

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE
“I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: ESPERIENZE A CONFRONTO
IN ETA' EVOLUTIVA”

BOLOGNA 19-20 DICEMBRE 2008

Relatori

1. Elisabetta Frejaville
2. Umberto Balottin
3. Mara Grazia Martinetti
4. Filippo Muratori
5. Emilio Franzoni
6. Leonardo Sacrato
7. Francesca Savarino
8. Raffaella Valentini

1. "Impegno della Regione Emilia-Romagna per l'assistenza ai DCA"

A cura della dott.ssa Elisabetta Fréjaville e dott. Angelo Fioritti Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna

L'Assistenza ai DCA in Emilia-Romagna

Direttiva DSM – 2000

→ Riorganizzazione NPEE

→ Linee Guida x assistenza ai DCA

L'Assistenza ai DCA in Emilia-Romagna

Gruppo Tecnico RER 2001 – 2002

→ Stato dell'arte

→ Analisi Risultati

→ Documento tecnico x "Linee Guida - DCA"

L'Assistenza ai DCA in Emilia-Romagna (indagine ad hoc 2001-2002)

Pz. in carico per DCA al 31/12/01

	Totale	M	F (vs. Totale)
Totale	3235	197	3038 (93,9 %)
< 18 anni	440	34	163
> 18 anni	2795	406	2632
14-25 anni	1732	57	1675 (96,7 %)
" vs. Totale (53,6 %)			

Vs. Totale

→ F 14-25 anni = 55,1 %

→ M +F < 18 anni = 14,1 %

• SINP 2002 (ICD 10)	Anoressia 83	Bulimia 33	F50-50.9 350	/1000 0.81
----------------------	-----------------	---------------	-----------------	---------------

L'Assistenza ai DCA in Emilia-Romagna (indagine ad hoc 2001-2002)

Donne 14-25 anni: caratteristiche dell'assistenza

Totale 1477

in territorio di residenza (60%):

ospedale	436
strutture USL	416
privato	32

in territorio RER non di residenza (40%):

ospedale	482
strutture USL	91
privato	20

L'Assistenza ai DCA in Emilia-Romagna (indagine ad hoc 2001-2002)

Nuove diagnosi DCA /2001

	Totale	M	F (vs. Totale)
Totale	1329 (84,7 %)		
< 18 anni	217	18	194
> 18 anni	1353	107	1135
14-25 anni	776	33	691 (89,1 %)
" vs. Totale (49,4 %)			

Vs. Totale

- F 14-25 anni = 52,2 %
- M +F < 18 anni = 14,4 %

L'Assistenza ai DCA in Emilia-Romagna (indagine ad hoc 2001-2002)

Criticità

- N. pazienti assistiti x DCA inferiore all'atteso
- Dispersione strutture x adulti
- < 18 anni (N. assistiti, strutture, ...)
- "Rete" USL-OSP ...
- Coinvolgimento medico di famiglia (PLS, MMG)
- Appropriatelyzza (protocolli, percorsi, durata, strutture,...)
- Strutture x "lungo-assistenza" riabilitativa

L'Assistenza ai DCA in Emilia-Romagna

Delibera GR. 1016 del 31/5/04: "Linee Guida per il potenziamento della assistenza ai Disturbi del Comportamento Alimentare"

- Percorsi DCA (aziendali o interaziendali) x continuità ...
 - livelli di complessità ed intensità assistenziale
 - governo clinico (rete-reciproche responsabilità)
 - "indicatori" (processo, esito,...)

- Sist. informativo x monitoraggio clinico-epidemiologico
- Progetto x Formazione operatori / medici di famiglia
- Tavolo Regionale x “Rete DCA”
- Centro DCA x età evolutiva (BO)

Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare

2005 – Tavolo DCA

.

Mandato:

- “rete regionale DCA”
- monitoraggio attuazione delibera 1016/04
- proposte formative di supporto

2005 – Tavolo DCA

monitoraggio qualitativo - 110 domande

- il progetto aziendale DCA (43)
- la prevenzione (5)
- il coinvolgimento delle cure primarie (2)
- le strutture ospedaliere (8)
- le strutture residenziali (8)
- la formazione (2)
- il trattamento (11)
- la relazione con le famiglie (5)
- il monitoraggio (13)
- le relazioni inter-aziendali (2)
- la attività scientifica (9)
- Criticità e Proposte (2)

Tavolo DCA

RISULTATI del monitoraggio 2005:

- prevalente esistenza di un progetto DCA definito
- identificazione della équipe, del responsabile di progetto e/o di equipe;
- migliorabile coinvolgimento dei Medici e Pediatri di base
- avviata integrazione intersettoriale, inter-aziendale, inter-istituzionale, anche sovra-regionale
- migliorata interazione con la NPIA per utenti in età evolutiva
- esistenza di relazioni con le associazioni di familiari /utenti; etc.
- documentata qualità clinica/organizzativa (protocolli, linee guida ...)
- significativa attività scientifica e formativa (docenti / discenti)

2007-2008 – Tavolo DCA

AZIONI

Per-corso di formazione congiunta per operatori dei TEAM

- a) clinica
- b) lavoro in team
- c) differenti livelli di specificità ...

