

Gianfranco Bruschi*

Il percorso di gruppo per familiari secondo il *New Maudsley Model*: l'esperienza di Parma

Introduzione

Nell'ambito del Programma Disturbi del Comportamento Alimentare (PDCA) della Ausl di Parma, una delle azioni portate avanti, insieme al lavoro clinico e terapeutico con le/i pazienti, è quella dei percorsi di gruppo per familiari secondo il *New Maudsley Model* (Treasure *et al.*, 2007).

I gruppi per genitori e familiari (anche fratelli e sorelle maggiorenni, fidanzati e/o mariti/mogli, ecc.) costituiscono un importante aiuto in un'ottica di *collaborative caring*, il prendersi cura di persone con disturbi alimentari non solo da parte dei professionisti dell'equipe multidisciplinare (psichiatri e neuropsichiatri, psicologi, nutrizionisti/e-dietisti/e, infermieri/e), ma anche con l'aiuto delle famiglie.

Tali gruppi a Parma vengono organizzati dal 2016 e condotti da due psicologi appositamente formati, all'incirca per 4 volte all'anno, ma non sono mancate occasioni negli anni 2022 e 2023 per realizzare 5 gruppi all'anno, tre da gennaio a giugno, prima dell'estate, e due da settembre a dicembre, visto il numero aumentato degli accessi. Ogni gruppo prevede sei incontri settimanali più uno di presentazione che serve per definire e costruire il gruppo e iniziare a porre i principi fondamentali del percorso. Ad ogni gruppo hanno partecipato sempre una media di 14-16 genitori.

Si tratta di percorsi fondamentali per aiutare i genitori e familiari a riconoscere le loro risorse emotivo-affettive, a gestirle e a porsi in atteggiamento di ascolto e supporto per le figlie e i figli, in situazioni in cui l'emotività espressa è comprensibilmente molto alta.

Il modello prevede la formazione di gruppi di dimensione variabile (max. 20 persone) di sei moduli della durata di 1:30-2 h ciascuno. Il coinvolgimento è solo dei *carers* e non dei pazienti.

*Ausl Parma, Idipsi, Parma, Italia. E-mail: gianfranco.bruschi@gmail.com

Dopo il primo incontro di presentazione, i successivi appuntamenti sono centrati sui seguenti temi:

- i) Primo incontro: il modello dei fattori di mantenimento e le metafore animali, cambiare i comportamenti interpersonali controproducenti;
- ii) Secondo incontro: il cervello, gli stili di elaborazione dell'informazione e l'intelligenza emotiva;
- iii) Terzo incontro: l'emotività espressa, fattori di mantenimento e modello degli stadi del cambiamento;
- iv) Quarto incontro: la comunicazione adattiva, principi del colloquio motivazionale, livello 1;
- v) Quinto incontro: il colloquio motivazionale, livello 2;
- vi) Sesto incontro: l'affrontare i comportamenti problematici e lavorare in fase di mantenimento del cambiamento.

Cenni teorici

Le relazioni familiari nei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA), fin dai primi tempi sono state molto considerate e la terapia familiare è stata ed è tuttora un importante approccio terapeutico per i disturbi alimentari.

La famiglia ricopre un ruolo centrale nell'eziologia e nel trattamento del disturbo ma non è all'origine del DNA, che viene ormai da tempo riconosciuto come proveniente da molti fattori intrecciati tra loro.

Nel tempo passato le prime teorie consideravano il ruolo patogenico della famiglia. I modelli psicoanalitici parlavano di separazione psicologica dall'ambiente familiare stesso. I primi modelli di terapia della famiglia asserivano un'organizzazione familiare patologica, arrivando alla conclusione che esistesse una struttura tipica di queste famiglie, ponendola come causa del disturbo alimentare. Un ruolo che è stato interpretato come patogenico da più parti, non cogliendo la circolarità delle relazioni familiari e quindi delle interazioni problematiche.

