

# **Terapia sistemica dell'anoressia nervosa**

**Patrick Pasi**

**Centro DCA**

**UniversitätsSpital Zürich**

**Simposio Ticinese di Nutrizione Clinica**

# Modelli familiari nei DCA

- Evitare frustrazioni
- Evitare conflitti/ sedare difficoltà emozionali
  - difficoltà a differenziare le emozioni
- Ruoli generazionali non chiari (inversione di ruoli) / coinvolgimento nei conflitti dei genitori
- Conflitto desiderio d'autonomia/bisogno di protezione

## „Atmosfera DCA“

- Significativa compromissione della vita quotidiana a causa del disturbo alimentare
- I pasti diventano un peso enorme per tutti
- Strategie "investigative" dei genitori riguardo al vomito, ai lassativi, ecc.
- Meno attenzione educativa/genitoriale verso i fratelli
- Discussioni continue a proposito del DCA

# Fasi della motivazione al cambiamento

(Prochaska, DiClemente & Norcross 1992)



# Motivational Interviewing

Miller & Rollnick, 2002

- Disponibilità al cambiamento influenzata dall'interazione interpersonale
- Stile terapeutico empatico facilita la disponibilità al cambiamento, uno stile direttivo la blocca

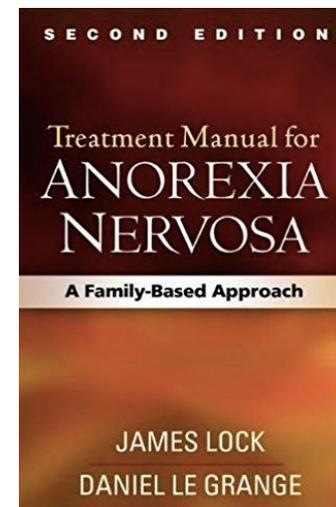
# Motivational Interviewing

- Tutti possiedono un potenziale di sviluppo e di cambiamento
- Tecniche che influenzano un cambiamento:
  - Porre domande aperte
  - Validare, lodare
  - Indurre la riflessione + dialogo interno
  - Interessarsi per la visione interiore
  - Rafforzare l'ambivalenza
  - Strutturare il dialogo, riassumere

# Terapia

- Per gli adolescenti, l'efficacia della terapia familiare supera quella della terapia individuale
- Per i giovani adulti, focalizzazione generalmente su approcci cognitivo-comportamentali individuali (CBT), combinati con la terapia sistemica

## Terapia familiare (FBT)



- Terapia ambulatoriale manualizzata → ognuna delle 15-20 sessioni di terapia familiare è predefinita
- Obiettivo: Motivare e rafforzare i genitori ad assumere il ruolo principale nel trattamento del loro bambino con anoressia nervosa
- 3 fasi di terapia:
  - Normalizzazione del peso (responsabilità dei genitori, terapeuta consiglia)
  - Graduale assunzione di responsabilità da parte del paziente
  - Promuovere il normale sviluppo nell'adolescenza
- Meta-analisi di 12 RCT: durata più breve del trattamento, ↓ ricadute

Lock J, Arch Gen Psychiatry 2010; Couturier J, Int J Eat Disord 2012

# Sessione 1

## Obiettivi:

- Coinvolgere la famiglia nel trattamento
- Anamnesi di come l'AN colpisce la famiglia
- Panoramica su come "funziona" la famiglia (alleanze, autorità, conflitti)

## Interventi:

- Misurare il peso della paziente
- Accogliere la famiglia con un atteggiamento empatico ma serio
- Fare l'anamnesi con ogni membro della famiglia
- Separare la malattia dal paziente
- Dimostrare la gravità della malattia e le sfide della guarigione
- Dare ai genitori il compito di normalizzazione del peso
- Preparare e discutere il prossimo pasto in famiglia

**TABLE 2.3. Outline of Therapeutic Goals and Interventions**

Phase I: Weight restoration

*Session 1*

There are three main goals for Session 1:

- To engage the family in the therapy.
- To obtain a history of how AN is affecting the family.
- To obtain preliminary information about how the family functions (i.e., coalitions, authority structure, conflicts).