Modalità diversificate (lezioni frontali, sul campo, stages, etc.) orientate alla costruzione della “rete clinica- organizzativa”
x “Programma regionale DCA”

PROGRAMMA REGIONALE “DCA” 21/22 MAGGIO 07 - Castelnuovo Monti ...

Key points – Raccomandazioni significative (1)

- verificabilità: sistema informativo specifico (clinico, di percorso, etc.)
- criteri clinici condivisi (1° valutazione, follow up, etc.)
- criteri x selezione operatori (formazione, multi-professionalità, etc.)
- formazione (clinica, lavoro in team, etc.)
- comunicazione (informazione a utenti, altri professionisti, etc.)
- continuità ...
- ricerca ...

PROGRAMMA REGIONALE “DCA”

Key points – Raccomandazioni significative (2)

Continuità x:

- diversi livelli (MMG/PLS, strutture territoriali, ospedaliere, etc.)
- diverse aree (distrettuali, aziendali, area vasta?, etc.)
- diverse fasce di età (< > 18 anni ...)
- pubblico / privato (imprenditoriale, sociale, no profit, etc.)

PROGRAMMA REGIONALE “DCA”

Key points – Raccomandazioni significative (3)

Ricerca ed innovazione

- epidemiologia (quanti, quali diagnosi, etc.?)
- clinica (classificazione clinica, esiti vs. diagnosi, etc.)
- analisi organizzativa (percorsi vs. clinica, etc.)
- trasferibilità (organizzazione / risorse/ etc.)
- DCA vs DA (quale interazione vs. “obesità”?)

PROGRAMMA REGIONALE “DCA”

Key points – Raccomandazioni significative (4)

“Valori”

- Verificabilità (qualità e quantità)
- Valorizzazione diverse culture (professionali, approcci psico...)
- Flessibilità (strutture / funzioni / professionisti/ ...)
- Personalizzazione (dai criteri all'individuo)
- Continuità ...
- reciprocità (rispetto dei ruoli ...)

PROGRAMMA REGIONALE “DCA”

Key points – Raccomandazioni significative (5)

Equipe minima, stabile, formata, supervisionata, in rete (Team DCA):

- psichiatria
- neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza
- psicologia
- dietologia
- nutrizione
- medicina interna

Programma per la assistenza alle persone con DCA in Emilia-Romagna proposta del Tavolo Regionale DCA – 2007)

Stato ed evoluzione dei servizi

Principi di fondo / La cornice

Il Team DCA

Il sistema di cura

Politica dell'accesso

Il percorso clinico

Clinical Competence

Sistema Informativo

Formazione

Corretta Informazione / Comunicazione

Buone Prassi

Elenco di possibili indicatori di (auto-)valutazione dei progetti aziendali DCA

Programma per la assistenza alle persone con DCA in Emilia-Romagna

(proposta del Tavolo Regionale DCA – 2007)

Il sistema di cura

A - attività ambulatoriali di possibile rilievo tempestivo ("porte di accesso")

A1 - di cure primarie; A2 - tutti gli specialisti;

B - ambulatorio dedicato

B1 - per assessment; B2 - per trattamento; B3 - altri ambulatori specialistici

C - strutture per ricovero ospedaliero

C1 - in urgenza; C2 - programmato

D strutture extra-ospedaliere (alta o bassa valenza terapeutica)

D1 residenziale; D2 semi-residenziale

RICOVERI X DCA in Emilia-Romagna (2006)

Totale Ricoveri x DRG 428/432

Totale		519	
→ cod. diagn. AN (307.1) :	285	(54.9%)	
→ EDNOS (307.5) + BN (307.51)	234	(45.1%)	
→ Residenti RER	(80.5%)	418	(in RER + extra RER)
→ in strutture extra-RER	(17,0%)	71	
→ > 18 anni		(83.6%)	434
→ degenza ordinaria	(51.8%)	269	
→ DH		(48.2%)	250
→ > 1 ricovero/anno	(49.9%)	259	

→ → → necessità di programmare appropriatezza in UO competenti e/o strutture extra-ospedaliere (residenze, semiresidenze)

RICOVERI X DCA in Emilia-Romagna (2006)

Totale Ricoveri x minorenni

Totale Ricoveri x DRG 428/432		82	
cod. reparto:	039 - Pediatria	32	
	033 - NPI		20
	026 - Med. Generale	13	
	...		

