genitori sono incoraggiati e supportati a **gestire** il programma di rialimentazione. L'anoressia viene esternalizzata per ridurre biasimo, senso di colpa e emozioni espresse
- Fase 2: la paziente recupera il controllo della propria alimentazione
- Fase 3: una volta che comportamento alimentare autonomo, peso e mestruazioni regolari sono ristabiliti, paziente e la famiglia lavorano sui compiti evolutivi dell'adolescenza

Obiettivi del lavoro sulla famiglia

- corrette informazioni sul DA, decorso, terapie, ecc.
- Imparare a gestire lo stress, la tensione e sviluppare resilienza
- Comprendere la difficoltà e le oscillazioni della motivazione
- Sviluppare abilità di comunicazione (chiara, diretta e coerente)
- Gestire la restrizione e il binge
- Lavorare sulle relazioni interpersonali attuali e sulla storia familiare
- Migliorare le abilità di problem solving
- Gestire i comportamenti problematici
- Imparare a rilassarsi

evidenze

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

- I trattamenti presi in esame si riferiscono al Maudsley model, non ci sono studi relativi alle forme tradizionali di terapia familiare (strategica, strutturale, modello milanese, ecc.)
- La forma studiata nel lavoro di Robin (1999), Behavioral Family Systems therapy (BFST), analogamente al Maudsley model, si indirizza particolarmente alla gestione dei comportamenti alimentari disturbati

criticità

- Fairburn (2005) critica gli studi a supporto della terapia familiare con gli adolescenti:
 - Lo studio di Russel (1987) si fonda su una base esigua di dati: 10 e 11 soggetti.
 - Lo studio di Robin (1999) non è controllato, i soggetti ricevono altri trattamenti durante lo studio. Inoltre la maggiore efficacia nel recupero ponderale nella FBT può essere dovuta all'enfasi posta sul comportamento alimentare, che nella EOIT non veniva toccato, piuttosto che sul coinvolgimento dei familiari

- Le evidenze si mantengono a favore della TF per l'anoressia, mentre per la bulimia si conferma più utile la CBT
- Le evidenze sono a favore del Maudsley model, non della TF in generale
- Mancano studi sull'efficacia dei trattamenti tradizionali (strategico, strutturale, modello milanese, narrativo, ecc.)
- è auspicabile l'apporto di studi che testino le due componenti:
 - enfasi sul recupero del peso
 - lavoro sulle dinamiche familiari
- Una obiezione si fonda sull'osservazione che l'incoraggiamento ai genitori ad assumere il controllo dell'alimentazione della figlia e dei comportamenti legati al controllo del peso potrebbe ostacolare i compiti evolutivi legati all'autonomia e alla separazione dai genitori

A Randomized Controlled Comparison of Family-Based Treatment and Supportive Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa

LeGrange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL

***Arch Gen Psychiatry*, 2007;64:1049-1056**

- Valuta l'efficacia della FBT e della supportive psychoterapy in 80 adolescenti (41+39) dai 12 ai 19 anni affetti da bulimia nervosa, misurata al termine del trattamento (20 visite ambulatoriali per 6 mesi) e al follow-up di 6 mesi.
- I risultati favoriscono la FBT sia per ciò che riguarda l'astinenza dai comportamenti binge-and-purge (39% vs. 18%) che le dimensioni misurate dall'EDE
- Al follow-up il risultato non viene mantenuto integralmente ma continua a favorire la FBT (29% vs. 10%)

A Randomized Controlled Trial of Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy Guided Self-Care for Adolescents With Bulimia Nervosa and Related Disorders

**Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J,
Am J Psychiatry 2007;164:591-598**

- Confronta l'efficacia e i costi di terapia familiare e CBT guided self-care in 85 (41+44) adolescenti con BN o EDNOS assegnati in modo randomizzato alle due forme di trattamento, misurata al termine del trattamento (6 mesi) e 12 mesi.
- Al termine del trattamento si riscontra una differenza significativa nella riduzione dei comportamenti binge-and-purge a favore della CBT guided self-care (42% vs. 25%)
- Al follow-up la differenza tra i due gruppi scompare
- I costi risultano significativamente inferiori per il trattamento CBT