In order to accomplish these main goals, the therapist undertakes the following therapeutic interventions:

1. Weighing the patient.
2. Greeting the family in a sincere but grave manner.
3. Taking a history that engages each family member in the process.
4. Separating the illness from the patient.
5. Emphasizing the seriousness of the illness and the difficulty in recovering.
6. Charging the parents with the task of weight restoration.
7. Preparing for the next session's family meal and ending the session.

*Session 2*

There are three major goals for Session 2:

- To continue the assessment of the family structure and its likely impact on the ability of the parents to successfully help their child gain weight and eat normally.
- To provide an opportunity for the parents to experience success in helping their child eat normally and gain weight.
- To assess the family's strengths and weaknesses specifically during eating.

In order to accomplish these goals, the therapist undertakes the following interventions during this session:

1. Weighing the patient.
2. Taking a history and observing the family patterns during food preparation, food serving, and family discussions about eating, especially as it relates to the patient.
3. Helping parents convince their child to eat more than she is prepared to, or helping to set parents on their way to working out how they can best go about normalizing eating and promoting weight gain.
4. Aligning the patient with siblings (if there are siblings) for support outside mealtimes.
5. Closing the session.

*Sessions 3–10*

There are three goals for these treatment sessions:

- To keep the family focused on the eating disorder.
- To help the parents take charge of their daughter's eating.
- To mobilize siblings to support the patient.

(cont.)

## Separare la malattia dal paziente

Chi non vuole mangiare?



## Sessione 2

### Pasto familiare in presenza della terapeuta

- discussione sulla scelta/preparazione dei pasti
- Osservazione del porzionamento da parte dei genitori e del comportamento della paziente
- Osservazione punti di forza e debolezza della famiglia
- I genitori sostengono la paziente a mangiare di più e hanno la possibilità di sperimentare i primi successi
- Chiarire la possibilità del sostegno dei fratelli

THERAPIST: Do you think she should eat more now?

MOTHER: Definitely.

FATHER: Yes.

THERAPIST: Can you figure out a way to help her?

FATHER: Well, normally what we'll do at home is, we'll sit there with her and give her more time to eat it.

THERAPIST: (to Rhonda) Okay, well, you're here, does that work?

FATHER: Are you listening? C'mon, Rhonda.

RHONDA: I'm listening.

THERAPIST: She's definitely listening.

FATHER: I can't believe she drank this whole bottle.

THERAPIST: What is that?

FATHER: It's Select Clear, carbonated.

THERAPIST: I think the idea is that fills her up.

FATHER: You mean the liquid?

THERAPIST: Makes you full, right?

RHONDA: (nodding).

FATHER: Oh, so that's the trick, and there are no calories? Total fat zero.

THERAPIST: If that was a thing of cream, you know, a creamy milkshake

## Sostegno dei fratelli? Partner?

- Fratelli o fidanzati non sono responsabili dell'aumento di peso
- Tuttavia enormemente preziosi come risorsa (supporto emotivo, aiuto con il passato represso)
- Considerare di parlare al paziente e al fratello/sorella/amico da soli (oltre alla FBT)

## Terapia familiare sì, ma...

- ...scegliere una terapia diversa non è un errore → non c'è una sola terapia per tutti Strober M 2014
- Per famiglie con alti livelli di emozioni negative, si consigliano colloqui separati con i genitori Le Grange D et al., 2018
- Herpertz-Dahlmann B., 2015:
  - Pazienti nell'RCT di J. Lock meno malati (↑ BMI)
  - Il 45% dei pazienti era già ricoverato prima della randomizzazione
  - La superiorità della FBT non è più evidente dopo 4 anni
- ❖ Tuttavia: la FBT è efficace e troppo poco considerata in Europa