Ricoveri x DRG 462 **NPIA/AOSP-BO (Riabilit. Ter. Occup.)** 140

di cui residenti RER < 18 anni 21

→ → → necessità di rivedere appropriatezza delle modalità di classificazione SDO e di ricovero in UO competenti x età evolutiva e/o strutture extra-ospedaliere (residenze, semiresidenze)

IMPEGNI per il 2008

PIANO SOCIALE E SANITARIO 2008-2010

→ PIANO ATTUATIVO "SALUTE MENTALE"

- Stesura definitiva di Programma operativo DCA RER
 - Rete regionale clinico-organizzativa (nodi e maglie, criteri, etc.)
 - requisiti per "verificabilità" (impegni / azioni locali e regionali)

IMPEGNI RER per il 2009-2011

Programma per la assistenza alle persone con DCA in Emilia-Romagna

Allegato 1 – ASSESSMENT (Percorso diagnostico interdisciplinare)

- 1 .raccomandazioni e linee guida
 - 2. DSM-IV-TR E ICD-10
3. strutturazione dell'assessment per DCA
4. valutazione medico-nutrizionale
5. coordinamento delle cure e collaborazione fra i membri del Team
6. motivazione

IMPEGNI RER per il 2009-2011

Programma per la assistenza alle persone con DCA in Emilia-Romagna

Allegato 2 – TRATTAMENTO

- raccomandazioni generali di trattamento per pazienti con DCA di I livello
- psicoterapie
- riabilitazione nutrizionale e intervento nutrizionale
- strutturazione e follow_up
- livelli assistenziali
 - → durata dei percorsi ambulatoriali
- terapia semiresidenziale
- ricovero in strutture residenziali a carattere riabilitativo
- ospedalizzazione

IMPEGNI RER per il 2009-2011

Programma per la assistenza alle persone con DCA in Emilia-Romagna

Allegato 3 - INTERVISTE E QUESTIONARI

Allegato 4 - GRADI DEI LIVELLI DI EVIDENZA

IMPEGNI RER per il 2009-2011

Programma per la assistenza alle persone con DCA in Emilia-Romagna

Articolazione degli impegni

2009 – Ricognizione delle risorse, definizione e formalizzazione del percorso aziendale (Team, sede, responsabilità, etc.), avvio / consolidamento delle attività del Team

2010 – consolidamento degli impegni (strutturazione, assistenza, acquisizione /formazione delle risorse)

2011 – Programma RER-DCA “a regime” (monitoraggio, assestamento, etc.)

A cura di: Alberini Augusta, Arnone Fulvio, Ballardini Donatella, Barcia Giovanni, Bellini Maurizio, Bertolini Raffaele, De Panfilis Chiara, Di Stani Marinella, Emanuelli Franca, Filati Graziella, Franzoni Emilio, Ghigi Daniela, Gibin Anna Maria, Gualandi Paola, Gualtieri Luigi, Limonta Giuliano, Manicardi Enrica, Manzato Emilia, Mariotti Maturo, Melchionda Nazario, Nizzoli Umberto, Polito Carlo, Ravani Claudio, Schumann Romana, Turrini Giuliano, Zini Dante

2. L'intervento terapeutico in ospedale secondo un approccio integrato a orientamento psicodinamico

A cura del prof. Umberto Balottin, dott. Giorgio Rossi, Cattedra di Neuropsichiatria Infantile. Università degli Studi di Pavia. Dipartimento di Clinica Neurologica e Psichiatrica dell'Età Evolutiva. Centro di Ricerca Interdipartimentale per i Disturbi dell'Alimentazione. Fondazione “Istituto Neurologico C. Mondino”, Pavia.

L'intervento terapeutico in ospedale secondo un approccio integrato a orientamento psicodinamico

Il ricorso al ricovero ospedaliero, in neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, per anoressia e bulimia nervosa, e per i disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati, si rende necessario quando si presentino condizioni cliniche particolarmente compromesse sul piano medico. Questi problemi clinici, non infrequenti negli esordi in adolescenza dei DCA (Disturbi Comportamento Alimentare), sono in genere associati a più tenaci distorsioni dell'immagine del sé corporeo e resistenze al cambiamento, a difficoltà relazionali intrafamiliari più importanti rispetto alla popolazione ambulatoriale. Molto spesso i casi che richiedono il ricovero sono difficili anche per la compresenza di altri aspetti psicopatologici rilevanti, quali i disturbi di personalità, in particolare il disturbo borderline, e la presenza di disturbi psicotici, oltre a depressione e disturbo ossessivo compulsivo. Il lavoro dell'Istituzione ospedaliera richiede interventi integrati tra i vari membri dell'equipe, per arginare le dinamiche patologiche attive e talvolta contaminanti l'equipe stessa, se non vi si pone attenzione. Il percorso di cura in ospedale prevede l'utilizzo di tecniche psicoterapeutiche brevi, sia individuali che di gruppo, che siano anche di motivazione ad un lavoro clinico di più lunga durata successivo, e di facilitazione degli interventi nutrizionali proposti. Oltre all'obiettivo di ristabilire condizioni fisiche accettabili, il ricovero si propone come obiettivo, apparentemente secondario al compito ospedaliero ma fondamentale, di favorire la psicoterapia in corso sia individuale che familiare eventualmente in corso. Tale percorso in età evolutiva, laddove le (i) pazienti sono condotte forzosamente a curarsi dai genitori e non hanno in genere una vera motivazione

personale, comporta una particolare difficoltà ad ottenere l'alleanza alla cura; il reparto deve prestare attenzione a non risultare persecutorio e coercitivo, mentre deve contribuire a ristabilire il senso del limite e la ripresa di una vita più adattiva, lontana dalla autosufficienza talora mortale di queste ragazze.