Five-years of family based treatment for anorexia nervosa: The Maudsley Model at the Children's Hospital at Westmead

Wallis A, Rhodes P, Kohn M, Madden S

Int J Adolesc Med Health 2007;19(3):277-283

- L'articolo descrive i cambiamenti apportati alla pratica clinica dall'introduzione dell'intervento familiare secondo il Maudsley Model presso il Servizio per I Disturbi Alimentari dell'Ospedale per l'infanzia di Westmead.
- Il riscontro maggiormente rilevante consiste in una riduzione significativa del tasso di riammissione registrato nel primo biennio di attività con il nuovo assetto, rispetto al precedente, e mantenuto nel biennio successivo

L'impatto della TF sul lavoro di equipe

- Utilizzare una prospettiva sistemica relazionale per comprendere e trattare un DA significa cercare di comprendere la complessa rete di interazioni biologiche e relazionali che si articolano attorno a questa condizione. In qualche modo il DA ha una funzione precisa all'interno della famiglia; ogni cambiamento del “paziente” produce un cambiamento nella organizzazione della famiglia e viceversa.

- L'approccio alla famiglia, quale che sia la modalità utilizzata (Terapia familiare, consulenza, psicoeducazione, auto-aiuto) è un modo di concettualizzare il problema
- anche se non presente, la famiglia deve essere nella testa dell'equipe come contesto pregnante per la paziente, contesto che ci consente di comprendere meglio il senso della patologia.

Quali problemi?

- L'intervento sulla famiglia è spesso sbrigativamente ridotto ad una delle sue forme (terapia familiare, psicoeducazione, auto-aiuto, ecc)
- Spesso viene proposta la forma disponibile, più che quella più adatta
- La TF viene insegnata in un contesto privato, dove le persone si recano per richiedere quel tipo di intervento
- I familiari che si rivolgono a un servizio per i DA generalmente richiedono indicazioni su come gestire i problemi alimentari della figlia
- La focalizzazione troppo precoce sugli aspetti relazionali può indurre sensi di colpa

**Prima fase:
ingaggio**

- Accoglimento
- Ascolto
- Teorie naif
- Psicoeducazione
- Lavoro sulla motivazione
- Senso di colpa
- Costruzione dell'alleanza terapeutica
- Lavoro di rete con le associazioni

**Seconda fase:
Gestione del sintomo**

- Valutazione dei comportamenti familiari di reazione al sintomo
- Interventi correttivi
- Familiari coterapeuti (?)

**Terza fase:
Lavoro sulle dinamiche
familiari**

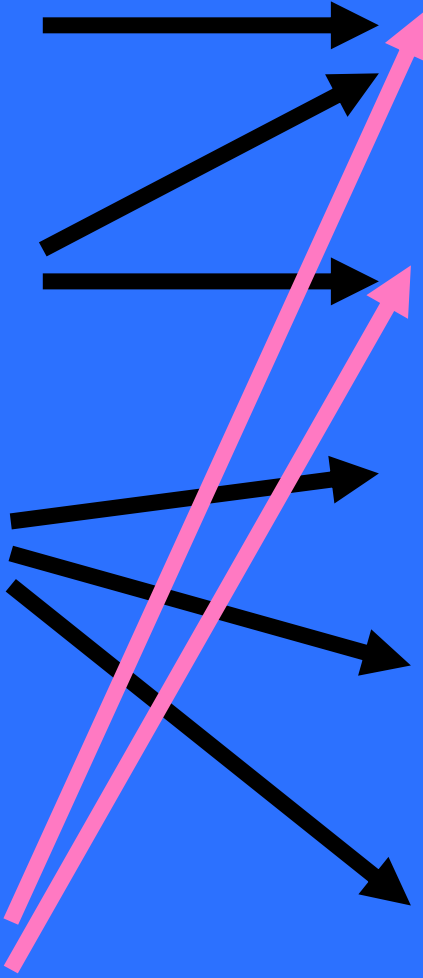
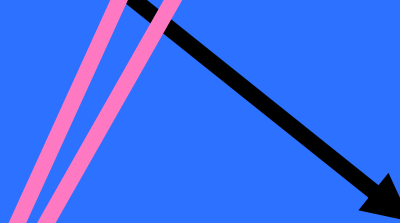
- Individuazione e trattamento delle dinamiche familiari
- Blocchi evolutivi
- Supporto all'autonomia e ai compiti evolutivi dell'adolescenza

