

Terapia familiare e disturbi del comportamento alimentare nelle giovani pazienti: stato dell'arte

Family therapy and eating disorders in young female patients: state of the art

G. Abbate Daga, M. Quaranta, G. Notaro, C. Urani, F. Amianto, S. Fassino

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione Psichiatria, Università di Torino

Summary

Background and objective

Eating disorders essentially affect females in their adolescence and early adulthood. Lifetime prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa are respectively 0.9% and 1.5%¹. Due to the complexity of their pathogenesis, multidisciplinary approaches are required. Family Therapy is commonly recommended and implemented with adolescents with eating disorders. Nevertheless, a general agreement on the most effective approaches has not yet been reached.

This article aims to review the main scientific evidence concerning family-based therapy in eating disorders, to clarify its efficacy and pertinence in improving patients' symptoms and family relationship.

Methods

We searched the Medline database using eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa and family therapy as general keywords. Two authors separately reviewed papers satisfying all inclusion criteria. Patients were female adolescents and young adults aged between 12 and 22 years. Studies involving adult patients older than 22 years were excluded to minimize sample heterogeneity. Moreover, we excluded case reports, commentaries, studies published before 1987 or those with unclear methodology, as well as studies with less than 20 patients.

Results

18 studies respected inclusion criteria and were included in this analysis. Available evidence regarded anorexia nervosa almost exclusively; reviewed studies showed higher efficacy of family-therapy in some subgroups, i.e., younger patients and those with a short duration of illness. Evidence on bulimia nervosa is still lacking. Many controversies exist, especially on the role of family-based therapy during the early phases of treatment. Peculiar personality traits preclude its applicability and mandate for other types of intervention such as Cognitive Behaviour Therapy or Individual Supportive Therapy.

Conclusions

Data concerning the efficacy of family-based therapy applied to anorexia nervosa seem to be promising, but future research will need to focus on larger samples and possibly, on high-quality designs. With respect to bulimia nervosa, evidence is still poor and controversial. Current data do not enable us to formalize a correct analysis. Future research should clarify any specific role of family based-therapy in treating this complex disorder.

Key words

Eating disorders • Anorexia nervosa • Bulimia nervosa • Family therapy

Riassunto

Obiettivi

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono disturbi mentali che colpiscono prevalentemente il sesso femminile in adolescenza o precocemente nell'età adulta. La prevalenza lifetime dell'anorexia nervosa (AN) e della bulimia nervosa (BN) è rispettivamente dello 0,9 e dell'1,5%¹. Poiché la patogenesi dei DCA è complessa, sono richieste cure multidisciplinari. La terapia familiare è comunemente consigliata. Tuttavia occorre raggiungere un consenso più esteso su quali siano gli approcci terapeutici più efficaci.

Lo scopo di questo articolo è di effettuare una review della letteratura scientifica sulle terapie familiari, per chiarificare l'efficacia di tale trattamento sui sintomi e sulle dinamiche familiari.

Metodi

È stata effettuata una ricerca Medline con le parole *eating disorders*, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* e *family therapy*. Due

autori separatamente hanno selezionato gli articoli attinenti. Sono stati considerati articoli con adolescenti e giovani donne tra i 12 e i 22 anni. Studi su pazienti oltre i 23 anni sono stati esclusi per minimizzare la varietà del campione. Inoltre sono stati esclusi case report, commenti, lavori pubblicati prima del 1987 o studi con metodologia poco rigorosa o con campioni più piccoli di 20 soggetti.

Risultati

Sono stati considerati 18 studi che rispettavano i criteri di inclusione. La maggior parte dei lavori riguarda l'AN: gli studi evidenziano una più alta efficacia della psicoterapia familiare in alcuni sottogruppi: pazienti più giovani e con una breve durata del disturbo. L'evidenza di efficacia su pazienti affette da BN è ancora scarsa. Molti aspetti del trattamento rimangono ancora controversi, in particolar modo i criteri di selezione e la definizione dei fattori connessi al processo terapeutico: alcuni tratti di personalità potrebbero precludere l'applicabilità della psicoterapia familiare e suggerire altre tipologie di intervento.

Corrispondenza

G. Abbate Daga, Centro Pilota Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare, via Cherasco 11, 10126 Torino, Italia • Tel. 011 633 5749
• E-mail: giovanni.abbatedaga@unito.it

Conclusioni

I dati riguardo la psicoterapia familiare applicata all'AN sono incoraggianti, ma sono necessarie future ricerche su campioni più ampi e con studi RCT. Rispetto alla BN, le prove di efficacia sono ancora molto scarse e controverse: i dati attuali non consentono di formalizzare una conclusione esaustiva. Per entrambi i disturbi occorre effettuare nuove ricerche per studiare il

ruolo specifico dei fattori connessi all'efficacia del trattamento nei disturbi del comportamento alimentare.