3. “Intervento terapeutico di ospedalizzazione nei casi di scompenso somatopsichico anoressico in età evolutiva: l'ottica integrata multidimensionale”

***A cura della prof.ssa Maria Grazia Martinetti, dott.ssa Maria Cristina Stefanini, dott.ssa Michela Caselli
Struttura Dipartimentale Ospedaliera Universitaria (SOD) di Neuropsichiatria Infantile, Azienda
Ospedaliera Universitaria di Careggi (AOUC), Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche,
Università di Firenze***

Il gruppo interdisciplinare della SOD di NPI (NPI, dietiste, medici e consulenti, infermieri, psicologi, terapisti occupazionali¹) che si occupa della presa in carico terapeutica nei casi di AN che richiedano ospedalizzazione (come da linee guida APA 2006 e della Regione Toscana 2006), si è andato formando negli anni 80, ed è attualmente dotato di posti letto per ricovero ordinario (2) e day hospital (6). Il modello di intervento psicoterapeutico multidimensionale, a fronte della gravità di queste situazioni, è stato costantemente rimodellato tenendo conto del lavoro di rete con i servizi per l'infanzia e l'adolescenza dell'area metropolitana, vasta e regionale, e della collaborazione coll'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, ospedale pediatrico regionale, per garantire la continuità delle cure in patologie che sono in aumento nell'età evolutiva (soprattutto nella pre- e prima adolescenza). L'obiettivo prevalente è di facilitare il passaggio dalla condotta sintomatica al riconoscimento e consapevolezza del disagio psichico sottostante, e di migliorare la modulazione del mondo emozionale e delle competenze adattive, colla possibilità di una ripresa del proprio progetto di vita (sociale, relazionale, lavorativo) e la modificazione della condotta sintomatica. Oltre il costo individuale di queste patologie va considerato quello familiare e sociale, con impoverimento della qualità della vita, perdita della capacità di individuare risorse e di utilizzare fonti di aiuto, chiusura in relazioni sterili, rendendo necessario lavorare con le coppie e i gruppi dei genitori. L'ambiente familiare può costituire un fondamentale supporto nel percorso di cura, e per questo, nel nostro modello terapeutico, i genitori sono accolti durante il ricovero, e non viene prescritta la separazione; questo però richiede di mettere a disposizione interventi appropriati (dalla terapia familiare, all'intervento supportivo, all'intervento domiciliare, in collaborazione con i servizi territoriali infanzia adolescenza).

• ¹ Gruppo interdisciplinare DCA SOD di NPI Azienda Universitaria Ospedaliera di Careggi Firenze

Maria Grazia Martinetti prof.associato NPI Università di Firenze, responsabile Master universitario di I livello “Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva; referente scientifico regione toscana per i DCA; - Maria Cristina Stefanini ricercatrice NPI Università di Firenze; Coordinamento Master universitario di I livello “Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva; Silvana Declich dietista AOUC, docente Master universitario di I livello “Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva” Giuliana Spighi Master universitario di I livello “Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva”- Michela Caselli assegno di ricerca per ricerca sulla costituzione della rete dei servizi per i DCA nell'area vasta centro della Regione Toscana;

Paolo Dirindelli, medico specializzando in NPI, Maria Rita Troiani, psicologa

I ragazzi in età evolutiva dovrebbero fruire di un intervento il più possibile ambulatoriale e in prossimità alla residenza, per non interrompere gli aspetti della quotidianità alla base dell'autocura (relazioni coi pari, investimento nei propri interessi, affetti familiari), a meno che questi non siano profondamente minati dalla situazione psicopatologica e fisica perdurante nel tempo, nonostante un corretto intervento terapeutico interdisciplinare (si considera che due settimane di trattamento ambulatoriale senza modificazioni sia di indicazione per l'ospedalizzazione). Condividendo questi presupposti il gruppo della NPI ha promosso una forte integrazione interna con i servizi clinici ad alta competenza presenti all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, dove è attualmente collocata la SOD di NPI, garantendo le competenze interdisciplinari necessarie per affrontare le situazioni più complesse (neuropsichiatriche, mediche, rianimatorie, endocrinologiche, dietetiche, nutrizionistiche, cardiologiche, ginecologiche ecc).

