



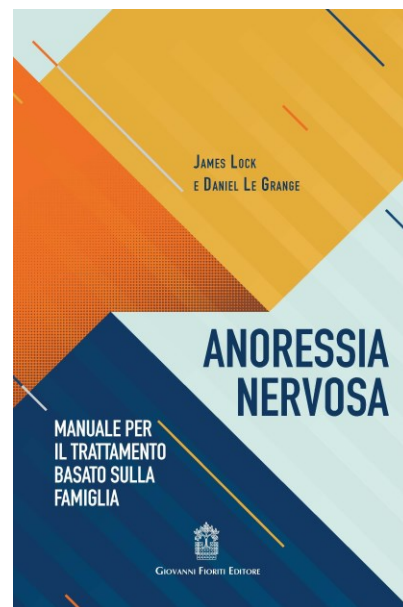
GIOVANNI FIORITI EDITORE

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
via Archimede 179, 00197 Roma
tel. 068072063 - fax 0686703720.
E-Mail info@fioriti.it – www.fioriti.it
www.clinicalneuropsychiatry.org

Anoressia nervosa

Manuale per il trattamento basato sulla famiglia

Di James Lock e Daniel Le Grange



Presentazione

Le principali linee guida internazionali (e le raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute) considerano il trattamento basato sulla famiglia (Family-Based Treatment – FBT) l'intervento psicoterapeutico di prima scelta nella cura dell'anoressia nervosa in adolescenza. Sviluppata negli anni '90 all'interno del Maudsley Hospital di Londra, la FBT costituisce un modello d'intervento che integra diversi aspetti di matrice cognitivo-comportamentale con quelli dell'intervento sistemico-relazionale e del "clinical management". L'integrazione dei diversi approcci terapeutici trova negli studi della "Developmental Psychopathology" la sua cornice teorica unitaria. Coerentemente con tale impostazione, l'approccio FBT individua nel sostegno alle funzioni genitoriali una priorità clinica imprescindibile per rimettere "in carreggiata" lo sviluppo adolescenziale, rimasto incagliato nel disturbo anoressico.

Attraverso il lavoro psicoterapico, l'adolescente e il suo contesto familiare sono aiutati a riattivare quei processi comunicativi e di regolazione personale e interpersonale orientati alla ripresa di uno sviluppo adolescenziale fisiologico e più armonico.

Il manuale illustra i principali studi di efficacia e il razionale clinico dell'approccio FBT. Gli autori riescono a descrivere in dettaglio le tre fasi d'intervento e offrendo suggerimenti operativi utili ad affrontare le frequenti difficoltà incontrate durante il trattamento. La presentazione di trascritti di sedute in vivo aiuterà il lettore a entrare più a fondo nelle pieghe di questo trattamento ancora poco conosciuto dallo specialista italiano.

INDICE

RINGRAZIAMENTI	XIX	
PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE		
di Gerald Russell	XXI	
PREFAZIONE ALLA PRIMA EDIZIONE		
di Gerald Russell	XXV	
PREFAZIONE	1	
CAPITOLO 1.		
INTRODUZIONE E CONTESTO. ELEMENTI DI BASE SULL'ANORESSIA NERVOSA	3	
Obiettivo del manuale	3	
Panoramica sull'anoressia nervosa negli adolescenti	5	
Studi di esito dei trattamenti per l'anoressia nervosa	13	
Riassunto	13	
CAPITOLO 2.		
IL TRATTAMENTO BASATO SULLA FAMIGLIA PER L'ANORESSIA NERVOSA	15	
Revisione specifica della letteratura sulla terapia familiare	15	
Il trattamento basato sulla famiglia e sviluppo del presente manuale	18	
Introduzione al trattamento basato sulla famiglia	23	
Candidati appropriati a questo trattamento	26	
A chi è rivolto questo manuale?	29	
L'équipe di cura	29	
Riassunto	31	
CAPITOLO 3.		
FASE I: VALUTAZIONE INIZIALE E ORGANIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO	37	
Valutazione degli adolescenti con anoressia nervosa	37	
Organizzazione del trattamento	47	
Riassunto	51	
CAPITOLO 4.		
SEDUTA 1: IL PRIMO INCONTRO	52	
Pesare la paziente	54	
Accogliere la famiglia in modo caldo ma serio	55	
Raccogliere la storia della malattia coinvolgendo ogni membro della famiglia	57	
Separare la malattia dalla paziente	58	
Enfatizzare la gravità della malattia e le difficoltà della guarigione	61	
Investire i genitori del compito di ripristinare il peso della paziente	63	
Preparazione della seduta successiva con il pasto familiare e conclusione della prima seduta	65	65
Conclusione della seduta	65	
Punti per la revisione della seduta 1	66	
CAPITOLO 5.		
LA SEDUTA 1 IN PRATICA	69	

Storia clinica	69
Pesare la paziente	70
Accogliere la famiglia in modo caldo ma serio	70
Raccogliere la storia della malattia coinvolgendo ogni membro della famiglia	71
Separare la malattia dalla paziente	77
Enfatizzare la gravità della malattia e le difficoltà della guarigione (continuando a separare la malattia dalla paziente)	79
Investire i genitori del compito di ripristinare il peso della paziente	81
Preparazione al pasto familiare della seduta successiva e conclusione della seduta	83
CAPITOLO 6.	
SEDUTA 2: IL PASTO FAMILIARE	85
Pesare la paziente	86
Raccogliere la storia e osservare i modelli familiari nella preparazione dei pasti, il porzionamento del cibo e le discussioni familiari intorno al suo consumo, in particolare per ciò che riguarda la paziente	86
Aiutare i genitori a convincere la figlia a “mangiare un boccone in più” di quanto è disposta a fare o aiutare i genitori a trovare il modo migliore per normalizzare l'alimentazione e per promuovere l'aumento di peso	88
Allineare la paziente al livello dei fratelli, al fine di favorire un sostegno al di fuori dei pasti	90
Conclusione della seduta	92
Revisione della seduta	92
Punti per la revisione della seduta 2	92
CAPITOLO 7.	
LA SEDUTA 2 IN PRATICA	97
Storia clinica	97
Pesare la paziente	98
Raccogliere la storia e osservare i modelli familiari nella preparazione dei pasti, il porzionamento del cibo e le discussioni familiari intorno al suo consumo, in particolare per ciò che riguarda la paziente	98
Aiutare i genitori a convincere la figlia a “mangiare un boccone in più” di quanto è disposta a fare o aiutare i genitori a trovare il modo migliore per normalizzare l'alimentazione e per promuovere l'aumento di peso	110
Sostenere l'autonomia e lo sviluppo dell'adolescente	117
Conclusione della seduta	120
CAPITOLO 8.	
PROSECUZIONE DELLA FASE I (SEDUTE 3-10)	121
Pesare la paziente all'inizio di ogni seduta	122
Dirigere, reindirizzare e concentrare la discussione terapeutica sul cibo, i comportamenti alimentari e la loro gestione fino a che le preoccupazioni e i comportamenti relativi a cibo, alimentazione e peso corporeo non saranno diminuiti	124

Discutere, sostenere e aiutare gli sforzi della diade genitoriale nel promuovere il ripristino del peso	126	
Discutere, sostenere e aiutare la famiglia nella valutazione degli sforzi compiuti dai fratelli per aiutare la sorella malata	127	
Continuare a modulare gli atteggiamenti critici di genitori e fratelli	129	
Continuare a distinguere la paziente e i suoi interessi da quelli dell'AN	131	
Revisionare l'andamento della terapia con l'équipe di cura	133	
Punti per la revisione delle sedute 3-10	133	

CAPITOLO 9.