Parole chiave

Disturbi del comportamento alimentare • Anoressia nervosa • Bulimia nervosa • Terapia familiare

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie complesse ad eziologia multifattoriale. Il modello eziopatogenetico di riferimento è quello biopsicosociale, che ne interpreta lo sviluppo come concomitante presenza di fattori biologici (predisposizione genetica), psicologici (fattori intrapsichici e sviluppo della personalità) oltre che fattori scatenanti di tipo socio-ambientale^{1,2}. Il trattamento dei disturbi alimentari è una sfida complessa e multidisciplinare, ove è indispensabile coinvolgere la famiglia nel percorso di cura, con l'obiettivo di migliorare le dinamiche disfunzionali del rapporto genitori-figlio, per garantire un ambiente adatto ad accogliere e supportare i cambiamenti dello stile di vita del paziente. Negli ultimi decenni, la terapia familiare ha acquisito rilevanza, risultando applicabile in vari ambiti della clinica, dalla Psichiatria alla Medicina Generale³. Nel campo dei disturbi alimentari, c'è un crescente corpo di evidenze che supporta la sua efficacia, anche se talvolta i risultati vanno interpretati alla luce delle difficoltà di condurre, con queste pazienti, studi che non siano gravati da alti tassi di dropout o rifiuto dei trattamenti proposti⁴. Le ricerche attuali confermano l'importanza del coinvolgimento familiare nel trattamento di soggetti adolescenti affetti da anoressia nervosa^{5,6}. D'altronde, è frequente il riscontro di difficoltà, da parte dei genitori, di comprendere ed interagire con il paziente. Vivere e prendersi cura di un soggetto affetto da disturbo alimentare si associa ad elevati livelli di stress psicologico e scarsa qualità di vita dei *carers*, soprattutto delle madri⁷. Per questo motivo, esiste un generale consenso nel suggerire un supporto familiare anche in pazienti più adulte⁸. Anche le Linee Guida della NICE (*National Institute for Health and*

Clinical Excellence), pubblicate nel 2004, raccomandano, con un livello di evidenza B, l'utilizzo della terapia familiare in pazienti adolescenti e preadolescenti affette da anoressia nervosa⁹. Recentemente¹⁰ l'*Academy of Eating Disorder* ha ribadito l'utilità del coinvolgimento dei familiari nelle terapie, proponendo anche altre forme di intervento oltre alla terapia familiare strutturata (supporto psicologico e educativo ai familiari) e ricordando che i genitori non sono comunque la primaria o unica causa dell'origine del disturbo alimentare delle figlie. Infatti il ruolo dei genitori come fattore di rischio per lo sviluppo di un DCA è ancora largamente da definire: gli studi longitudinali metodologicamente corretti sono pochi e controversi, ed evidenziano talora la presenza, talora l'assenza di elementi patogeni premorbosi (per una breve review vedi^{10,11}).

La terapia della famiglia è stata inizialmente applicata nel trattamento di pazienti anoressiche e, partendo dai miglioramenti ottenuti, successivamente è stata adattata per trattare soggetti con bulimia nervosa¹². Tuttavia, gli studi in proposito sono scarsi.

Benché la raccomandazione di effettuare tale intervento, presente all'interno delle Linee Guida^{9,13}, sia un segnale chiaro, non vi è ancora sufficiente accordo sulle tecniche e sulle modalità più efficaci. Questa review si propone di analizzare le correnti evidenze in chiave critica, per fornire un'interpretazione utile a definire lo stato dell'arte e le prospettive future.

Materiali e metodi

Fonte dei dati e selezione degli studi

La ricerca è stata condotta sul database *Medline*. Sono

TABELLA I.
Criteri di miglioramento. *Improvement criteria.*

Anoressia	Bulimia
Aumento di peso	Astinenza da condotte Binge purging
Scomparsa del criterio Amenorrea	Frequenza episodi Binge purging
Punteggi ottenuti alle scale di Morgan-Russell	Punteggi ottenuti alle scale di Morgan-Russell
Cambiamenti psicologici individuali	Cambiamenti psicologici individuali
Risultati ottenuti all'EDE (Eating Disorder Examination)	Risultati ottenuti all'EDE (Eating Disorder Examination)

stati selezionati studi che rispondessero ai seguenti criteri di inclusione:

- anno di pubblicazione compreso tra il 1987 e il 2009;
- articoli in lingua inglese;
- studi che analizzassero in maniera specifica l'intervento di terapia familiare o modificazioni validate dello stesso, paragonandone l'efficacia tramite un confronto con altri tipi di terapia;
- campione di studio costituito da pazienti di sesso femminile preadolescenti, adolescenti e giovani adulte (12-22 anni), con diagnosi di anoressia o bulimia nervosa formulata secondo i criteri diagnostici del DSM-IV;
- chiara descrizione dei fattori di miglioramento clinico al termine della terapia familiare, suddivisi per diagnosi, come riassunto in Tabella I.

Per eseguire la ricerca bibliografica, sono state utilizzate le seguenti parole chiave: anoressia, bulimia, disturbi alimentari, terapia familiare.

È stata condotta una ricerca computerizzata e manuale dalla sezione della bibliografia degli studi inclusi nella ricerca.