Per l'esperienza maturata, la NPI ha partecipato continuativamente al tavolo di lavoro della Regione Toscana (2002-2005) per consentire che venisse garantito tutto l'arco della cura, comprensivo dei differenti livelli, dall'ambulatoriale al ricovero salva vita, a quello specialistico; servizi, che nel tempo potranno intervenire nella cura a seconda delle problematiche emergenti nel decorso, con necessità di individuare percorsi in cui le modificazioni degli equilibri psichici e della condotta sintomatica, trovino risposte sensibili e adeguate. Fondamentale è che il processo terapeutico si avvalga di fattori protettivi contro la frammentazione, elemento fortemente dipendente dalla formazione professionale e dalla comprensione degli specifici meccanismi psicopatologici, e di mantenimento, che sostengono questo tipo di disturbi, evidenziando come il valore terapeutico dipenda non solo dalla competenza delle singole professionalità coinvolte, ma dalla capacità di intervenire in maniera sinergica per favorire processi psichici evolutivi. Nel 2006² la Regione Toscana ha deliberato le linee di indirizzo per l'individuazione dei differenti livelli necessari per la prevenzione e cura di queste patologie, con indicazioni specifiche che vengono ripuntualizzate nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

Nell'individuare un V livello di "ricovero specialistico", nelle linee di indirizzo regionali, si conferma la necessità di interventi differenziati per l'età evolutiva, individuando nelle NPI delle AOU (Firenze, Siena) e nell'IRCCS della Stella Maris di Pisa, le strutture ospedaliere di riferimento per le 3 Aree Vaste della Regione Toscana. Questa definizione organizzativo-assistenziale permette di collocare il nostro modello come intervento di ospedalizzazione specialistica nei casi di scompenso per disturbi del comportamento alimentare. Viene così superata l'ottica bifocale che prevede un "prima occupiamoci del corpo" e, solo raggiunti certi parametri di stabilità, di iniziare un lavoro psicoterapeutico, possibile fattore di mantenimento in quanto impedisce un intervento incisivo sulla condotta sintomatica e intensivo sulla gravità psicologica (ad esempio gravi esordi adolescenziali). Questo si rende tanto più necessario quanto più è evidente come l'instaurarsi di fattori di mantenimento (a livello psicologico ma anche biopsicologico), sia uno degli elementi determinanti il lungo decorso di questi disturbi.

Lo scompenso in questi casi viene definito da: 1) stato clinico conseguente alla pericolosità delle condotte, con necessità di un ambiente protettivo (impossibilità di garantirsi un'assunzione alimentare pari almeno al metabolismo basale, oppure situazioni di rischio vitale legato alla presenza di condotte additive); mantenimento della negazione del disturbo e mancanza di alleanza nel progetto di modificazione che la cura comporta; 2) comorbilità con rischio di condotte autolesive (suicidio, autolesionismo), tendenza alle condotte agite della struttura borderline, dipendenza e abuso di sostanze; 3) difficoltà del contesto di vita (prevalentemente familiare), non in grado di coinvolgersi in alleanza

² "Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare nella Regione Toscana"

nella cura o fortemente patogeno, con tutta la problematicità del reinserimento a casa se non vi è un intenso lavoro contemporaneo con i familiari. Osserviamo inoltre la vulnerabilità narcisistica di questi adolescenti, col delinearsi di una frattura del senso di continuità e integrità del sé, e l'evidenziarsi del narcisismo negativo (A.Green), laddove l'adolescente trae un sentimento forte di sé dalla negazione dei propri bisogni e della proprie emozioni.

Modello di intervento La finalità del gruppo terapeutico multidisciplinare integrato è quella di creare un ambiente terapeutico a orientamento psicodinamico, che si configuri come uno spazio psichico allargato (Jeammet), in cui individuare progressivamente spazi terapeutici diversificati nelle tre aree del mentale (psicoterapia), del somatico (le leggi del corpo) e del sintomo (negoiazione dietetica). Riteniamo che l'attivazione di angosce tollerabili all'interno di relazioni terapeutiche, comporti l'esperienza di funzione riflessiva terapeutica; si delinea allora un'iniziale alleanza che muove aspetti di conflittualità inizialmente interpersonale e poi intrapersonale, e, attraverso il movimento di integrazione di aspetti scissi, incida nel sostegno alle capacità dell'io, al reinvestimento relazionale, all'autoregolazione emozionale e alla cura di sé; contemporaneamente si lavora con i genitori nel riattivare la funzione riflessiva parentale. Progressivamente l'equilibrio che poggia su aspetti del narcisismo sintomatico - in cui imperano la negazione, l'idealizzazione svalutante il sé, l'appiattimento emotivo, la compiacenza e il controllo - si sposta verso quelli del narcisismo evolutivo. Dal paradosso "morire pur di sopravvivere" (Jeammet), indicativo di autarchia e solitudine, osserviamo allora il passaggio, attraverso una fase depressiva dove appare il riconoscimento di uno stato di sofferenza e vulnerabilità, ad iniziali reinvestimenti e ad una nuova capacità di regolazione emozionale, colla riappropriazione di uno spazio-corpo luogo delle emozioni, degli affetti, della sessualità.

Gli interventi terapeutici effettuati durante l'ospedalizzazione³ comportano fattori protettivi quali: 1) l'interdisciplinarietà, considerato come fattore d'integrazione; 2) la personalizzazione e la negoziazione che salvaguardano gli aspetti identitari; 3) la continuità delle cure che permette l'attivazione della funzione terapeutica riflessiva nel gruppo interdisciplinare.