LA SEDUTA 8 IN PRATICA	146	
Il contesto clinico	146	
Pesare la paziente all'inizio di ogni seduta	147	
Discutere, sostenere e aiutare gli sforzi della coppia genitoriale a farsi carico del ripristino del peso	149	
Guidare, reindirizzare e focalizzare la discussione terapeutica su cibo, comportamenti alimentari e loro gestione fino a ridurre le preoccupazioni su cibo, peso e comportamenti alimentari	151	
Continuare a modulare il criticismo di genitori e fratelli	156	
Continuare a separare l'adolescente e i suoi interessi da quelli dell'anoressia nervosa	158	
Discutere, sostenere e aiutare la famiglia ad apprezzare gli sforzi dei fratelli nell'aiutare la sorella affetta da AN	163	
Concludere tutte le sedute sottolineando i progressi ottenuti	172	

CAPITOLO 10.

FASE II: AIUTARE L'ADOLESCENTE A MANGIARE AUTONOMAMENTE (SEDUTE 11-16)	173	
Riassunto della fase II	173	
Come il terapeuta valuta che la famiglia è pronta per la fase II	175	
Come l'équipe di cura si modifica durante la fase II	175	
Pesare la paziente	177	
Continuare a sostenere e assistere i genitori nella gestione dei sintomi del disturbo alimentare finché la paziente non dimostri di essere in grado di alimentarsi adeguatamente e di aumentare di peso in modo autonomo	177	
Assistere i genitori e l'adolescente nel negoziare la restituzione della gestione dei sintomi del disturbo alimentare all'adolescente	179	
Incoraggiare la famiglia a esaminare i rapporti tra problematiche adolescenziali e sviluppo dell'AN nella loro figlia	180	
Continuare a modulare il criticismo di genitori e fratelli nei confronti della paziente, specialmente in relazione al compito di restituire il controllo dell'alimentazione all'adolescente	181	
Continuare a guidare i fratelli nel compito di sostenere la sorella malata	182	

Continuare a evidenziare le differenze tra le idee e i bisogni propri dell'adolescente e quelli dell'anoressia nervosa	183
Chiudere la seduta con un rinforzo positivo	183
Revisione di fine seduta	184
Questioni da analizzare durante la fase II	184
Conclusione della fase II	187
CAPITOLO 11.	
LA FASE II IN PRATICA	188
Il contesto clinico	188
Pesare la paziente	189
Continuare a sostenere e assistere i genitori nella gestione dei sintomi del disturbo alimentare finché la paziente dimostri di essere in grado di alimentarsi adeguatamente e di aumentare di peso in modo autonomo	190
Assistere i genitori e l'adolescente nel negoziare la restituzione della gestione dei sintomi del disturbo alimentare all'adolescente	191
Continuare a evidenziare le differenze tra idee e bisogni propri dell'adolescente e quelli dell'AN	195
Incoraggiare i genitori a esaminare i rapporti tra problematiche adolescenziali e sviluppo dell'AN nella figlia	199
Concludere le sedute con un rinforzo positivo	202
CAPITOLO 12.	
FASE III: I COMPITI DELL'ADOLESCENTE (SEDUTE 17–20)	204
Requisiti per la fase III	205
Elementi di base sullo sviluppo adolescenziale e l'anoressia nervosa	206
Il lavoro d'équipe nella fase III	209
Riesaminare le problematiche adolescenziali con i familiari e formulare delle strategie di <i>problem solving</i> per affrontarle	209
Coinvolgere la famiglia nella “disamina” delle problematiche	210
Delineare ed esplorare le tematiche adolescenziali	211
Verificare quanto i genitori stiano riprendendo la loro vita di coppia	212
Pianificare le strategie per possibili problematiche future	213
Conclusione del trattamento	214
Questioni da analizzare durante la fase III	215
CAPITOLO 13.	
LA FASE III IN PRATICA	217
Il contesto clinico	217
Riesaminare le problematiche adolescenziali con i familiari e formulare delle strategie di <i>problem solving</i> per affrontarle	220
Coinvolgere i genitori nella “disamina” delle problematiche adolescenziali	224
Delineare ed esplorare le tematiche adolescenziali	226

Verificare quanto i genitori stiano riprendendo la loro vita di coppia	232
Pianificare le strategie per possibili problematiche future	234
Riassumere la seduta	236
CAPITOLO 14.	
SINTESI DI UN CASO CONCLUSO	237
Illustrazione del caso	237
Questioni cliniche e sommario	250
CAPITOLO 15.	
POSSIBILI SVILUPPI DEL TRATTAMENTO BASATO SULLA FAMIGLIA, FORMAZIONE, DIVULGAZIONE, PRATICA CLINICA E RICERCA	251
Formazione	251
Diffusione e implementazione del trattamento basato sulla famiglia nei diversi setting clinici	254
Futuri sviluppi della ricerca sul trattamento basato sulla famiglia	259
Trattamento basato sulla famiglia e sostegno pubblico e istituzionale	261
BIBLIOGRAFIA	263
INDICE ANALITICO	275

INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Armando Cotugno

È un grande piacere per me presentare al lettore italiano la traduzione di *Anoressia nervosa. Manuale del trattamento basato sulla famiglia* elaborato da J. Lock e D. Le Grange. Sebbene la psicoterapia sia da sempre considerata il trattamento d'elezione per la cura dell'anoressia nervosa, le principali linee guida nazionale e internazionali (APA 2005; NICE 2004, 2017; RANZCP 2014; ISTISAN 2013; QdS 2013, 2017) sottolineano come nel caso delle pazienti con malnutrizione per difetto "l'efficacia di specifici interventi psicoterapici finalizzati al

recupero del peso rimane molto incerta” (APA Guidelines 2005). In altre parole, il trattamento psicoterapeutico appare relativamente efficace nella cura dell’AN solo **dopo** che lo stato di malnutrizione, che costituisce il correlato organico del malfunzionamento psicologico, sia stato risolto attraverso un intervento per lo più riabilitativo residenziale o, nei casi più gravi, ospedaliero. *Anoressia nervosa* fornisce un protocollo d’intervento *evidence-based* che a mio avviso ha due grandi meriti: il primo è quello di consentire il trattamento ambulatoriale per le pazienti adolescenti affette da anoressia nervosa con malnutrizione medio-grave, senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero o residenziale, con il conseguente miglioramento della qualità della vita delle pazienti stesse; il secondo è quello di fornire un trattamento manualizzato, elettivamente orientato all’intervento precoce in adolescenza, che garantisce sia un miglior esito della cura che un minor rischio di recidive.

Ogni considerazione sul trattamento psicoterapeutico dell’anoressia nervosa non può eludere il dato epidemiologico che indica nella fascia di età compresa tra i 13 e i 16 anni il periodo di massima incidenza di questo disturbo (Micali et al. 2013). L’intervento **precoce** nella cura dell’anoressia nervosa deve perciò considerare la specificità del funzionamento mentale adolescenziale, con tutte le drammatiche trasformazioni che interessano sia l’assetto corporeo che quello neurologico.

L’adolescenza costituisce una fase fondamentale nello sviluppo umano, seconda per importanza solo alla prima infanzia. In questo periodo di vita si realizzano transizioni evolutive assai significative, che interessano il livello psicologico, il livello corporeo e il livello socio-relazionale. Classicamente, l’adolescente è chiamato a costruire progressivamente la sua identità di persona adulta, attraverso relazioni tra pari ed esperienze qualitativamente nuove, separandosi lentamente dai legami affettivi familiari senza però perderne la connessione, al fine di garantirsi un senso di continuità e unicità, intensamente sollecitato dalle nuove esperienze di vita e dai cambiamenti fisiologici. Il processo di separazione e individuazione è caratterizzato da continue oscillazioni tra aperture al nuovo e necessità di trasformare i legami di appartenenza precedenti senza rotture irreparabili. Tutto questo è guidato dall’emergere di nuove competenze psicologiche e relazionali, che trovano nel processo di frontalizzazione cerebrale la sua base neurobiologica (Powell 2006). La recente ricerca clinica e neuropsicologica ha permesso di evidenziare come lo stato di malnutrizione tipico dell’anoressia nervosa, non ha solo ripercussioni d’interesse medico internistico (anomalie del ritmo cardiaco, alterazioni pressorie, alterazioni del metabolismo osseo, endocrinologiche ecc.), ma è causa di marcate interferenze del funzionamento psicologico in termini sia di elaborazione dell’informazione che di regolazione emotiva. In particolare, alcune caratteristiche premorbose, come la rigidità cognitiva, l’attenzione ai particolari, con conseguente difficoltà nel processo di sintesi, la difficoltà di elaborazione di stati mentali connessi a emozioni come la paura, la rabbia e la tristezza, appaiono peggiorate dallo stato di malnutrizione.