## Punti principali

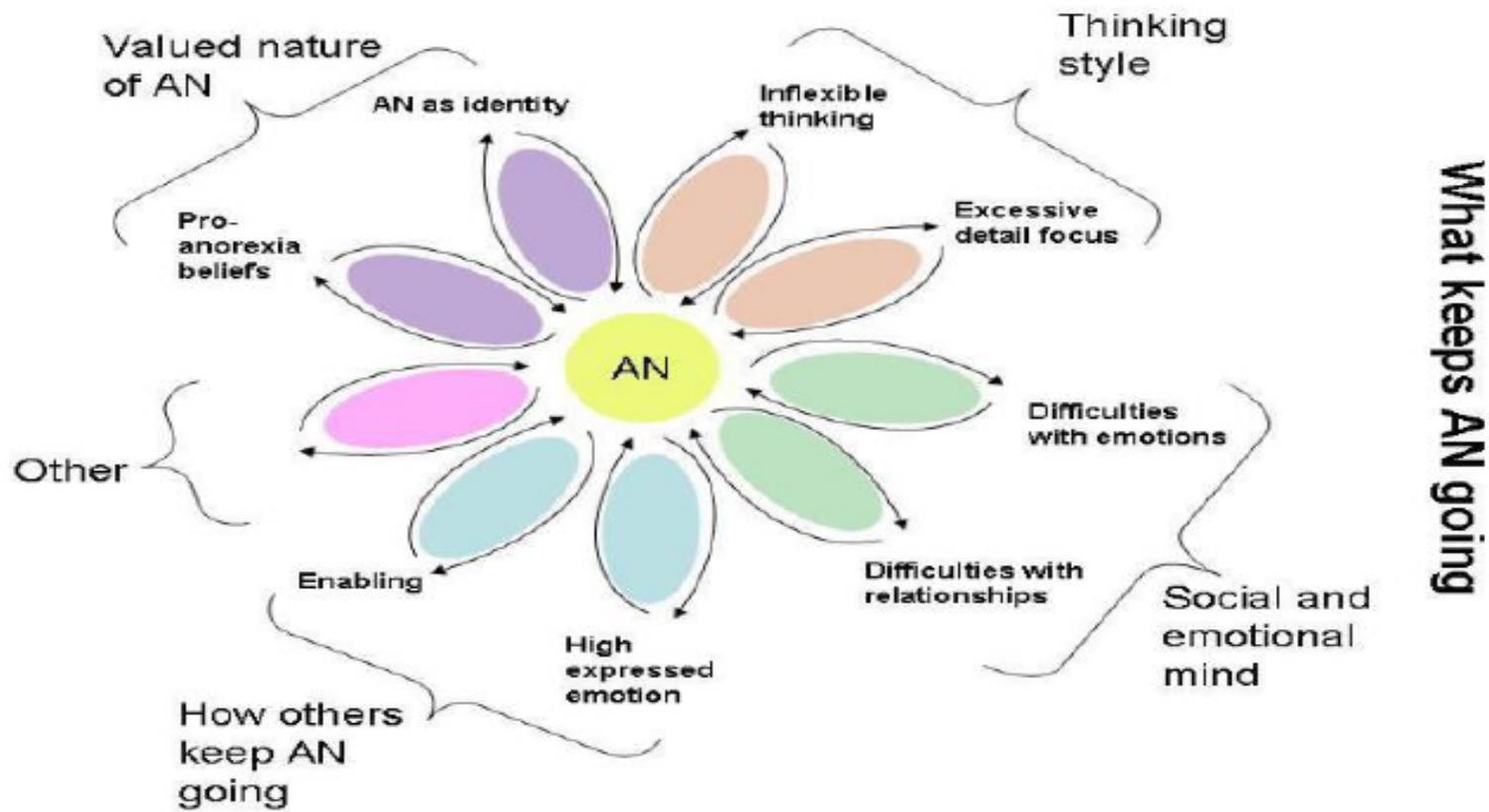
- Coinvolgimento dei genitori obbligatorio, coinvolgimento dei fratelli importante
- Rafforzare i genitori nel loro ruolo educativo
- Separare la malattia dal paziente (esternalizzazione)
- Promuovere l'unità dei genitori nel loro comportamento verso il paziente
- Con crescente comprensione della malattia, graduale assunzione di responsabilità da parte della paziente
- Chiarimento dei ruoli anche tra i terapeuti coinvolti

# Trattamento multifamiliare (Multi-FBT)

- Multi-FBT risultati leggermente migliori di FBT Eisler I. et al., 2016
- 18 mesi dopo la fine della terapia risultato non più statisticamente significativo
- Alto dispendio di tempo? Modalità di fatturazione?
- Attualmente solo poche cliniche con servizi multifamiliari (UPD)
  
- Alternative:
  - Trialogo
  - Colloqui serali solo con i genitori/fratelli/parenti