Come ricerca in particolare abbiamo cercato di individuare strumenti che rendessero valutabile la fruibilità della cura nella fase dello scopenso, considerando fondamentale poter comprendere ed evidenziare i potenziali movimenti (evolutivi, di stallo, di regressione), presenti nello scopenso, secondo i criteri di sviluppo (Cahn, Ladame, Laufer)⁴. Diventano così evidenziabili possibili nuovi equilibri, con riorganizzazione delle rappresentazione dello stile di attaccamento, indicativa dell'equilibrio dipendenza-autonomia, strettamente correlata alla modificazione della funzione riflessiva⁵ e della competenza narrativa, che nell'attribuzione di significati, comporta una ricostruzione di memorie

³ Fase psicodiagnostica con valutazione testistica; Follow-up medico (ripristino dei parametri fisiologici); Psicoterapia psicodinamica individuale; Psicoterapia di supporto alla coppia genitoriale (intervendo sulle distorsioni relazionali intrafamiliari); gruppi psicoeducazionali familiari; Intervento di maternage (intervento cognitivo-comportamentale specifico per l'età, periodicamente allargato al contesto familiare); Terapia psicofarmacologica (se indicata); Riabilitazione dietetica (negoiazione come modalità di recupero dei propri livelli di autoregolazione, diario alimentare, pasto assistito, nutrizione artificiale); Consulenze specialistiche continuative (nutrizionali, internistiche, ginecologiche, ecc); Laboratori espressivi (teatrale, espressione corporea, espressione grafica, musicoterapia); Interventi di medicina tradizionale cinese (moxibustione, auricoloterapia, massaggio Tui nà, ginnastica energetica qui kong, Fior di prugna); Integrazione con interventi di tipo cognitivo e sistemico-relazionale; Discussioni cliniche con gli operatori coinvolti nella presa in carico complessiva; Integrazione con i servizi UFSMIA e il centro ambulatoriale

⁴ Martinetti M.G., Stefanini M.C., Caselli M. (2007) Indici del processo terapeutico nella cura di ragazze con Anoressia Mentale in fase di scopenso. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* Roma, Borla.

⁵ Competenza riflessiva coesione delle funzioni metacognitive, fattore indispensabile per rendere flessibile e critico il giudizio intorno al sé e alla realtà, per completare lo sviluppo di un modello mentale basato su una lettura unitaria della realtà psichica, richiesto per fronteggiare anche le pulsioni e le fantasie connesse alla maturazione sessuale (Fonagy P., Target M., 1997, 2002)

storicizzate e di prospettiva di cambiamento. Punti di reperi, quelli individuati, che sembrano permettere di sintonizzarsi sui possibili movimenti intrapsichici e relazionali intravisti nella relazione terapeutica.

L'intervento attuato nella fase di ospedalizzazione prevede inoltre il mantenimento o l'avvio dell'intervento territoriale, con un lavoro di integrazione da definire nei singoli casi, ma che può andare dai colloqui psicoterapici con il soggetto e/o con la famiglia, alla terapia familiare, all'attivazione delle risorse sociali e ambientali (doposcuola, centri ricreativi - di socializzazione, mantenimento dei rapporti con la scuola, ecc), al fine di limitare lo sradicamento legato alla malattia psichica e gli elementi iatrogeni di dipendenza dall'ospedalizzazione e facilitare la continuità terapeutica nell'esperienza di passaggio fra differenti livelli (ambulatoriale, residenziale). Usciti dalla fase acuta lo spostamento del baricentro dell'intervento a livello territoriale permette di ridurre i tempi dell'ospedalizzazione mantenendo eventualmente i controlli medici e dietetici. La continuità della presa in carico interdisciplinare permette di mantenere il follow-up nel tempo, rivalutando i possibili rischi evolutivi e gli esiti.

Contemporaneamente all'attività assistenziale e alla partecipazione alla costruzione del lavoro in rete, viene portato avanti un progetto di ricerca regionale per il monitoraggio dell'attuazione di tali linee di indirizzo nell'Area Vasta Centro (Firenze, Prato, Pistoia, Empoli), iniziato nel 2006 e tuttora in corso. L'intensa e continuativa collaborazione con i servizi coinvolti nella prevenzione e cura dei DCA è stata peraltro determinante per le iniziative di aggiornamento/formazione (Master universitario di I livello sui DCA in età evolutiva, Corsi universitari di perfezionamento) e di ricerca portate avanti in questi anni relativamente all'intervento nei DCA in età evolutiva.

4. Il trattamento dei DCA in un ospedale di NPI

A cura del prof. Filippo Muratori Professore associato di Neuropsichiatria Infantile dell'Università Degli Studi di Pisa e Direttore U.O. di Psichiatria dello Sviluppo del Dipartimento di Neuroscienze dell'età evolutiva dell'IRCCS "Stella Maris" di Pisa e la dott.ssa Sandra Maestro RCCS Stella Maris - Università di Pisa

I nucleo psicopatologico dei disturbi del comportamento alimentare.