Sebbene l’anoressia nervosa sia stata spesso considerata un quadro clinico paradigmatico per l’esplorazione del complesso rapporto mente-corpo, il “corpo anoressico” è stato per lo più considerato nella sua accezione simbolico-mentale, diventando così più un “corpo-mentalizzato”, piuttosto che essere un campo privilegiato per la comprensione di quei processi psicologici inscindibili dalle esperienze senso-motorie e che sono alla base della nostra “mente-incarnata”. I detrattori della FBT spesso banalizzano l’attenzione al ripristino del peso corporeo, aspetto cardine di questo approccio, come esempio di un’eccessiva medicalizzazione del trattamento, focalizzato esclusivamente sugli aspetti sintomatici e comportamentali, piuttosto che sui meccanismi psicologici che sottendono il comportamento alimentare disturbato. In realtà, l’importanza dello stato di malnutrizione e le sue implicazioni su alcuni processi psicologici (preoccupazioni sul cibo, alterazioni della regolazione del senso di fame e sazietà, aumento del distress emotivo, alterazioni del funzionamento cognitivo e isolamento sociale) vennero analizzate in maniera dettagliata già negli anni ’40 dal *Minnesota Starvation-Recovery Study* (Keys et al. 1950). Un’attenta analisi dei risultati del *Minnesota Study* è alla base del fondamentale contributo di Garner allo sviluppo dell’approccio cognitivo-comportamentale al trattamento dell’anoressia nervosa (Garner et al. 1997, Garner e Bemis 1982). La descrizione delle “inevitabili” conseguenze cognitive, emotive e comportamentali dello stato di malnutrizione ha consentito di riesaminare alcune caratteristiche del funzionamento mentale anoressico, che per molto tempo sono state considerate parte integrante del disturbo psicopatologico primario. In questa prospettiva, ristabilire un equilibrio biologico-nutrizionale diventa un aspetto imprescindibile per il cambiamento delle distorsioni cognitivo-emotive e per un ristabilimento del funzionamento psicologico.

Lo stato di malnutrizione non solo è alla base della compromissione organica e psicologica dell’adolescente affetta da anoressia nervosa, ma costituisce l’elemento centrale su cui si attiva la risposta del contesto familiare alla malattia: “È indubbio che la presenza di un disturbo del comportamento alimentare ha un notevole impatto sulla vita di una famiglia. Con il tempo tutto ciò che si muove intorno al cibo e al mangiare arriva a pervadere l’intera vita familiare. Di conseguenza, tutti i comportamenti familiari e le capacità di affrontare le normali situazioni ordinarie ne vengono profondamente influenzati” (Dare et al. 1990). Già alla fine dell’800 Charles Lasague aveva osservato come la reazione del contesto familiare allo stato di malattia costituisse un importante meccanismo di mantenimento del comportamento anoressico: “La famiglia ha solo due metodi a disposizione che utilizza fino all’esasperazione: le suppliche e le minacce... e più aumenta la sollecitudine, più l’appetito diminuisce” (Lasague

1874). Queste osservazioni per decenni hanno portato a ritenere i genitori “responsabili” della malattia anoressica del figlio, tanto da considerare l’allontanamento dell’adolescente dalla famiglia (parentectomia) un prerequisito imprescindibile per un corretto trattamento dell’anoressia in adolescenza (Charcot 1885, Gull 1874). Negli anni settanta, la ricerca sull’emotività espressa ha evidenziato come il rapporto malattia-comportamento genitoriale dovesse essere considerato anche nella direzione dell’impatto che la malattia stessa ha sui membri della famiglia e come la loro reazione abbia un peso clinicamente rilevante per il decorso delle malattie psichiatriche gravi (Leff e Vaughn 1885). La ricerca sull’emotività espressa, focalizzata principalmente sui fattori connessi al mantenimento e alle recidive della sintomatologia psicotica, si è poi estesa anche alla comprensione delle dinamiche relazionali delle “famiglie anoressiche”, confermando le prime osservazioni cliniche fatte da Lasegue: ipercoinvolgimento emotivo e criticismo (“le suppliche e le minacce” descritte da Lasegue) caratterizzano la risposta del contesto familiare di fronte al disturbo anoressico dell’adolescente (Kyriacou et al. 2007, Schmidt et al. 2006)

L’intervento sulla reazione familiare aveva già caratterizzato alcuni approcci a orientamento cognitivista applicati alla terapia familiare, con sensibili miglioramenti del decorso (Robin 2003, Robin et al. 1994). Diversi interventi di marca cognitivista, dedicati al trattamento dei disturbi della regolazione emotiva in adolescenza, fanno del coinvolgimento familiare un elemento imprescindibile per il buon esito della cura. A mio avviso il trattamento basato sulla famiglia (FBT) costituisce un’ulteriore integrazione tra approccio cognitivo-comportamentale e quello sistemico-familiare: in particolare appare coerente con i dati della ricerca sulla psicopatologia evolutiva, che mettono in evidenza come i processi di separazione e individuazione dell’adolescente siano intrinsecamente ingranati con i cambiamenti dello stile di cura genitoriale. Gli interventi di *empowerment genitoriale*, che negli ultimi anni hanno interessato anche il trattamento dell’adolescenza problematica, appaiono coerenti con l’impianto di base della FBT. In particolare, come il lettore potrà approfondire, l’assunzione di una forte funzione di cura, che riduca l’impotenza percepita dai genitori di fronte ai comportamenti della figlia malata, costituisce il *leit motiv* dell’intervento terapeutico, orientato a ridurre l’inevitabile reazione di ipercoinvolgimento emotivo e criticismo che caratterizza l’atteggiamento genitoriale. Ho scritto, e non a caso, “inevitabile”: è probabile che quest’affermazione possa sembrare al lettore troppo perentoria e generare una comprensibile perplessità. Di seguito cercherò di argomentare in modo più dettagliato in che senso la reazione genitoriale, in termini d’ipercoinvolgimento emotivo e criticismo, sia in qualche modo “inevitabile”, anche perché questo consentirà di comprendere meglio la grande efficacia di una manovra terapeutica del protocollo FBT: l’esternalizzazione della malattia anoressica. Dobbiamo partire dalla comprensibile reazione emotiva che i genitori di una ragazza anoressica in genere esprimono fin dai primi colloqui di valutazione: la paura che la figlia possa morire. Il paradosso che l’anoressia nervosa pone di fronte ai genitori è che la figlia sta rischiando di morire a causa di un comportamento restrittivo da lei stessa agito. I contributi clinici di Liotti sul ruolo dei sistemi motivazionali interpersonali nella comprensione del comportamento umano normale e patologico ci consentono di comprendere lo stallo relazionale in cui è immersa la famiglia di un’adolescente anoressica (Liotti 1994, 2001). Sappiamo, anche dalla semplice osservazione etologica, che di fronte a una condizione di pericolo il comportamento di cura è orientato da due motivazioni principali: la protezione della prole di fronte al pericolo e l’attacco alla fonte del pericolo. In questa condizione le strategie comportamentali che si attivano automaticamente, sulla base di aspetti motivazionali innati e inevitabili, sono rappresentate *sia* dal comportamento di accudimento e protezione dei figli *che* dal comportamento aggressivo contro l’agente minaccioso. Nel caso dell’anoressia nervosa entrambe le strategie di difesa della prole sono rivolte allo stesso agente: la figlia/il figlio. In altre parole, la figlia/il figlio viene percepito automaticamente sia vittima che agente di minaccia, per cui il comportamento di cura si trova a oscillare quasi automaticamente tra accudimento e aggressività. È proprio questo inevitabile paradosso relazionale che, con altro linguaggio, veniva descritto nei suoi particolari dagli psichiatri di fine Ottocento, portando alcuni clinici a prediligere drastiche soluzioni terapeutiche come la parentectomia, al fine di limitare i danni di quello che oggi potremmo definire un ciclo cognitivo-interpersonale di mantenimento del disturbo (Safran e Segal 1990). Dal canto suo Lasegue, con sorprendente modernità di pensiero, sottolineava come fosse necessario considerare “... lo stato di malattia della paziente anoressica **sempre** in parallelo con le ansie e le preoccupazioni dei suoi familiari”, cercando quindi di educare la famiglia a uscire dai “due metodi a disposizione che utilizza fino all’esasperazione: le suppliche e le minacce...” (Lasegue 1873).