# MANTRA - Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults

Stile di pensiero, valori, relazioni ed emozioni



The Vicious Flower of Anorexia Schmidt U. et al., 2011

# MANTRA

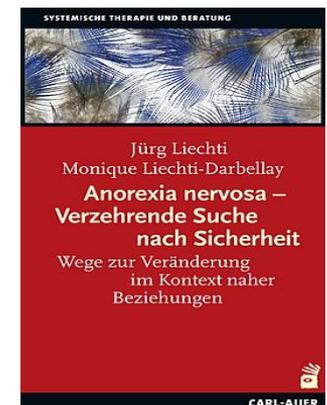
- Questo trattamento è un programma di terapia cognitivo-interpersonale per pazienti anoressici adulti, con elementi psicoterapeutici individuali e sistemici
- Postula quattro fattori che perpetuano la malattia:
  1. Uno stile di pensiero rigido e inflessibile caratterizzato dalla paura di sbagliare e da un'eccessiva attenzione ai dettagli
  2. Deficit nel campo emotivo e relazionale
  3. Cognizioni distorte del malato che AN aiuta la persona ad affrontare la vita e rappresenta un'identità
  4. Reazioni non utili della famiglia ai sintomi anoressici (per esempio critiche e rifiuto della persona malata, colpevolizzazione, iperprotezione, adattamento della famiglia ai sintomi)

# MANTRA

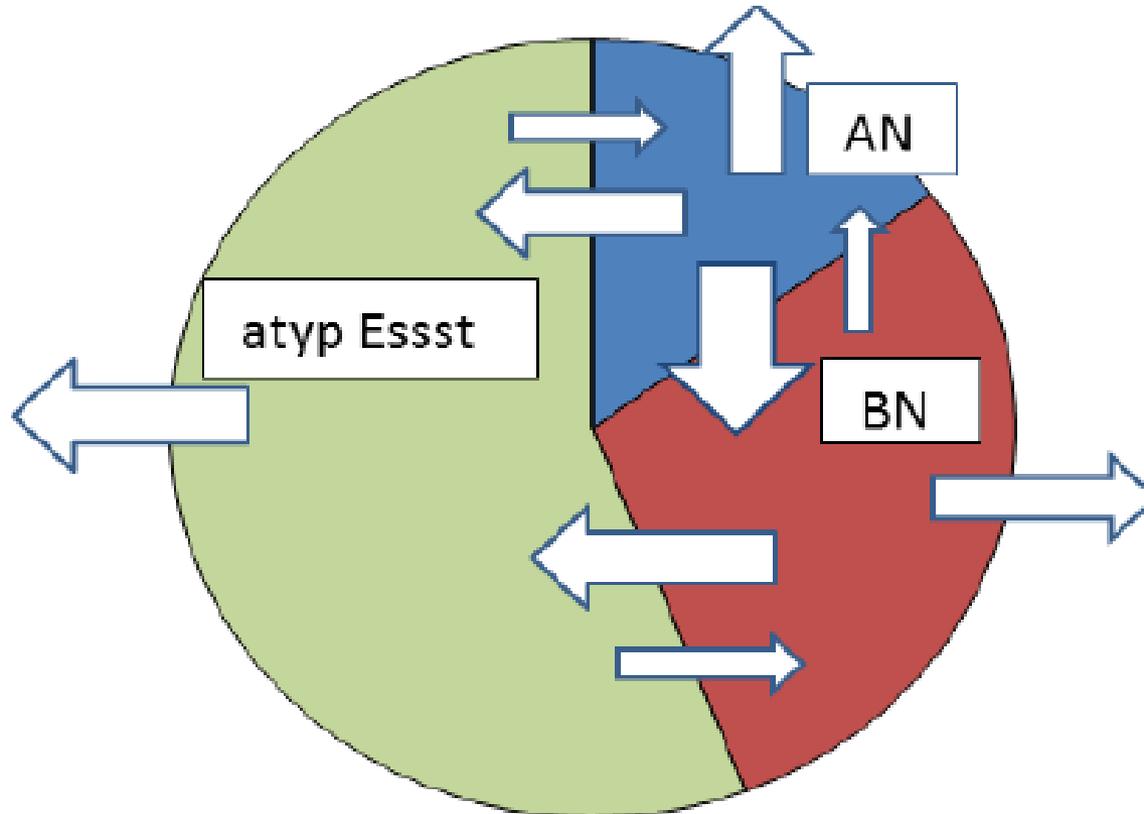
- La famiglia viene istruita a sostenere emotivamente la persona con AN senza perdersi in discussioni dettagliate sul cibo
- Si insegnano strategie di deescalazione per le relazioni familiari e tecniche di comunicazione adeguate
- I genitori vengono incoraggiati a riflettere sul proprio stile educativo e a riconoscere comportamenti non costruttivi
- Insieme ai pazienti si elaborano con la famiglia strategie utili al processo di guarigione