Altri autori sistemico-familiari consideravano la famiglia psicosomatica come condizione necessaria per lo sviluppo di un disturbo alimentare. La famiglia psicosomatica (Minuchin *et al.*, 1980) è vista come condizione necessaria per lo sviluppo di un disturbo alimentare: caratteristiche di invischiamento, iperprotettività, evitamento del conflitto, rigidità, deviazione del conflitto. Il modello sistemico di Selvini Palazzoli *et al.* (1988) individua diverse fasi della vita familiare: sei stadi di una storia di sviluppo del disturbo nella relazione triadica tra paziente e coppia genitoriale, poi evoluto in ruoli affettivi interattivi tra personalità coinvolte.

Tali teorie hanno rappresentato i primi tentativi di intervento clinico e terapeutico nell'ambito dei disturbi alimentari. Attraverso questi approcci si è reso evidente che vedere i rapporti tra famiglia e disturbi in termini di

causa-effetto non è utile per i genitori: può aumentare senso di colpa, sfiducia, vergogna, che non aiutano il trattamento dei DNA.

Negli ultimi decenni le teorie circolari hanno permesso di inquadrare in modo più utile il problema: le famiglie sono viste come contesto in cui il disturbo si sviluppa e come sistema che attorno ad esso si riorganizza. La malattia diventa il principio organizzatore centrale della vita familiare. Il sintomo occupa un posto di primo piano e ingigantisce alcuni aspetti disfunzionali nelle interazioni familiari limitando i comportamenti adattivi dei membri della famiglia. Il *New Maudsley Model* permette di restituire importanza alle famiglie e al loro senso di autoefficacia, facilitando l'attingere alle loro risorse per far fronte al problema. È questo uno degli obiettivi della *Family Based Therapy*.

Caratteristiche del percorso di gruppo

Il metodo Maudsley raccoglie tali aspetti e si concentra su: i) circolarità: famiglie come contesto in cui il disturbo si sviluppa e come sistema che attorno ad esso muta la sua organizzazione; ii) il disturbo diviene centro organizzatore della vita familiare; iii) il sintomo attrae l'attenzione e prende il posto di primo piano, nelle interazioni familiari, limitando i comportamenti adattivi dei membri della famiglia e ingigantendo alcuni aspetti disfunzionali.

Finalità del gruppo: i) coinvolgere i familiari come parte essenziale del trattamento; ii) intervenire sui fattori di mantenimento del disturbo; iii) agire sui fattori interpersonali indiretti, emotività espressa nei processi di accomodamento e facilitazione: i genitori per ridurre lo stress, evitano i conflitti e proteggono i loro cari accettando il disturbo; iv) aiutare la famiglia a predisporre ad un cambiamento terapeutico.

I genitori possono mettersi in gioco con strumenti e risorse alla loro portata: i) ridurre ansia, sensi di colpa e stress; ii) ridurre i fattori di mantenimento della malattia; iii) partecipare ad un *training* sulle abilità di comunicazione e modifica dei comportamenti che mantengono il disturbo.

Le relazioni familiari gestite con abilità di ascolto e sostegno evitano conseguenze interpersonali secondarie di un DNA che possono interferire molto con il cambiamento. Questo succede quando: i) i genitori modificano il loro comportamento per aiutare la persona con il disturbo alimentare nella loro famiglia con lo scopo di evitare o alleviare lo stress; ii) i comportamenti sintomatici vengono rinforzati e vanno fuori controllo (Accomodamento); iii) le conseguenze negative vengono rimosse (Facilitazione).

I comportamenti dei *carers* caratterizzati da emotività espressa entrano in un circuito di aumento dell'intensità emotiva e del livello del conflitto con il conseguente rafforzamento del comportamento sintomatico. Vengono esemplificati con metafore di diversi animali per distinguere la loro parte e

curare il loro modo di mettersi in relazione. Per esempio, il rinoceronte rappresenta l'aggressività, il canguro l'iperprotezione, la medusa l'emotività indifferenziata, lo struzzo l'evitamento. Animali che rappresentano una relazione positiva sono invece il delfino, guida gentile e non giudicante, il cane San Bernardo che infonde soccorso e calore.