Come la ricerca clinica in psichiatria e psicologia ha evidenziato negli ultimi decenni, uscire dai circoli comportamentali patogeni, spesso sottesi dall’attivazione automatica di motivazioni di base evolutivamente selezionate, richiede un’intensa attività di autoregolazione e autoriflessività metacognitiva. Ritengo che l’efficacia della FBT sia legata soprattutto alla capacità di “disincagliare” la risposta genitoriale dall’automatismo sopra descritto, consentendo di discriminare il “pensiero e comportamento anoressico” dai bisogni evolutivi di base dell’adolescente, permettendo così ai genitori di farsi carico transitoriamente dei bisogni della/del figlia/figlio che, a causa della malattia, non è in grado di realizzarli in maniera adattativa. Le affinità teoriche di fondo tra il protocollo FBT e alcuni interventi di *empowerment genitoriale* basati sulla teoria dell’attaccamento (Powell et al.

2016; Moretti et al. 2009, 2016) appaiono evidenti al clinico che, nel trattamento dei disturbi e delle problematiche adolescenziali, fa del coinvolgimento dei genitori una parte centrale della cura. A più di cent'anni dalle riflessioni di Lasegue, il lavoro, portato avanti dall'Eating Disorders Unit del Maudsley Hospital e dalla ricerca clinica coordinata da J. Lock e D. Le Grange, ha consentito di realizzare una serie di tecniche e strategie terapeutiche orientate alla riattivazione della cura genitoriale finalizzata a restituire un'autentica autonomia all'adolescente, rimettendolo "in carreggiata" lungo il suo itinerario di sviluppo. Il processo di ripristino del peso all'interno del contesto familiare si differenzia radicalmente da quello in ambiente ospedaliero o residenziale. La FBT consente una marcata ridefinizione dei meccanismi psicologici e comportamentali che sottendono le dinamiche familiari in condizioni di grande difficoltà, fornendo il contesto di cura per un'esperienza emotivamente correttiva per tutti i membri della famiglia, con cambiamenti che vanno ben al di là del focus dell'intervento. In altre parole, il raggiungimento del ripristino del peso dell'adolescente porta con sé una serie di cambiamenti psicologici individuali e relazionali, basati più sulla ricerca congiunta di nuove strategie di soluzione dei problemi piuttosto che su una mera esplorazione mentale delle difficoltà.

Ho iniziato a occuparmi di FBT alla fine del 2010: all'interno dell'Unità Operativa per i disturbi del comportamento alimentare (UOSD DCA ASL Roma1), da me diretta, si aprì un'intensa discussione intorno al caso di Angela, una paziente di 16 anni affetta da anoressia nervosa. Angela era stata già ricoverata due volte a causa delle complicanze cardiache del suo grave stato di malnutrizione (BMI: 13,0-13,5) e solo l'insistenza dei genitori l'aveva condotta al mio servizio. Angela appariva chiusa, non collaborativa, concentrata solo sul suo percorso scolastico, peraltro costellato da risultati eccellenti. Dall'altra parte c'erano i genitori, portatori della domanda di cura, ma che mettevano in atto comportamenti caotici, caratterizzati prevalentemente da ipercoinvolgimento e da momenti di esasperazione e rabbia. Ricordo come alcuni miei colleghi sottolineassero il ruolo di marcata interferenza dei genitori, in particolare della madre, a causa delle loro richieste continue, velate critiche e confusione nei comportamenti di cura. Da poco avevo letto le ricerche cliniche sulla FBT e avevo cominciato a studiare la prima edizione del manuale. Avocai a me la gestione del caso, cominciando ad adattare il protocollo FBT alle caratteristiche organizzative del servizio. Parallelamente la paziente veniva monitorata sul piano psichiatrico e medico internistico con visite a cadenza regolare. Nell'arco di otto mesi Angela uscì dallo stato di grave malnutrizione, pur non avendo ancora raggiunto il 90% del peso corporeo ideale. Dopo circa 15 mesi dalla presa in carico, Angela raggiunse il suo peso fisiologico e conseguente ripresa del ciclo mestruale: il processo di miglioramento dello stato di nutrizione andò di pari passo con quello psicologico e con un miglioramento della regolazione emotiva e relazionale. Durante l'ultima fase della FBT, Angela iniziò un trattamento psicoterapico individuale che si protrasse per altri sei mesi dopo la conclusione della FBT. Da allora Angela non ha mai avuto recidive, si è laureata e svolge regolarmente e con successo la sua professione. Dopo il caso di Angela insieme ai professionisti della UOSD DCA ASL Roma1 abbiamo affinato la nostra competenza in FBT anche grazie a corsi specifici condotti da Daniel Le Grange. A oggi sono 42 i casi che hanno completato il trattamento FBT, con poco più dell'80% andati a buon esito (Cotugno e Vertucci 2016).

Nel presente manuale il lettore italiano potrà finalmente analizzare nel dettaglio le tecniche e le strategie terapeutiche che formano il corpus del protocollo *evidence-based* della FBT. Ritengo che la pubblicazione italiana del Manuale possa essere un contributo alla disseminazione di procedure che poggiano la loro credibilità su un'attenta verifica dell'efficacia terapeutica e su un continuo miglioramento delle pratiche cliniche destinate alla cura di adolescenti, il cui sviluppo è rimasto incagliato nell'anoressia nervosa che ancora costituisce la terza causa di morte nella popolazione giovanile dei paesi occidentali.

Bibliografia

- APA-American Psychiatric Association (2006). *Authors Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*. Third Edition.
- Charcot J.M. (1885). De l'isolement dans le traitement de l'hysterie. *Progrès Medical* 13, II serie.
- Cotugno A., Vertucci P. (2016). Family-Based Treatment (FBT) nella cura dell'anoressia nervosa in adolescenza: principi di base e risultati di uno studio italiano. Atti Congresso SITCC, 2016.
- Dare C., Eisler I., Russell G.F., Szmuckler G.I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *J Marital Fam Ther* 16, 1, 39-57.
- Garner D.M., Bemis K.M. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 6, 2, pp. 123-150.
- Garner D.M., Vitousek K.M., Pike K.M. (1997). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa in Handbook of Treatment for eating Disorders*. Second Edition, Ed. D.M. Graner & P.E. Garfinkel. Guilford Publications, New York.
- Gull W.W. (1874). Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London* 7, 222-228.
- Keys A., Brozek J., Henschel A., Mickelsen O., Taylor H.L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Vol. I-II. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.