- Psicosi?
 - Disturbo ossessivo-compulsivo?
 - Disturbo affettivo?
 - Kraepelin, Meyer & Andersen, 2007 "Overvalued beliefs"
 - Valori o credenze socioculturali largamente condivisi che diventano una passione dominante con la messa in atto di comportamenti a rischio - anche mortali - in una minoranza della popolazione, di solito durante gli anni della formazione dell'identità.
-

- Nei Disturbi Alimentari vi è una sopra-valutazione dei benefici derivanti dalla perdita di peso e dall'aver una forma corporea priva di grasso con conseguente messa in atto di comportamenti (dieta, iperattività, vomito, lassativi etc) che rapidamente vanno a costituire un fattore di rischio vitale.
- La BN è vista come un tentativo fallito di AN in soggetti che non hanno la perseveranza estrema nel contrapporsi alla fame indotta dal digiuno e che rinunciano transitoriamente, con grandi sensi di colpa, alla strenua difesa della credenza.
- Un esempio di come questa credenza sia potente è dato da quelle ragazze, credenti, che non possono ricevere l'ostia perché il valore della magrezza è più importante.

Il Disturbo Alimentare è un comportamento a rischio

- L'AN ha la mortalità più alta di ogni altro disturbo psichiatrico (19% senza trattamento). La BN può ugualmente essere mortale per gli squilibri idroelettrolitici (ipokaliemia) e per i gesti suicidari.
- Vi è spesso la convinzione (falsa) che si tratti di un disturbo volontario, che può risolversi per decisione personale e che il trattamento obbligatorio è futile e dannoso
- Andersen (2007) propone di considerarlo piuttosto come la situazione di una persona che si avvia volontariamente a fare una gita in canoa alle cascate del Niagara, gita che si trasforma ineluttabilmente in una propulsione a raggiungere le cascate senza riconoscerne più l'esistenza e la pericolosità.
- Quando è presente un grave disturbo affettivo, come una depressione maggiore con ideazioni suicidarie, o una schizofrenia con allucinazioni e pericolosità per la vita propria e altrui, il ricovero non è di solito messo in discussione anche se il paziente può non essere d'accordo.
- Perché per i disturbi alimentari gravi non è così?
- Esistono in letteratura diversi reports che segnalano come il trattamento non-volontario nella AN ha gli stessi effetti positivi del ricovero volontario, e che alla fine del ricovero i pazienti sono in grado di ringraziare l'equipe curante e di non considerare il ricovero come una pestilenza.
-

Un po' di storia...

- Fase 1. Casi sporadici seguiti all'interno di un reparto di NPI; senza risorse specificatamente dedicate; focus relazione individuale con la paziente.
- Fase 2. Creazione di un reparto adolescenti all'interno del quale vengono ricoverati i DCA; focus: individuo, gruppo dei coetanei, famiglia. La consulenza internistica è esterna alla NPI.
- Fase 3. Sezione DCA all'interno di una UOC di Psichiatria dello Sviluppo (identificazione di due posti letto dedicati in RO e di 3 posti letto (6paz) in Day Hospital. Personale dedicato: 1 NPI, 2 educatori, psicologo. Il Ricovero avviene sempre con un familiare. L'intervento sul cibo è indiretto.
- Fase 4. Entra a far parte dell'equipe il pediatra (~15 ore settimanali). Il corpo non è più gestito all'esterno dell'ospedale di NPI. Controllo diretto dell'alimentazione da parte dei due educatori.
- Fase 6. Entra a far parte dell'equipe un dietista. L'alimentazione è assunta come uno dei focus terapeutici. L'alimentazione assistita diventa una prestazione costante e ripetuta nell'arco della giornata.

- Fase 7. Si aggiunge la possibilità del ricovero in situazione di urgenza (diversificato da quello sui posti letto dedicati) solo per pazienti toscani in un tempo di 36 ore dal momento della richiesta da parte del NPI.

IRCCS Stella Maris: Protocollo di intervento per un disturbo psicosomatico

Efficacia trattamento

Tempestività + Team Multidisciplinare

Asse internistico

Terapie di rialimentazione (Sondino, integratori)

Terapie mediche

Sostegno alla alimentazione

Terapia psicofarmacologica

Asse psichiatrico

- gruppo psicopedagogico

Picoterapia di supporto

Terapia familiare

Esistono delle precise indicazioni al ricovero ospedaliero riconducibili tutte ad uno scadimento fisico e/o psichico tale da rendere impossibile un trattamento alternativo (ambulatoriale o in Day-Hospital).

Il ricovero rappresenta spesso il luogo in cui si creano le premesse per una alleanza terapeutica con il paziente e la sua famiglia, necessaria per ottenere una piena adesione al lavoro terapeutico successivo al ricovero.