**Trattamento
familiare del DA**

**Lavoro sulle
dinamiche interne
alla famiglia**

**Sostegno alla
famiglia**

Età evolutiva



**Moudsley
Model**

**Terapia
familiare**

**Consulenza
alla famiglia**

psicoeducazione

**Gruppi di
auto-aiuto**

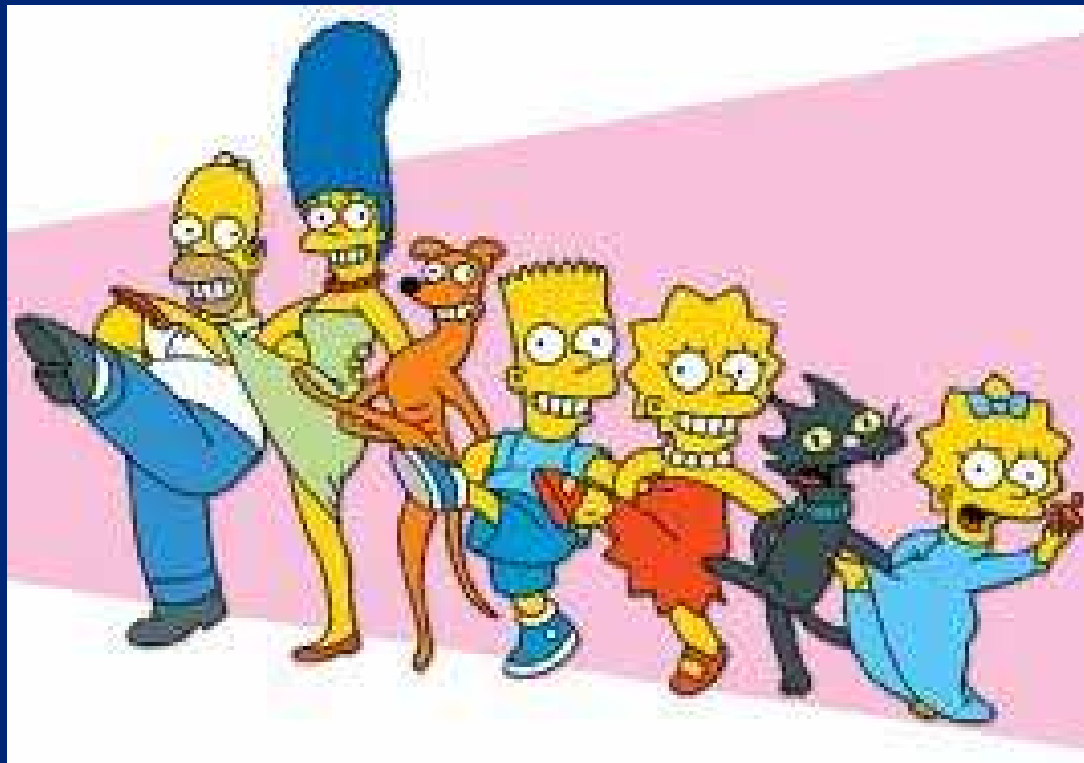
bibliografia

- 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 riflessive?** Trad. Ital. Il Bollettino, n° 24, 1991
- Tomm K. - **Le domande riflessive 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 Rev, 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

Grazie dell'attenzione ...



...anche a
nome
della
famiglia

- Molti centri introducono gruppi di genitori come parte integrante del programma di trattamento (Rose e Garfinkel, 1980; Lewis e McGuire, 1985).
- Sono sempre più utilizzati principi psicoeducativi rivolti ai pazienti e alle loro famiglie (Gardner, 1997) e gruppi multifamiliari (McFarlane, 1991).
- Il coinvolgimento della famiglia appare utile nel miglioramento psicologico e medico soprattutto per pazienti giovani e con un tempo non lungo dall'insorgenza del DCA (Eisler et al., 2007; Lock et al., 2006).