- Kyriacou O., Treasure J., Schmidt U. (2007). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: an examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *Int J Eat Disord* 41,1, 37-46.
- ISTISAN (2013). *Disturbi del comportamento alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Rapporti ISTISAN 13/6.
- Lasegue C. (1873). De l'anorexie hysterique. *Archives generales de Medicines*.
- Leff J., Vaughn C. (1985). *Expressed emotion in families*. The Guilford Press, New York.
- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Carocci, Roma.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza: psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo evolutivista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Micali N., Hagberg K.W., Petersen I., Treasure J.L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *British Medical Journal_Open* doi: 10.1136/bmjopen-2013-002646
- Moretti M.M., Obsuth I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: the Connect program. *Journal of Adolescence* 32, 6, 1347-57.
- Moretti M.M., Obsuth I., Craig S.G., Bartolo T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: Mechanisms of change. *Attachment & Human Development* 17, 119-35.
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2004). Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*.
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2017). Eating disorders: recognition and treatment. nice.org.uk/guidance/ng69. *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*.
- Powell B., Cooper G., Hoffman K., Marvin R. (2016). *The Circle of Security Intervention: Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. The Guilford Press, New York. Tr. it. *Il circolo della sicurezza. Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*. Raffaello Cortina, Milano 2016.
- Powell K. (2006). Neurodevelopment: How does the teenage brain work? *Nature* 442, 865-867.
- RANZCP (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48, 11, 1-62.
- QdS_Quaderni del Ministero della Salute (2013). *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*. Vol. 17.
- QdS_Quaderni del Ministero della Salute (2017). *Linee d'indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*. Vol. 26.
- Robin A.L. (2003). Behavioral family systems therapy for adolescents with anorexia nervosa. In A.E. Kazdin, J.R. Weisz (a cura di) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press, New York 358-373.
- Robin A.L., Siegel P.T., Koepke T., Moya A.W., Tice S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 15, 2, 111-116.
- Safran J.D., Segal Z. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Basic Books, New York.
- Schmidt U., Treasure J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol* 45, 3, 343-66.

INDICE

INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA	
di Armando Cotugno	XI
RINGRAZIAMENTI	XIX
PREFAZIONE ALLA SECONDA EDIZIONE	
di Gerald Russell	XXI
PREFAZIONE ALLA PRIMA EDIZIONE	
di Gerald Russell	XXV
PREFAZIONE	1
CAPITOLO 1.	
INTRODUZIONE E CONTESTO. ELEMENTI DI BASE SULL'ANORESSIA NERVOSA	3
Obiettivo del manuale	3
Panoramica sull'anorexia nervosa negli adolescenti	5
Studi di esito dei trattamenti per l'anorexia nervosa	13

Riassunto	13
-----------	----

CAPITOLO 2.

IL TRATTAMENTO BASATO SULLA FAMIGLIA PER L'ANORESSIA NERVOSA 15

Revisione specifica della letteratura sulla terapia familiare	15
Il trattamento basato sulla famiglia e sviluppo del presente manuale	18
Introduzione al trattamento basato sulla famiglia	23
Candidati appropriati a questo trattamento	26
A chi è rivolto questo manuale?	29
L'équipe di cura	29
Riassunto	31

CAPITOLO 3.

FASE I: VALUTAZIONE INIZIALE E ORGANIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO 37

Valutazione degli adolescenti con anoressia nervosa	37
Organizzazione del trattamento	47
Riassunto	51

CAPITOLO 4.

SEDUTA 1: IL PRIMO INCONTRO

	52
Pesare la paziente	54
Accogliere la famiglia in modo caldo ma serio	55
Raccogliere la storia della malattia coinvolgendo ogni membro della famiglia	57
Separare la malattia dalla paziente	58
Enfatizzare la gravità della malattia e le difficoltà della guarigione	61
Investire i genitori del compito di ripristinare il peso della paziente	63
Preparazione della seduta successiva con il pasto familiare e conclusione della prima seduta	65
Conclusione della seduta	65
Punti per la revisione della seduta 1	66

CAPITOLO 5.

LA SEDUTA 1 IN PRATICA

	69
Storia clinica	69
Pesare la paziente	70
Accogliere la famiglia in modo caldo ma serio	70
Raccogliere la storia della malattia coinvolgendo ogni membro della famiglia	71
Separare la malattia dalla paziente	77
Enfatizzare la gravità della malattia e le difficoltà della guarigione (continuando a separare la malattia dalla paziente)	79
Investire i genitori del compito di ripristinare il peso della paziente	81
Preparazione al pasto familiare della seduta successiva e conclusione della seduta	83

CAPITOLO 6.

SEDUTA 2: IL PASTO FAMILIARE	85
Pesare la paziente	86
Raccogliere la storia e osservare i modelli familiari nella preparazione dei pasti, il porzionamento del cibo e le discussioni familiari intorno al suo consumo, in particolare per ciò che riguarda la paziente	86
Aiutare i genitori a convincere la figlia a “mangiare un boccone in più” di quanto è disposta a fare o aiutare i genitori a trovare il modo migliore per normalizzare l'alimentazione e per promuovere l'aumento di peso	88
Allineare la paziente al livello dei fratelli, al fine di favorire un sostegno al di fuori dei pasti	90
Conclusione della seduta	92
Revisione della seduta	92
Punti per la revisione della seduta 2	92

CAPITOLO 7.

LA SEDUTA 2 IN PRATICA	97
Storia clinica	97
Pesare la paziente	98
Raccogliere la storia e osservare i modelli familiari nella preparazione dei pasti, il porzionamento del cibo e le discussioni familiari intorno al suo consumo, in particolare per ciò che riguarda la paziente	98
Aiutare i genitori a convincere la figlia a “mangiare un boccone in più” di quanto è disposta a fare o aiutare i genitori a trovare il modo migliore per normalizzare l'alimentazione e per promuovere l'aumento di peso	110
Sostenere l'autonomia e lo sviluppo dell'adolescente	117
Conclusione della seduta	120

CAPITOLO 8.

PROSECUZIONE DELLA FASE I (SEDUTE 3-10)	121
Pesare la paziente all'inizio di ogni seduta	122
Dirigere, reindirizzare e concentrare la discussione terapeutica sul cibo, i comportamenti alimentari e la loro gestione fino a che le preoccupazioni e i comportamenti relativi a cibo, alimentazione e peso corporeo non saranno diminuiti	124
Discutere, sostenere e aiutare gli sforzi della diade genitoriale nel promuovere il ripristino del peso	126
Discutere, sostenere e aiutare la famiglia nella valutazione degli sforzi compiuti dai fratelli per aiutare la sorella malata	127
Continuare a modulare gli atteggiamenti critici di genitori e fratelli	129
Continuare a distinguere la paziente e i suoi interessi da quelli dell'AN	131
Revisionare l'andamento della terapia con l'équipe di cura	133
Punti per la revisione delle sedute 3-10	133

CAPITOLO 9.

LA SEDUTA 8 IN PRATICA	146
------------------------	-----

Il contesto clinico	146	
Pesare la paziente all'inizio di ogni seduta	147	
Discutere, sostenere e aiutare gli sforzi della coppia genitoriale a farsi carico del ripristino del peso	149	
Guidare, reindirizzare e focalizzare la discussione terapeutica su cibo, comportamenti alimentari e loro gestione fino a ridurre le preoccupazioni su cibo, peso e comportamenti alimentari	151	
Continuare a modulare il criticismo di genitori e fratelli	156	
Continuare a separare l'adolescente e i suoi interessi da quelli dell'anoressia nervosa	158	
Discutere, sostenere e aiutare la famiglia ad apprezzare gli sforzi dei fratelli nell'aiutare la sorella affetta da AN	163	
Concludere tutte le sedute sottolineando i progressi ottenuti	172	

CAPITOLO 10.

FASE II: AIUTARE L'ADOLESCENTE A MANGIARE AUTONOMAMENTE

(SEDUTE 11–16)	173	
Riassunto della fase II	173	
Come il terapeuta valuta che la famiglia è pronta per la fase II	175	
Come l'équipe di cura si modifica durante la fase II	175	
Pesare la paziente	177	
Continuare a sostenere e assistere i genitori nella gestione dei sintomi del disturbo alimentare finché la paziente non dimostri di essere in grado di alimentarsi adeguatamente e di aumentare di peso in modo autonomo	177	
Assistere i genitori e l'adolescente nel negoziare la restituzione della gestione dei sintomi del disturbo alimentare all'adolescente	179	
Incoraggiare la famiglia a esaminare i rapporti tra problematiche adolescenziali e sviluppo dell'AN nella loro figlia	180	
Continuare a modulare il criticismo di genitori e fratelli nei confronti della paziente, specialmente in relazione al compito di restituire il controllo dell'alimentazione all'adolescente	181	
Continuare a guidare i fratelli nel compito di sostenere la sorella malata	182	
Continuare a evidenziare le differenze tra le idee e i bisogni propri dell'adolescente e quelli dell'anoressia nervosa	183	
Chiudere la seduta con un rinforzo positivo	183	
Revisione di fine seduta	184	
Questioni da analizzare durante la fase II	184	
Conclusione della fase II	187	

CAPITOLO 11.