La diversità dei campioni di studio, della definizione dell'outcome e della durata della terapia e la mancanza di una specifica manualizzazione dell'intervento, ha reso impossibile condurre una Metaanalisi. Per questo motivo è stata condotta una review critica, complessiva e descrittiva dei principali studi attinenti. Sono stati infine definiti i criteri di esclusione:

- articoli di revisione della letteratura;
- case report;
- commentary;
- studi con una casistica insufficiente (meno di 20 soggetti);
- articoli precedenti al 1987;
- articoli con definizione poco chiara della metodologia d'indagine, della composizione del campione o dei risultati.

La ricerca bibliografica si è concentrata su elementi specifici, per sistematizzare l'ampia letteratura presente:

- le percentuali di miglioramento globale;
- la distinzione tra miglioramento clinico e modificazione degli aspetti psicologici;
- i risultati ottenuti al follow-up, quando presenti;
- ulteriori fattori analizzati, come predittori precoci di miglioramento, durata del trattamento; modificazioni dell'impianto metodologico iniziale per verificarne l'applicabilità.

Definizione di terapia familiare

La tecnica di terapia familiare utilizzata negli studi scientifici analizzati fa riferimento al Modello sviluppato presso il

Maudsley Hospital di Londra da Christofer Dare e Ivan Eisler e successivamente manualizzata da alcuni ricercatori dell'Università di Palo Alto (California)¹⁴. Questa terapia si articola in tre momenti fondamentali. Durante la prima fase, i genitori sono invitati ad occuparsi della rialimentazione del figlio, con la partecipazione del terapeuta. Ottenuto il primo obiettivo, in termini di recupero ponderale, si passa alla fase successiva, in cui vengono esplorate le dimensioni relazionali, per riportare gradualmente la responsabilità della gestione dell'alimentazione al figlio. Vengono affrontate in questa fase le tensioni presenti all'interno della famiglia. Il focus è spesso rappresentato dal bisogno di indipendenza del figlio e dalla necessità di riorganizzare la coppia genitoriale affinché si adatti al cambiamento. Il terzo ed ultimo stadio si concentra sulla definitiva restituzione al figlio del controllo sull'alimentazione.

Questo approccio deriva da due modelli precedentemente teorizzati: il modello strutturale e quello strategico. Nel modello strutturale i sintomi dell'anoressia vengono concepiti come tratti che mantengono i processi familiari patologici: l'invischiamento, l'iperprotezione, l'evitamento del conflitto e la rigidità. Gli interventi proposti agiscono a vari livelli: viene effettuato, ad esempio, un pranzo familiare sotto la supervisione di un terapeuta, che osserva ed in seguito tenta di incrementare il grado di autorità genitoriale e superare i conflitti inappropriati che nascono tra figli e genitori; si propone, inoltre, di sviluppare il sottosistema dei fratelli¹⁵. Esso infatti permette al soggetto, quando siano presenti all'interno della famiglia fratelli o sorelle, di sperimentare dinamiche significative quali la contrattazione, la cooperazione e la competizione, alcune delle quali rivestono un ruolo nella patologia. L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a lavorare su un rapporto di reciprocità che promuove il senso di appartenenza ad un gruppo, il senso delle alternative e della propria identità, anche in rapporto con gli altri.

Per quanto riguarda invece l'approccio strategico, esso è meno focalizzato sull'impatto che i sintomi della patologia alimentare hanno sul funzionamento familiare. L'assunto di base è che il sistema familiare abbia la "necessità" del problema per mantenere il suo equilibrio¹⁶. Entrambi i modelli utilizzano una modalità non direttiva, che mira ad incoraggiare le famiglie stesse ad esplorare, osservare e suggerire cambiamenti possibili dei loro comportamenti. Per entrambi i Modelli si può parlare di terapia basata sulla famiglia (*family-based therapy*); quest'ultima coinvolge l'intero nucleo familiare e riconosce le sue origini nella teoria dei sistemi, che rappresenta la famiglia come partecipazione di diverse unità (o sistemi), che si relazionano all'interno del sistema famiglia con interazioni molteplici. La scuola sistemica prende in considerazione gli eventi come generati da un insieme di concause, che agiscono per mezzo di una relazione; si crea, in questo modo, un sistema che segue un andamento circolare e non lineare.

Risultati

Sono stati analizzati 18 studi, considerati attinenti ai criteri di inclusione.

La letteratura esistente è molto ampia, tuttavia sono ancora insufficienti gli studi attendibili e di buona qualità. Attraverso le parole chiave, dopo un'iniziale esclusione degli studi con argomenti non strettamente attinenti alla terapia familiare applicata ai disturbi alimentari, sono stati trovati 39 studi. Di questi, 21 sono stati esclusi perché non attinenti ai criteri d'inclusione.

Il numero di soggetti inclusi varia da 20 a 92 soggetti.

Gli studi attinenti sono così composti: 11 trial randomizzati e controllati, 5 studi prospettici longitudinali, 1 studio retrospettivo ed infine 1 studio trasversale.