Coinvolgere i familiari nella cura: i) permette al trattamento di iniziare anche senza il consenso dell'adolescente; ii) evita precoci interruzioni del trattamento ('non vuole più venire', 'non è cambiato niente', 'sta meglio'; iii) prepara il ritorno a casa; iv) riduce la sottomissione del genitore al disturbo alimentare del/la figlio/a; v) rende i genitori più consapevoli del disturbo e partecipi agli obiettivi del cambiamento; vi) dà ai familiari un ruolo attivo e li scarica dei sensi di colpa; vii) evita la delega totale della cura all'equipe; viii) migliora i ruoli intra-familiari e riduce i vantaggi secondari della malattia.

Il modello Maudsley non è un percorso terapeutico di gruppo, ma un training, un supporto formativo per le competenze di cura genitoriali e familiari. È importante rinforzare il lavoro fatto, con gruppi psicoeducativi e di supporto ulteriore, con i gruppi auto mutuo aiuto, anche per mantenere il ruolo di sostegno più a lungo nel tempo, con supporto a distanza o in gruppi anche una volta al mese, più grandi. È possibile lavorare anche con età diverse e livelli di gravità differenti (se non si tratta di una storia lunga di malattia).

Fin dal primo incontro il gruppo lavora su: i) promuovere autoefficacia e autonomia dei genitori/familiari; ii) separare la persona dalla malattia; iii) neutralizzare il senso di colpa, come modalità emotiva di coinvolgimento affettivo nelle relazioni familiari.

Riflettere sul controllo, come forma di prendersi cura degli altri, che può diventare ascolto che riconosce l'altro e gli conferisce fiducia, può essere un modo utile di rielaborare il coinvolgimento emotivo dei familiari.

Intrecci e passaggi tra i gruppi Maudsley e le terapie familiari: i) gruppi come preparazione a svolgere un ruolo genitoriale: nei casi di conflitti, di disturbo che organizza fortemente la vita familiare, di blocco del ciclo di vita, ecc. più utile il passaggio ad una terapia familiare; ii) lavoro di attenzione e validazione delle risorse della persona, per cui c'è bisogno della famiglia. Quando la parte sana cresce la persona può andare avanti e sfuma l'aiuto della famiglia; iii) percorso base per la cura del disturbo, come primo livello per ulteriori eventuali terapie con la famiglia.

Il lavoro terapeutico con le famiglie, a seguito e in integrazione dei percorsi di gruppo si centra su diversi aspetti già emersi nel gruppo, tra i quali: invischamento, iperprotezione, rigidità, evitamento del conflitto, deviazione del conflitto. La terapia aiuta i familiari ad essere attori facilitanti di un sistema di relazioni, che veicolano comprensione empatica e definizione delle parti in gioco, genitori, familiari e pazienti.

Insieme agli operatori dell'equipe, i *carers* partecipano a questa definizione all'interno di un contesto di relazioni che curano.

Tale operazione avviene attraverso un'azione di decentramento dalle dinamiche di controllo-preoccupazione, che porta ad un livello meta-riflessivo di consapevolezza e sensibilità delle persone, che inizia con i gruppi e si completa nella terapia familiare

Si sostiene una valenza terapeutica per co-costruire nuovi confini nelle relazioni familiari: i confini personali, metafora di confusione nell'immagine corporea, sono anche indefiniti nelle relazioni familiari e sociali, tanto che i meccanismi di controllo del disturbo prendono forma. La scommessa è quella di costruire consapevolezza e sperimentazione di nuove interazioni sensibili in un processo di cura integrante.

BIBLIOGRAFIA

- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1980). Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988). I giochi psicotici nella famiglia. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Treasure, J., Smith, G., Crane, A. (2014). Prendersi cura di una persona cara affetta da disturbo alimentare Come diventarne capaci, Nuovo Metodo Maudsley. Trad. it. Martinetti M.G., Stefanini M.C. (a cura di). Firenze: Seid Editori.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 aprile 2024.

Accettato: 4 aprile 2024.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2024

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2024; XXXV:909

doi:10.4081/rp.2024.909

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.