LA FASE II IN PRATICA	188	
Il contesto clinico	188	
Pesare la paziente	189	

Continuare a sostenere e assistere i genitori nella gestione dei sintomi del disturbo alimentare finché la paziente dimostri di essere in grado di alimentarsi adeguatamente e di aumentare di peso in modo autonomo	190
Assistere i genitori e l'adolescente nel negoziare la restituzione della gestione dei sintomi del disturbo alimentare all'adolescente	191
Continuare a evidenziare le differenze tra idee e bisogni propri dell'adolescente e quelli dell'AN	195
Incoraggiare i genitori a esaminare i rapporti tra problematiche adolescenziali e sviluppo dell'AN nella figlia	199
Concludere le sedute con un rinforzo positivo	202

CAPITOLO 12.

FASE III: I COMPITI DELL'ADOLESCENTE (SEDUTE 17–20)	204
Requisiti per la fase III	205
Elementi di base sullo sviluppo adolescenziale e l'anoressia nervosa	206
Il lavoro d'équipe nella fase III	209
Riesaminare le problematiche adolescenziali con i familiari e formulare delle strategie di <i>problem solving</i> per affrontarle	209
Coinvolgere la famiglia nella “disamina” delle problematiche	210
Delineare ed esplorare le tematiche adolescenziali	211
Verificare quanto i genitori stiano riprendendo la loro vita di coppia	212
Pianificare le strategie per possibili problematiche future	213
Conclusione del trattamento	214
Questioni da analizzare durante la fase III	215

CAPITOLO 13.

LA FASE III IN PRATICA	217
Il contesto clinico	217
Riesaminare le problematiche adolescenziali con i familiari e formulare delle strategie di <i>problem solving</i> per affrontarle	220
Coinvolgere i genitori nella “disamina” delle problematiche adolescenziali	224
Delineare ed esplorare le tematiche adolescenziali	226
Verificare quanto i genitori stiano riprendendo la loro vita di coppia	232
Pianificare le strategie per possibili problematiche future	234
Riassumere la seduta	236

CAPITOLO 14.

SINTESI DI UN CASO CONCLUSO	237
Illustrazione del caso	237
Questioni cliniche e sommario	250

CAPITOLO 15.

POSSIBILI SVILUPPI DEL TRATTAMENTO BASATO SULLA FAMIGLIA.

FORMAZIONE, DIVULGAZIONE, PRATICA CLINICA E RICERCA	251
Formazione	251
Diffusione e implementazione del trattamento basato sulla famiglia nei diversi setting clinici	254
Futuri sviluppi della ricerca sul trattamento basato sulla famiglia	259
Trattamento basato sulla famiglia e sostegno pubblico e istituzionale	261
BIBLIOGRAFIA	263
INDICE ANALITICO	275

INTRODUZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA

Armando Cotugno

È un grande piacere per me presentare al lettore italiano la traduzione di *Anoressia nervosa. Manuale del trattamento basato sulla famiglia* elaborato da J. Lock e D. Le Grange. Sebbene la psicoterapia sia da sempre considerata il trattamento d'elezione per la cura dell'anoressia nervosa, le principali linee guida nazionale e internazionali (APA 2005; NICE 2004, 2017; RANZCP 2014; ISTISAN 2013; QdS 2013, 2017) sottolineano come nel caso delle pazienti con malnutrizione per difetto "l'efficacia di specifici interventi psicoterapici finalizzati al recupero del peso rimane molto incerta" (APA Guidelines 2005). In altre parole, il trattamento psicoterapeutico appare relativamente efficace nella cura dell'AN solo **dopo** che lo stato di malnutrizione, che costituisce il correlato organico del malfunzionamento psicologico, sia stato risolto attraverso un intervento per lo più riabilitativo residenziale o, nei casi più gravi, ospedaliero. *Anoressia nervosa* fornisce un protocollo d'intervento *evidence-based* che a mio avviso ha due grandi meriti: il primo è quello di consentire il trattamento ambulatoriale per le pazienti adolescenti affette da anoressia nervosa con malnutrizione medio-grave, senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero o residenziale, con il conseguente miglioramento della qualità della vita delle pazienti stesse; il secondo è quello di fornire un trattamento manualizzato, elettivamente orientato all'intervento precoce in adolescenza, che garantisce sia un miglior esito della cura che un minor rischio di recidive.

Ogni considerazione sul trattamento psicoterapeutico dell'anoressia nervosa non può eludere il dato epidemiologico che indica nella fascia di età compresa tra i 13 e i 16 anni il periodo di massima incidenza di questo disturbo (Micali et al. 2013). L'intervento **precoce** nella cura dell'anoressia nervosa deve perciò considerare la specificità del funzionamento mentale adolescenziale, con tutte le drammatiche trasformazioni che interessano sia l'assetto corporeo che quello neurologico.

L'adolescenza costituisce una fase fondamentale nello sviluppo umano, seconda per importanza solo alla prima infanzia. In questo periodo di vita si realizzano transizioni evolutive assai significative, che interessano il livello psicologico, il livello corporeo e il livello socio-relazionale. Classicamente, l'adolescente è chiamato a costruire progressivamente la sua identità di persona adulta, attraverso relazioni tra pari ed esperienze qualitativamente nuove, separandosi lentamente dai legami affettivi familiari senza però perderne la connessione, al fine di garantirsi un senso di continuità e unicità, intensamente sollecitato dalle nuove esperienze di vita e dai cambiamenti fisiologici. Il processo di separazione e individuazione è caratterizzato da continue oscillazioni tra aperture al nuovo e necessità di trasformare i legami di appartenenza precedenti senza rotture irreparabili. Tutto questo è guidato dall'emergere di nuove competenze psicologiche e relazionali, che trovano nel processo di frontalizzazione cerebrale la sua base neurobiologica (Powell 2006). La recente ricerca clinica e neuropsicologica ha permesso di evidenziare come lo stato di malnutrizione tipico dell'anoressia nervosa, non ha solo ripercussioni d'interesse medico internistico (anomalie del ritmo cardiaco, alterazioni pressorie, alterazioni del metabolismo osseo, endocrinologiche ecc.), ma è causa di marcate interferenze del funzionamento psicologico in termini sia di elaborazione dell'informazione che di regolazione emotiva. In particolare, alcune caratteristiche premorbose, come la rigidità cognitiva, l'attenzione ai particolari, con conseguente difficoltà nel processo di sintesi, la difficoltà di elaborazione di stati mentali connessi a emozioni come la paura, la rabbia e la tristezza, appaiono peggiorate dallo stato di malnutrizione.

Sebbene l'anoressia nervosa sia stata spesso considerata un quadro clinico paradigmatico per l'esplorazione del complesso rapporto mente-corpo, il "corpo anoressico" è stato per lo più considerato nella sua accezione simbolico-mentale, diventando così più un "corpo-mentalizzato", piuttosto che essere un campo privilegiato per la comprensione di quei processi psicologici inscindibili dalle esperienze senso-motorie e che sono alla base della nostra "mente-incarnata". I detrattori della FBT spesso banalizzano l'attenzione al ripristino del peso corporeo, aspetto cardine di questo approccio, come esempio di un'eccessiva medicalizzazione del trattamento, focalizzato esclusivamente sugli aspetti sintomatici e comportamentali, piuttosto che sui meccanismi psicologici che sottendono il comportamento alimentare disturbato. In realtà, l'importanza dello stato di malnutrizione e le sue implicazioni su alcuni processi psicologici (preoccupazioni sul cibo, alterazioni della regolazione del senso di fame e sazietà, aumento del distress emotivo, alterazioni del funzionamento cognitivo e isolamento sociale) vennero analizzate in maniera dettagliata già negli anni '40 dal *Minnesota Starvation-Recovery Study* (Keys et al. 1950). Un'attenta analisi dei risultati del *Minnesota Study* è alla base del fondamentale contributo di Garner allo sviluppo dell'approccio cognitivo-comportamentale al trattamento dell'anoressia nervosa (Garner et al. 1997, Garner e Bemis 1982). La descrizione delle "inevitabili" conseguenze cognitive, emotive e comportamentali dello stato di malnutrizione ha consentito di riesaminare alcune caratteristiche del funzionamento mentale anoressico, che per molto tempo sono state considerate parte integrante del disturbo psicopatologico primario. In questa prospettiva, ristabilire un equilibrio biologico-nutrizionale diventa un aspetto imprescindibile per il cambiamento delle distorsioni cognitivo-emotive e per un ristabilimento del funzionamento psicologico.