A livello metodologico, tra gli studi condotti su pazienti anoressiche, 5 hanno indagato l'efficacia della terapia familiare, anche attraverso il confronto con altri tipi di intervento¹⁶⁻²¹; 4 hanno sperimentato modificazioni della tecnica standard di FBT (*family based therapy*)^{6,22-24}, 1 studio ha indagato l'applicabilità e le differenze tra pazienti adolescenti e preadolescenti²⁵ e 2 hanno valutato la presenza di fattori predittivi precoci di risposta alla terapia^{26,27}.

Relativamente agli studi su pazienti anoressiche, nel 78% dei casi l'intervento di terapia familiare standard, o una delle sue modificazioni, risultava più efficace dell'intervento comparativo. Nel restante 22% dei casi l'efficacia era sovrapponibile all'intervento di controllo.

Per quanto riguarda invece la bulimia nervosa, 3 studi hanno confrontato la terapia familiare con differenti forme di terapia individuale²⁸⁻³⁰, 1 ha indagato le motivazioni del criticismo espresso dalle pazienti verso la terapia familiare³¹; 1 studio si è occupato dei fattori predittivi precoci³². Uno studio invece ha valutato l'applicabilità di un intervento breve paragonato ad uno di durata standard³³. Di seguito una breve descrizione degli studi.

Il punto di partenza di numerose indagini successive è stato lo studio condotto da Russell del 1987¹⁷: si tratta di uno studio comparativo in cui vengono ricercate differenze tra terapia familiare di indirizzo sistemico e terapia supportiva individuale, in un campione misto costituito da 80 pazienti. La terapia familiare si dimostrava più efficace della terapia individuale, quando proposta a pazienti con patologia non cronicizzata ed un'età inferiore a 19 anni. Nel 1997 Eisler¹⁸ consolida questo riscontro studiando i risultati a lungo termine (follow-up a 5 anni), in un campione di 80 pazienti affette da anoressia nervosa suddiviso in quattro gruppi prognostici. I dati confermano che perdurano risultati migliori in pazienti giovani e con breve storia di malattia. Nel 2000, Eisler et al.⁶ studiano per la prima volta eventuali differenze tra un intervento familiare in cui famiglia e paziente vengono trattati nella stessa seduta o separatamente. Nelle misure globali di

outcome, i due interventi risultano del tutto paragonabili, eccetto alcune differenze: i cambiamenti sintomatologici sono più spiccati nel gruppo di pazienti trattate separatamente, mentre si evidenziano maggiori cambiamenti nella sfera psicologica delle pazienti trattate con terapia congiunta. Entrambe le forme di intervento apportano significativi modificazioni al livello familiare di Emotività Espressa. Quando però, all'interno della famiglia, c'è un elevato livello di criticismo, risultano più efficaci le sedute separate. Al follow-up condotto cinque anni dopo²², viene confermata l'efficacia della terapia familiare nel campione di studio, senza differenze sostanziali tra i due approcci. Lo studio suggerisce di evitare la terapia congiunta almeno nelle prime fasi, quando presente un elevato livello di criticismo da parte dei genitori.

Uno studio retrospettivo del 2006²⁵, ha indagato l'applicabilità della terapia familiare in preadolescenti (età media 12 anni) e adolescenti con diagnosi di anoressia. I dati sono stati ottenuti tramite una ricerca di casi sottoposti a terapia familiare tra il 1998 e il 2005. I soggetti preadolescenti avevano all'inizio della terapia condotte alimentari più patologiche della controparte di pazienti adolescenti; tuttavia, nel corso della terapia, i preadolescenti raggiungevano un peso adeguato con miglioramenti ingenti della sintomatologia, confermati anche dai punteggi ottenuti all'EDE (*Eating Disorder Examination*). Anche in questo caso, la terapia familiare appare efficace in pazienti adolescenti e preadolescenti.

Uno studio del 2000 si è concentrato sull'aumento di peso e sulla modificazione degli aspetti psicosociali, attraverso il confronto tra terapia familiare e psicoeducazionale. I risultati dimostrano che entrambe le terapie sono efficaci per ristabilire il peso corporeo, non vengono inoltre riscontrate differenze significative nel miglioramento della psicopatologia alimentare e non alimentare e del funzionamento familiare globale¹⁹. Già durante l'anno precedente, uno studio randomizzato e controllato, ha paragonato la terapia familiare ad indirizzo sistemico con una terapia ego-orientata, in cui l'adolescente veniva visto separatamente dal resto della famiglia. Entrambi gli interventi sembrano efficaci nel trattare soggetti adolescenti affetti da anoressia nervosa, anche se la terapia familiare raggiunge il target terapeutico in tempi più brevi²⁰.