# Punti principali

- Fase esplorativa: raccolta di ipotesi dei membri della famiglia e dei pazienti sullo sviluppo dell' AN
- Presentare modelli esplicativi, porre la malattia in un contesto globale
- La famiglia non è più completamente sola con la situazione e si sente compresa/accettata
- Decolpabilizzare i genitori
- Rafforzare la funzione educativa dei genitori (non terapeuti)
- Oltre l'aumento di peso concentrarsi su autonomia e sviluppo personale
- Terapia di coppia se il DCA interferisce con la relazione e le crisi di coppia cementano il DCA



# Cambiamento nelle diagnosi di DCA nel corso della vita



Fairburn et al., 2003

## FBT per la bulimia nervosa

- Nella BN adulta, la CBT individuale è considerata il trattamento di prima scelta Fairburn CG
- A causa del successo dei programmi FBT AN negli adolescenti e a causa dell'entità transdiagnostica della sintomatologia DCA, sono stati creati programmi FBT BN (-> FBT AN), che si basano sull'informazione delle cause del DCA, sull'esternalizzazione e sulla responsabilizzazione dei genitori Schmidt U et al., 2007
- Rispetto ai programmi AN, i pazienti BN erano spesso in grado di partecipare meglio al processo di trattamento perché il loro stadio di sviluppo era più adeguato all'età e la BN è spesso più ego-distonica dell' AN
- Negli adulti con BN, il coinvolgimento della famiglia è meno comune, dato che i pazienti spesso vivono in una relazione o abitano da soli
- In questo caso, le terapie di coppia si sono dimostrate efficaci nell'identificare l'aspetto relazionale del DCA e nell'implementare strategie alternative per le emozioni negative o i conflitti di coppia Kirby JS et al., 2015

# FBT per binge eating e obesità

- Dato che l'obesità giovanile porta quasi sempre a quella adulta, con problemi di salute devastanti, i programmi FBT per l'obesità pediatrica (FBT-PO) sono stati sviluppati e analizzati in serie di studi RCT Loeb KL et al., 2015
- I genitori sono integrati nella terapia fin dall'inizio, più o meno intensamente a seconda della maturità dei pazienti. È importante registrare all'inizio qualsiasi malattia psichiatrica concomitante, che viene trattata separatamente
- All'inizio del programma, i genitori si assumono l'intera responsabilità del cambiamento del comportamento alimentare e dell'esercizio fisico dei pazienti /famiglia
- Come nei programmi AN, l'influenza dei genitori diminuisce nel corso del trattamento per promuovere gradualmente l'autonomia dei pazienti
- In Svizzera, le terapie dell'obesità giovanile sono organizzate dall' AKJ:
  - La terapia individuale (MSIT) o di gruppo (MGP) strutturata multiprofessionale è un'intensificazione del trattamento del pediatra o del medico generico. Medici specializzati in obesità adolescenziale lavorano con un team di dietisti, fisioterapeuti e psicologi
  - Offerte simili per gli adulti sono attualmente all'esame dell'ASEMO/SGED

# Terapie sistemiche

- Per gli adolescenti con DCA, la terapia FBT è il trattamento di prima scelta
- Estensioni di questo concetto sono le terapie brevi intensive e le terapie multifamiliari così come la consulenza ai genitori senza pazienti (specialmente in caso di forte atteggiamento critico)
- Al fine di raggiungere i pazienti e le famiglie che vivono lontano dalle istituzioni, sono stati sviluppati trattamenti a domicilio e di telemedicina Jaffa T. et al. 2004; 12, Darwish A. et al. 2006

# Giovani adulti

- I pazienti adulti con DCA vengono trattati in modo individuale e multiprofessionale (medici, psicologi, dietisti, fisio,..)
- Gli elementi della terapia sistemica vengono usati in modo mirato per le fasi bloccate dello sviluppo personale (per esempio il distacco dai genitori, l'emancipazione in una relazione, ecc.)
- MANTRA

Grazie per la cortese attenzione