Lo stato di malnutrizione non solo è alla base della compromissione organica e psicologica dell'adolescente affetta da anoressia nervosa, ma costituisce l'elemento centrale su cui si attiva la risposta del contesto familiare alla malattia: "È indubbio che la presenza di un disturbo del comportamento alimentare ha un notevole impatto sulla vita di una famiglia. Con il tempo tutto ciò che si muove intorno al cibo e al mangiare arriva a pervadere l'intera vita familiare. Di conseguenza, tutti i comportamenti familiari e le capacità di affrontare le normali situazioni ordinarie ne vengono profondamente influenzati" (Dare et al. 1990). Già alla fine dell'800 Charles Lasegue aveva osservato come la reazione del contesto familiare allo stato di malattia costituisse un importante meccanismo di mantenimento del comportamento anoressico: "La famiglia ha solo due metodi a disposizione che utilizza fino all'esasperazione: le suppliche e le minacce... e più aumenta la sollecitudine, più l'appetito diminuisce" (Lasegue 1874). Queste osservazioni per decenni hanno portato a ritenere i genitori "responsabili" della malattia anoressica del figlio, tanto da considerare l'allontanamento dell'adolescente dalla famiglia (parentectomia) un prerequisito imprescindibile per un corretto trattamento dell'anoressia in adolescenza (Charcot 1885, Gull 1874). Negli anni settanta, la ricerca sull'emotività espressa ha evidenziato come il rapporto malattia-comportamento genitoriale dovesse essere considerato anche nella direzione dell'impatto che la malattia stessa ha sui membri della famiglia e come la loro reazione abbia un peso clinicamente rilevante per il decorso delle malattie psichiatriche gravi (Leff e Vaughn 1885). La ricerca sull'emotività espressa, focalizzata principalmente sui fattori connessi al mantenimento e alle recidive della sintomatologia psicotica, si è poi estesa anche alla comprensione delle dinamiche relazionali delle "famiglie anoressiche", confermando le prime osservazioni cliniche fatte da Lasegue: ipercoinvolgimento emotivo e criticismo ("le suppliche e le minacce" descritte da Lasegue) caratterizzano la risposta del contesto familiare di fronte al disturbo anoressico dell'adolescente (Kyriacou et al. 2007, Schmidt et al. 2006).

L'intervento sulla reazione familiare aveva già caratterizzato alcuni approcci a orientamento cognitivista applicati alla terapia familiare, con sensibili miglioramenti del decorso (Robin 2003, Robin et al. 1994). Diversi interventi di marca cognitivista, dedicati al trattamento dei disturbi della regolazione emotiva in adolescenza,

fanno del coinvolgimento familiare un elemento imprescindibile per il buon esito della cura. A mio avviso il trattamento basato sulla famiglia (FBT) costituisce un'ulteriore integrazione tra approccio cognitivo-comportamentale e quello sistemico-familiare: in particolare appare coerente con i dati della ricerca sulla psicopatologia evolutiva, che mettono in evidenza come i processi di separazione e individuazione dell'adolescente siano intrinsecamente ingranati con i cambiamenti dello stile di cura genitoriale. Gli interventi di *empowerment genitoriale*, che negli ultimi anni hanno interessato anche il trattamento dell'adolescenza problematica, appaiono coerenti con l'impianto di base della FBT. In particolare, come il lettore potrà approfondire, l'assunzione di una forte funzione di cura, che riduca l'impotenza percepita dai genitori di fronte ai comportamenti della figlia malata, costituisce il *leit motiv* dell'intervento terapeutico, orientato a ridurre l'inevitabile reazione di ipercoinvolgimento emotivo e criticismo che caratterizza l'atteggiamento genitoriale. Ho scritto, e non a caso, "inevitabile": è probabile che quest'affermazione possa sembrare al lettore troppo perentoria e generare una comprensibile perplessità. Di seguito cercherò di argomentare in modo più dettagliato in che senso la reazione genitoriale, in termini d'ipercoinvolgimento emotivo e criticismo, sia in qualche modo "inevitabile", anche perché questo consentirà di comprendere meglio la grande efficacia di una manovra terapeutica del protocollo FBT: l'esternalizzazione della malattia anoressica. Dobbiamo partire dalla comprensibile reazione emotiva che i genitori di una ragazza anoressica in genere esprimono fin dai primi colloqui di valutazione: la paura che la figlia possa morire. Il paradosso che l'anoressia nervosa pone di fronte ai genitori è che la figlia sta rischiando di morire a causa di un comportamento restrittivo da lei stessa agito. I contributi clinici di Liotti sul ruolo dei sistemi motivazionali interpersonali nella comprensione del comportamento umano normale e patologico ci consentono di comprendere lo stallo relazionale in cui è immersa la famiglia di un'adolescente anoressica (Liotti 1994, 2001). Sappiamo, anche dalla semplice osservazione etologica, che di fronte a una condizione di pericolo il comportamento di cura è orientato da due motivazioni principali: la protezione della prole di fronte al pericolo e l'attacco alla fonte del pericolo. In questa condizione le strategie comportamentali che si attivano automaticamente, sulla base di aspetti motivazionali innati e inevitabili, sono rappresentate *sia* dal comportamento di accudimento e protezione dei figli *che* dal comportamento aggressivo contro l'agente minaccioso. Nel caso dell'anoressia nervosa entrambe le strategie di difesa della prole sono rivolte allo stesso agente: la figlia/il figlio. In altre parole, la figlia/il figlio viene percepito automaticamente sia vittima che agente di minaccia, per cui il comportamento di cura si trova a oscillare quasi automaticamente tra accudimento e aggressività. È proprio questo inevitabile paradosso relazionale che, con altro linguaggio, veniva descritto nei suoi particolari dagli psichiatri di fine Ottocento, portando alcuni clinici a prediligere drastiche soluzioni terapeutiche come la parentectomia, al fine di limitare i danni di quello che oggi potremmo definire un ciclo cognitivo-interpersonale di mantenimento del disturbo (Safran e Segal 1990). Dal canto suo Lasegue, con sorprendente modernità di pensiero, sottolineava come fosse necessario considerare "... lo stato di malattia della paziente anoressica **sempre** in parallelo con le ansie e le preoccupazioni dei suoi familiari", cercando quindi di educare la famiglia a uscire dai "due metodi a disposizione che utilizza fino all'esasperazione: le suppliche e le minacce..." (Lasegue 1873).