Uno studio recente²⁷, si è occupato di individuare fattori in grado di influenzare precocemente la risposta al trattamento familiare. È stato visto che le pazienti anoressiche che non mostrano un precoce recupero ponderale, giungono ad esiti peggiori della terapia. Prima di questo studio, un lavoro di Lock et al. aveva riscontrato che l'aumento di peso raggiunto durante le sedute 2, 9 e 10 del trattamento, è da considerare un fattore predittivo positivo²⁶. Assodata l'efficacia della terapia familiare, è stata studiata l'eventuale applicabilità di un intervento breve (6 mesi), paragonato a sedute standard di trattamento (della

durata complessiva di circa un anno). Al follow-up ad un anno i due interventi non mostrano differenze sostanziali, tranne che in caso di soggetti con gravi atteggiamenti alimentari di tipo ossessivo, che beneficiano maggiormente di un intervento di lunga durata²⁶. È stata anche proposta una modificazione del modello standard di terapia familiare, in una recente sperimentazione che ne ha valutato gli effetti: sono stati organizzati colloqui tra genitori che cominciavano il percorso di terapia e genitori che l'avevano appena concluso²³. L'intento era quello di mettere a disposizione della famiglia un'ulteriore risorsa terapeutica³⁴, rappresentata dalla solidarietà tra genitori. Tale ipotesi si è dimostrata corretta; l'opzione correlava, infatti, con percorsi di trattamento più efficaci rispetto alla tecnica standard. Uno studio pilota svedese, infine, ha valutato i risultati a due step di follow-up, il primo a 18 mesi ed il secondo a 36, dopo aver sottoposto un campione di pazienti Anoressiche adolescenti, insieme con i loro familiari, ad un percorso di terapia. I risultati pongono, ancora una volta l'accento sull'efficacia di questa tecnica: al follow-up condotto a 36 mesi, infatti, il 75% delle pazienti erano in completa remissione, con una diminuzione significativa della sintomatologia alimentare e della psicopatologia; riferivano inoltre un'atmosfera meno distante e caotica all'interno della famiglia²¹.

Per quanto riguarda la bulimia nervosa, invece, la ricerca nel campo della terapia familiare è ancora insufficiente; gli studi pubblicati in letteratura analizzano generalmente piccoli campioni di pazienti e giungono a risultati controversi. Le Grange, nel 2003, sostiene che le prime evidenze sembrano incoraggianti⁸. Le similitudini cliniche esistenti tra il sottotipo binge-purging dell'anoressia e la bulimia nervosa, hanno fatto ipotizzare che gli stessi miglioramenti ottenuti con anoressiche binge-purging si verificherebbero nelle pazienti bulimiche²². Tuttavia, in uno studio pubblicato sull'*American Journal of Psychiatry*, il confronto tra terapia familiare e CBT ha dimostrato la superiorità della seconda in termini di costo-beneficio, oltre che per il minor tempo necessario ad ottenere la diminuzione delle abbuffate ed un maggior grado di accettazione da parte delle pazienti²⁸. A questo proposito, è stato fatto uno studio interessante: 85 pazienti bulimiche o affette da disturbo alimentare non altrimenti specificato, sono state sottoposte ad un'intervista per comprendere le motivazioni dell'atteggiamento oppositivo dimostrato durante il coinvolgimento dei familiari nel percorso di cura. È emerso che le pazienti che si rifiutavano di coinvolgere i genitori erano significativamente più adulte, con disturbo già cronico ed esibivano un quadro clinico caratterizzato da comorbidità e atteggiamenti impulsivi; i familiari inoltre, soprattutto le madri, mostravano livelli maggiori di emotività espressa³¹.

In uno studio randomizzato e controllato, è stata paragonata la terapia supportiva individuale alla terapia fa-

miliare, in un campione di 80 pazienti di età compresa tra i 12 e i 19 anni; i risultati ottenuti depongono a favore della terapia familiare per migliorare i sintomi cardine della bulimia. In questo studio è stato visto non solo che le pazienti sottoposte a terapia familiare miglioravano di più, ma anche che i miglioramenti si verificavano in un arco di tempo più breve²⁹. Lo stesso gruppo ha poi analizzato eventuali fattori predittivi precoci di remissione: è emerso che la riduzione delle abbuffate durante la sesta seduta di terapia familiare o supportiva, può essere considerata un fattore predittore positivo³².

È stata poi studiata l'efficacia di questo trattamento in pazienti bulimiche, con uno studio randomizzato e controllato, quando a partecipare erano entrambi i genitori o uno solo. I risultati ottenuti dimostrano che apparentemente non ci sono differenze in termini di efficacia tra i due gruppi³³.

Esplorando le caratteristiche della terapia familiare, è stata studiata la predisposizione alla cura ed il grado di accettazione da parte di soggetti adolescenti³⁰ paragonandolo alla terapia supportiva individuale. Contrariamente alle aspettative, anche i soggetti adolescenti che ricevevano il trattamento congiunto, sviluppavano una forte alleanza con il terapeuta. In ogni caso, la terapia della famiglia nella bulimia sembra ottenere migliori risultati quando è presente una sintomatologia meno spiccata, ovvero quando la paziente è meno grave²⁹.

Discussione

Anoressia nervosa

Complessivamente la Letteratura concorda sull'efficacia della terapia familiare in pazienti adolescenti anoressiche; gli studi più recenti non solo ne ribadiscono l'utilità, tramite il confronto con altri approcci, ma sperimentano modificazioni del modello di base.

Esistono numerosi centri di ricerca che utilizzano la terapia familiare; tuttavia, spesso gli operatori adattano tale intervento ai loro pazienti e alle specifiche esigenze terapeutiche e solo pochi autori chiedono di pubblicare i dati ottenuti. Questo limite è in parte giustificato dal fatto che, fino a pochi anni fa, il modello ideato presso il Maudsley Hospital non era mai stato sistematizzato in forma scritta. La lacuna è stata colmata dai ricercatori dell'Università di Palo Alto, California, in collaborazione con il gruppo di Londra¹⁴. La manualizzazione ha consentito di replicare la tecnica proposta dal Maudsley Hospital, favorendo la confrontabilità degli studi.

Una visione d'insieme dei lavori analizzati, dimostra come la gran parte degli studi di buona qualità, siano condotti da tre gruppi principali: il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Chicago, la Sezione relativa

ai Disturbi Alimentari del King's College di Londra e il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Stanford, California. Si tratta infatti di studi randomizzati e controllati con un discreto numero di partecipanti. È tuttavia da notare che sarebbe necessari studi comparativi provenienti da altri gruppi per verificare l'estensibilità degli effetti terapeutici dimostrati. Inoltre occorrerebbero anche studi su ampia popolazione in un setting naturalistico di trattamento. È noto che nella cura di anoressia e bulimia i tassi di dropout risultano complessivamente molto elevati (raggiungono, talvolta, anche il 50% in campioni di soggetti adulti. Per una review vedi ³⁵); tale problematica può facilmente falsare i risultati degli studi randomizzati controllati che generalmente includono pazienti più motivati ed escludono dall'analisi statistica i dropout ⁴. Tuttavia, per quanto riguarda i campioni di pazienti adolescenti, la percentuale complessiva di drop out appare in generale più bassa (intorno al 10%). Questo dato può essere ragionevolmente compreso alla luce del fatto che per tali pazienti l'intervento dei genitori, per favorire la continuazione del percorso di cura, può essere un elemento importante ⁴, fatto che già di per sé suggerisce di coinvolgere la famiglia degli adolescenti.

La totalità degli studi che si sono occupati di analizzare campioni di pazienti adolescenti e preadolescenti, è in accordo sulla validità della terapia familiare, dall'analisi complessiva, però, emergono alcune tematiche prevalenti:

Per quanto riguarda l'anoressia nervosa, la terapia familiare è più efficace di altre forme di terapia individuale, soprattutto in soggetti giovani (età inferiore a 19 anni) e con breve storia di malattia (inferiore a 3 anni) ^{17 18 21 25}.

In termini pratici, però, sembra che il coinvolgimento della famiglia abbia riscontri positivi in ogni sua forma: sono infatti, paragonabili i risultati ottenuti da terapie di tipo psicoeducazionale, da cicli di terapia breve della durata di sei mesi e da sessioni di terapia familiare, sia attuate con paziente e familiari insieme che separatamente ^{19 20 24 27}.

Rimane da definire se ci sia una reale utilità nel condurre l'intero percorso. Esso ha durata di circa un anno, con conseguente ingente utilizzo di tempo e risorse. Ci si domanda quindi se non basterebbe un intervento più breve e mirato, dato che gli studi preliminari sembrano non trovare differenze significative tra un percorso lungo ed uno breve tranne in qualche eccezione (per esempio in pazienti con tratti ossessivo-compulsivi). Non sempre, infatti, è possibile attuare un intervento così complesso e di lunga durata. A tal proposito, il Centro CPR DCA dell'Università di Torino, ha intrapreso una sperimentazione proponendo ai genitori delle pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare, in sedute separate, un percorso di Counseling articolato in 4 incontri ². L'obiettivo è di modificare le strategie rela-

zionali disfunzionali che mantengono ed esacerbano la sintomatologia alimentare delle pazienti, in modo che i genitori non siano ostacolo ma risorsa verso la guarigione. I risultati preliminari non pubblicati sono promettenti (percentuale di miglioramento stimata tramite *CGI/Global Improvement* del 46% al termine degli incontri), sono tuttavia necessarie ulteriori ricerche.

Sono stati indagati i fattori predittivi precoci ma non è ancora del tutto definita la loro interpretazione ²⁷. Sarà necessario pensare a come ridirezionare i pazienti che non rispondono alle prime sedute di terapia verso un altro tipo di intervento o una sua modificazione. Nessuno studio indaga l'opzione della terapia combinata: sarebbe interessante paragonare l'efficacia della terapia familiare unita ad un percorso di terapia individuale alla sola terapia familiare.

Una promettente prospettiva è stata individuata con la "parent-to-parent consultation" ²³: l'opportunità di confronto tra genitori che hanno concluso il percorso di terapia e genitori che invece stanno per cominciarlo, offre un supporto utile e prezioso ai familiari; la condivisione di esperienze comuni e l'immedesimazione in situazioni paragonabili, non può che essere fonte di supporto e conforto a genitori che spesso riferiscono sentimenti di disperazione, di colpa, di incomprensione.

Le evidenze dimostrate fino ad ora, fanno pensare che la terapia familiare debba rivestire un ruolo centrale nel trattamento dei disturbi alimentari, in pazienti adolescenti con anoressia nervosa. È però indispensabile ampliare gli studi su larga scala, coinvolgendo campioni più numerosi in trial randomizzati e controllati di buona qualità, che abbiano caratteristiche e metodologia comparabili, preferibilmente utilizzate in studi multicentrici.