Come la ricerca clinica in psichiatria e psicologia ha evidenziato negli ultimi decenni, uscire dai circoli comportamentali patogeni, spesso sottesi dall'attivazione automatica di motivazioni di base evolutivamente selezionate, richiede un'intensa attività di autoregolazione e autoriflessività metacognitiva. Ritengo che l'efficacia della FBT sia legata soprattutto alla capacità di "disincagliare" la risposta genitoriale dall'automatismo sopra descritto, consentendo di discriminare il "pensiero e comportamento anoressico" dai bisogni evolutivi di base dell'adolescente, permettendo così ai genitori di farsi carico transitoriamente dei bisogni della/del figlia/figlio che, a causa della malattia, non è in grado di realizzarli in maniera adattativa. Le affinità teoriche di fondo tra il protocollo FBT e alcuni interventi di *empowerment genitoriale* basati sulla teoria dell'attaccamento (Powell et al. 2016; Moretti et al. 2009, 2016) appaiono evidenti al clinico che, nel trattamento dei disturbi e delle problematiche adolescenziali, fa del coinvolgimento dei genitori una parte centrale della cura. A più di cent'anni dalle riflessioni di Lasegue, il lavoro, portato avanti dall'Eating Disorders Unit del Maudsley Hospital e dalla ricerca clinica coordinata da J. Lock e D. Le Grange, ha consentito di realizzare una serie di tecniche e strategie terapeutiche orientate alla riattivazione della cura genitoriale finalizzata a restituire un'autentica autonomia all'adolescente, rimettendolo "in carreggiata" lungo il suo itinerario di sviluppo. Il processo di ripristino del peso all'interno del contesto familiare si differenzia radicalmente da quello in ambiente ospedaliero o residenziale. La FBT consente una marcata ridefinizione dei meccanismi psicologici e comportamentali che sottendono le dinamiche familiari in condizioni di grande difficoltà, fornendo il contesto di cura per un'esperienza emotivamente correttiva per tutti i membri della famiglia, con cambiamenti che vanno ben al di là del focus dell'intervento. In altre parole, il raggiungimento del ripristino del peso dell'adolescente porta con sé una serie di cambiamenti psicologici individuali e relazionali, basati più sulla ricerca congiunta di nuove strategie di soluzione dei problemi piuttosto che su una mera esplorazione mentale delle difficoltà.

Ho iniziato a occuparmi di FBT alla fine del 2010: all'interno dell'Unità Operativa per i disturbi del comportamento alimentare (UOSD DCA ASL Roma1), da me diretta, si aprì un'intensa discussione intorno al caso

di Angela, una paziente di 16 anni affetta da anoressia nervosa. Angela era stata già ricoverata due volte a causa delle complicanze cardiache del suo grave stato di malnutrizione (BMI: 13,0-13,5) e solo l'insistenza dei genitori l'aveva condotta al mio servizio. Angela appariva chiusa, non collaborativa, concentrata solo sul suo percorso scolastico, peraltro costellato da risultati eccellenti. Dall'altra parte c'erano i genitori, portatori della domanda di cura, ma che mettevano in atto comportamenti caotici, caratterizzati prevalentemente da ipercoinvolgimento e da momenti di esasperazione e rabbia. Ricordo come alcuni miei colleghi sottolineassero il ruolo di marcata interferenza dei genitori, in particolare della madre, a causa delle loro richieste continue, velate critiche e confusione nei comportamenti di cura. Da poco avevo letto le ricerche cliniche sulla FBT e avevo cominciato a studiare la prima edizione del manuale. Avocai a me la gestione del caso, cominciando ad adattare il protocollo FBT alle caratteristiche organizzative del servizio. Parallelamente la paziente veniva monitorata sul piano psichiatrico e medico internistico con visite a cadenza regolare. Nell'arco di otto mesi Angela uscì dallo stato di grave malnutrizione, pur non avendo ancora raggiunto il 90% del peso corporeo ideale. Dopo circa 15 mesi dalla presa in carico, Angela raggiunse il suo peso fisiologico e conseguente ripresa del ciclo mestruale: il processo di miglioramento dello stato di nutrizione andò di pari passo con quello psicologico e con un miglioramento della regolazione emotiva e relazionale. Durante l'ultima fase della FBT, Angela iniziò un trattamento psicoterapico individuale che si protrasse per altri sei mesi dopo la conclusione della FBT. Da allora Angela non ha mai avuto recidive, si è laureata e svolge regolarmente e con successo la sua professione. Dopo il caso di Angela insieme ai professionisti della UOSD DCA ASL Roma1 abbiamo affinato la nostra competenza in FBT anche grazie a corsi specifici condotti da Daniel Le Grange. A oggi sono 42 i casi che hanno completato il trattamento FBT, con poco più dell'80% andati a buon esito (Cotugno e Vertucci 2016).

Nel presente manuale il lettore italiano potrà finalmente analizzare nel dettaglio le tecniche e le strategie terapeutiche che formano il corpus del protocollo *evidence-based* della FBT. Ritengo che la pubblicazione italiana del Manuale possa essere un contributo alla disseminazione di procedure che poggiano la loro credibilità su un'attenta verifica dell'efficacia terapeutica e su un continuo miglioramento delle pratiche cliniche destinate alla cura di adolescenti, il cui sviluppo è rimasto incagliato nell'anoressia nervosa che ancora costituisce la terza causa di morte nella popolazione giovanile dei paesi occidentali.

Bibliografia

- APA-American Psychiatric Association (2006). *Authors Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders*. Third Edition.
- Charcot J.M. (1885). De l'isolement dans le traitement de l'hysterie. *Progrès Medical* 13, II serie.
- Cotugno A., Vertucci P. (2016). Family-Based Treatment (FBT) nella cura dell'anoressia nervosa in adolescenza: principi di base e risultati di uno studio italiano. Atti Congresso SITCC, 2016.
- Dare C., Eisler I., Russell G.F., Szmuckler G.I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *J Marital Fam Ther* 16, 1, 39-57.
- Garner D.M., Bemis K.M. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 6, 2, pp. 123-150.
- Garner D.M., Vitousek K.M., Pike K.M. (1997). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa in Handbook of Treatment for eating Disorders*. Second Edition, Ed. D.M. Graner & P.E. Garfinkel. Guilford Publications, New York.
- Gull W.W. (1874). Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London* 7, 222-228.
- Keys A., Brozek J., Henschel A., Mickelsen O., Taylor H.L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Vol. I-II. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.
- Kyriacou O., Treasure J., Schmidt U. (2007). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: an examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *Int J Eat Disord* 41,1, 37-46.
- ISTISAN (2013). *Disturbi del comportamento alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Rapporti ISTISAN 13/6.
- Lasegue C. (1873). De l'anorexie hysterique. *Archives generales de Medicines*.
- Leff J., Vaughn C. (1985). *Expressed emotion in families*. The Guilford Press, New York.
- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Carocci, Roma.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza: psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo evolutivista*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Micali N., Hagberg K.W., Petersen I., Treasure J.L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *British Medical Journal_Open* doi: 10.1136/bmjopen-2013-002646
- Moretti M.M., Obsuth I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: the Connect program. *Journal of Adolescence* 32, 6, 1347-57.
- Moretti M.M., Obsuth I., Craig S.G., Bartolo T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: Mechanisms of change. *Attachment & Human Development* 17, 119-35.
- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2004). Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*.

- NICE – National Institute for Clinical Excellence (2017). Eating disorders: recognition and treatment. nice.org.uk/guidance/ng69. *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.*
- Powell B., Cooper G., Hoffman K., Marvin R. (2016). *The Circle of Security Intervention: Enhancing Attachment in Early Parent-Child Relationships*. The Guilford Press, New York. Tr. it. *Il circolo della sicurezza. Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*. Raffaello Cortina, Milano 2016.
- Powell K. (2006). Neurodevelopment: How does the teenage brain work? *Nature* 442, 865-867.
- RANZCP (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48, 11, 1-62.
- QdS_Quaderni del Ministero della Salute (2013). Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Vol. 17.
- QdS_Quaderni del Ministero della Salute (2017). Linee d'indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione. Vol. 26.
- Robin A.L. (2003). Behavioral family systems therapy for adolescents with anorexia nervosa. In A.E. Kazdin, J.R. Weisz (a cura di) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford Press, New York 358-373.
- Robin A.L., Siegel P.T., Koepke T., Moye A.W., Tice S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 15, 2, 111-116.
- Safran J.D., Segal Z. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Basic Books, New York.
- Schmidt U., Treasure J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol* 45, 3, 343-66.

Collana: Cognitivismo clinico

prezzo: € 30,00

Formato 16×24

Pagine 310

Pubblicazione: Ottobre 2018 - **ISBN:** 978-88-98991-76-1