Bulimia nervosa

Sono scarsi gli studi relativi alla terapia familiare applicata a pazienti bulimiche. I dati preliminari mostrano che l'efficacia della terapia familiare in questi soggetti, non è paragonabile a quella riscontrata nelle pazienti anoressiche. Le motivazioni possono essere ricondotte ai tratti tipici di personalità delle pazienti bulimiche: l'elevato numero di soggetti con personalità Borderline, oltre a personalità generalmente caratterizzate da alti livelli Ricerca della Novità ed Evitamento del Danno e bassa Autodirettività ^{36 37}, fanno presupporre che sia più arduo creare, durante la terapia familiare, il clima adatto a modificare le strategie di interazione tra i membri. Sembra che attualmente la terapia più efficace per trattare questo disturbo sia la Terapia Individuale, soprattutto nei soggetti che hanno una sintomatologia cronica, con altre patologie in comorbilità e atteggiamenti caratterizzati da forte impulsività ²⁸. In futuro si potrebbe mettere a punto una terapia sequenziale: in una fase preliminare utilizzare la

terapia individuale per attenuare la sintomatologia bulimica e, solo in un secondo momento, affrontare l'eventualità di includere la famiglia nella terapia, con terapie sequenziali come è già stato effettuato per altri disturbi³⁸. Circa il coinvolgimento dei genitori sembra che l'efficacia della terapia familiare sia paragonabile quando sono presenti entrambi i genitori o solo uno³³. Si può quindi intraprendere il percorso anche quando la motivazione al trattamento viene solo da uno dei due genitori o quando, per altre motivazioni, uno solo possa essere presente. Le sperimentazioni del modello di base, per la bulimia nervosa, sono agli inizi. È auspicabile trovare, in futuro, la modalità giusta per adattare questo intervento dalle enormi potenzialità, anche al trattamento di una patologia complessa e sfaccettata come la bulimia.

In ogni caso, data la scarsità di lavori su questo argomento, non è possibile dare un giudizio definitivo sull'applicabilità della terapia familiare nel trattamento della bulimia nervosa.

Conclusioni

Il coinvolgimento ed il supporto alla famiglia sono aspetti fondamentali del trattamento, al fine di sostenere, consigliare e intraprendere un percorso di cura efficace con familiari e pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, anche se il ruolo nelle pazienti bulimiche è ancora da confermare. Va ricordato che la terapia familiare è uno strumento utile, ma non unico per la cura delle adolescenti anoressiche, un ruolo importante è giocato anche dalla psicoterapia individuale modificata ed adattata a pazienti giovani adolescenti^{39,40}. Data la complessità e la molteplicità dei fattori patogenetici coinvolti, è sconsigliabile delineare un profilo univoco di "famiglia patologica" e conferire un ruolo primario ed incontrovertibile nel condizionare lo sviluppo di tali patologie⁴¹. Attualmente l'attenzione si è spostata dal modello che interpretava l'ambiente familiare come fattore causativo della patologia verso una concezione della famiglia come importante risorsa di cura¹⁰. Nonostante le evidenze siano di buona qualità, sono ancora necessarie ulteriori sperimentazioni scientifiche per usufruire di questo importante strumento in maniera ottimale.

In primo luogo, è necessario trovare un mezzo di diffusione efficace e accessibile dei dati riscontrati con la ricerca. In secondo luogo, dovrebbero essere stanziati più risorse. Grande attenzione e impegno, infine, vanno riposti nei progetti che si occupano di informazione e prevenzione. Essi sono infatti in grado di offrire un supporto concreto, al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

È comunque sempre necessario coinvolgere i familiari delle pazienti affette da DCA all'esordio del disturbo e di giovane età; è auspicabile infatti che la paziente riceva

un concreto supporto per superare la faticosa fase della rialimentazione e del recupero ponderale nell'Anoressia nervosa, e per affrontare il difficile percorso verso l'automizzazione^{2,42}.

Bibliografia

- Hudson JL, Hiripi E, Pope HG Jr, et al. *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Biol Psychiatry 2007;61:348-58.
- Fassino S, Abbate Daga G, Leombruni P. *Manuale di psichiatria Biopsicosociale*. Torino: Centro Scientifico Editore 2007.
- Heru AM. *Family psychiatry: from research to practice*. Am J Psychiatry 2006;163:962-8.
- Halmi KA. *The perplexities of conducting randomized, double-blind, placebo-controlled treatment trials in anorexia nervosa patients*. Am J Psychiatry 2008;165:1227-8.
- Dare C, Eisler I, Russell G, et al. *Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments*. Br J Psychiatry 2001;178:216-21.
- Eisler I, Dare C, Hodes M, et al. *Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions*. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:727-36.
- Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. *Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress*. Int J Eat Disord 2008;41:233-42.
- Le Grange D, Lock J, Dymek M. *Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa*. Am J Psychother 2003;57:237-51.
- NICE. *Eating Disorders – core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. NICE Clinical Guidelines no). London: NICE 2004: <http://www.nice.org.uk>.
- Le Grange D, Lock J, Loeb K, et al. *Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders*. Int J Eat Disord 2010;43:1-5.
- Nicholls DE, Viner RM. *Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009;48:791-9.
- Lock J. *Treating adolescents with eating disorders in the family context: empirical and theoretical considerations*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2002;11:331-42.
- APA. *Practice Guideline for the treatment of patients with eating Disorders*. Third Edition. 2006.
- Lock J, Le Grange D. *Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized?* J Psychother Pract Res 2001;10:253-61.
- Minuchin S. *Families and Family Therapy*. Cambridge MA: Harvard University Press 1974.
- Selvini Palazzoni M. *L'anoressia mentale dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Feltrinelli 1981.

- ¹⁷ Russell GF, Szmulker GI, Dare C, Eisler I. *An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Arch Gen Psychiatry 1987;44:1047-56.
- ¹⁸ Eisler I, Dare C, Russell GF, et al. *Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up*. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1025-30.
- ¹⁹ Geist R, Heinmaa M, Stephens D, et al. *Comparison of family Therapy and family group Psychoeducation in adolescents with Anorexia nervosa*. Can J Psychiatry 2000;45:173-8.
- ²⁰ Robin AL, Siegel PT, Moye AW, et al. *A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38:1482-9.
- ²¹ Paulson-Karlsson G, Engström I, Nevenon L. *A pilot study of a family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: 18- and 36-month follow-up*. Eat Disord 2009;17:72-88.
- ²² Eisler I, Simic M, Russell GF, et al. *A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up*. J Child Psychol Psychiatry 2007;48:552-60.
- ²³ Rhodes P, Brown J, Madden S. *The Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa: a qualitative evaluation of parent-to-parent consultation*. J Marital Fam Ther 2009;35:181-92.
- ²⁴ Lock J, Couturier J, Agras WS. *Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:666-72.
- ²⁵ Lock J, le Grange D, Forsberg S, et al. *Is family therapy useful for treating children with anorexia nervosa? Results of a case series*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2006;45:1323-8.
- ²⁶ Lock J, Couturier J, Bryson S, et al. *Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial*. Int J Eat Disord 2006;3:639-47.
- ²⁷ Doyle PM, le Grange D, Loeb K, et al. *Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa*. Int J Eat Disord 2009 Oct 8 [Epub ahead of print].
- ²⁸ Schmidt U, Lee S, Beecham J, et al. *A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders*. Am J Psychiatry 2007;164:591-8.
- ²⁹ Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, et al. *A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa*. Arch Gen Psychiatry 2007;64:1049-56.
- ³⁰ Zaitsoff SL, Doyle AC, Hoste RR, et al. *How do adolescents with bulimia nervosa rate the acceptability and therapeutic relationship in family-based treatment?* Int J Eat Disord 2008;41:390-8.
- ³¹ Perkins S, Schmidt U, Eisler I, et al. *Why do adolescents with bulimia nervosa choose not to involve their parents in treatment?* Eur Child Adolesc Psychiatry 2005;14:376-85.
- ³² Le Grange D, Doyle P, Crosby RD, et al. *Early response to treatment in adolescent bulimia nervosa*. Int J Eat Disord 2008;41:755-7.
- ³³ Doyle AC, McLean C, Washington BN, et al. *Are single-parent families different from two-parent families in the treatment of adolescent bulimia nervosa using family-based treatment?* Int J Eat Disord 2008;42:153-7.
- ³⁴ Rhodes P, Brown J, Bailee A. *The Parents versus Anorexia scale: A brief measure of parental efficacy in the family-based-treatment of anorexia*. European Eating Disorder Review 2005;13:399-405.
- ³⁵ Fassino S, Pierò A, Tomba E, et al. *Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review*. BMC Psychiatry 2009;9:67.
- ³⁶ Fassino S, Amianto F, Abbate Daga G, et al. *Bulimic family dynamics: role of parents' personality--a controlled study with the Temperament and Character Inventory*. Compr Psychiatry 2003;44:70-7.
- ³⁷ Vervaeke M, van Heeringen C, Audenaert K. *Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients*. Compr Psychiatry 2004;45:37-43.
- ³⁸ Rafanelli C, Fava GA, Sonino N. *Sequential treatment of depression in primary care*. Int J Clin Pract 2007;61:1719-29.
- ³⁹ Gowers S, Bryant-Waugh R. *Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions*. J Child Psychol Psychiatry 2004;45:63-83.
- ⁴⁰ Lock J, Fitzpatrick KK. *Advances in psychotherapy for children and adolescents with eating disorders*. Am J Psychother 2009;63:287-303.
- ⁴¹ Dare C, Le Grange D, Eisler I, et al. *Redefining the psychosomatic family: family process of 26 eating disorder families*. Int J Eat Disord 1994;16:211-26.
- ⁴² Fassino S, Delsedime N. *La famiglia è malata? Interazioni tra persona, famiglie e Società*. Torino: Centro Scientifico Editore 2007.