Criteri per il Ricovero (Treasure, 2007)

- BMI < 13.5 o calo > 20% in sei mesi
- Cardiovascolari: Bradicardia < 40 b/m; Ipotensione < 90/60; Disidratazione
- Generali: ipoglicemia, compromissione epatica, renale, midollo osseo
- Psichiatrici: elevato rischio di suicidio; grave comorbidità (depressione, DOC); motivazione/consapevolezza molto ridotte

Intervento territoriale inattuabile

- Fallimento dell'incremento ponderale in trattamento ambulatoriale di due mesi.
- Problemi sociali gravi: isolamento; mancanza di supporto
- Patologia familiare

Ricovero Ordinario: caratteristiche generali (I)

- Durata media: 4-8 settimane
- Ricovero con i genitori
- OBIETTIVI
- Creare e mantenere la motivazione superando la resistenza al cambiamento
- Modifica attitudini di vita; distensione del clima familiare
- Creazione dell'alleanza terapeutica

- ◆ Recupero graduale del peso;
- ◆ Riduzione delle convinzioni errate sul peso, sul corpo e sull'alimentazione;
- ◆ Incidere sulla iperattività;
- ◆ Migliorare il sonno;
- ◆ Riduzione della psicopatologia associata

Ricovero Ordinario: caratteristiche generali (II)

- STRUMENTI
- Controlli pediatrici (+ esecuzione esami clinici)
- Riabilitazione nutrizionale
- Pasto assistito
- Gruppo psicopedagogico espressivo
- Psicoterapia individuale di sostegno
- Counseling genitoriale
- Terapia familiare
- Incontri di gruppo con i genitori
- Psicofarmacoterapia
- Terapia centrata sul corpo
- Intervento forzato quando necessario (alimentazione parenterale, sondino nasogastrico)

Alcuni elementi specifici del lavoro con gli adolescenti in ospedale

- Il piano terapeutico in ospedale tiene conto della particolare articolazione tra realtà interna e realtà esterna tipica del processo adolescenziale. In adolescenza la fragilità del mondo interno implica vari gradi di appoggio sulla realtà esterna e più il mondo interno è fragile più occorre lavorare sulla dipendenza dagli oggetti esterni (Spazio Psicico Allargato).

Alleanza terapeutica

- Alleanza terapeutica parallela con l'adolescente e con la famiglia.
- Creare e mantenere la motivazione al trattamento attraverso una informazione adeguata:
 - ◆ sul disturbo (caratteristiche cliniche, eventuali fattori causali, possibile decorso)
 - ◆ sulla gestione clinica (obiettivi e tempi del trattamento, figure specialistiche coinvolte, utilità degli psicofarmaci, ruolo della psicoterapia individuale e familiare).

La creazione dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti richiede molto tempo poiché è presente:

- ◆ non consapevolezza o negazione della malattia;
- ◆ sentimenti di paura espressione di un fisiologico conflitto tra dipendenza ed autonomia che si evidenzia anche nella relazione terapeutica.

Lavorare con la famiglia

Il coinvolgimento di tutta la famiglia, fin dalle fasi iniziali del trattamento:

- permette al trattamento di prendere avvio anche senza il consenso dell'adolescente;
- evita precoci interruzioni del trattamento ("non è cambiato niente; è già migliorato; non vuole più venire").

Lavorare con la famiglia

- Famiglia come risorsa per mobilitare il paziente.
- Chiarire l'eziologia: decolpevolizzare ma responsabilizzare
- Sostenere i genitori permette loro di essere di reale sostegno al figlio senza sottomettersi ad esso.
- Rendere i genitori consapevoli:
 - ◆ delle possibilità e delle sfide connesse al recupero del peso;
 - ◆ delle possibili ricadute
 - ◆ dei cambiamenti indotti dal trattamento.
- Migliorare i ruoli intrafamiliari
- Affrontare le ansie presenti al momento del pasto
- Focalizzarsi sul funzionamento parentale, sui legami trigenerazionali e sul legame di coppia.

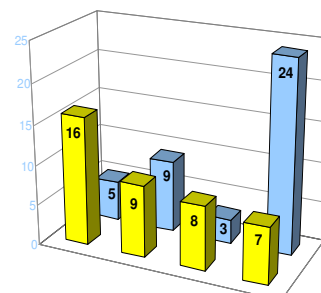
PBI

ALTA PROTEZIONE controllo ed iperprotezione

- CONTROLLO PRIVO DI AFFETTO
- AFFETTO CONTROLLATO
- BASSA CURA rifiuto ed indifferenza
- ALTA CURA cura ed empatia
- LEGAME DEBOLE ASSENTE
- LEGAME OTTIMALE
- BASSA PROTEZIONE indipendenza ed autonomia

RAPPRESENTAZIONI GRAFICHE DELLA DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI RISPETTO ALLO STILE GENITORIALE GLOBALE

- Campione
- Controllo



Terapia della Famiglia

- Gull & Lasegue (1873): 'le cattive famiglie'
- Bruch (1973): la famiglia come ostacolo al trattamento individuale

- Minuchin (1975): famiglia psicosomatica
- Selvini Palazzoli (1978): famiglia anoressica
- Russel (1987): gli effetti della terapia familiare sono superiori a quelli della psicoterapia individuale
- Geist (2000): Terapia familiare e gruppo familiare psicoeducazionale hanno effetti simili
- Dare (2000): Atteggiamento 'agnostico' sulle cause. Terapia parallela con i genitori e il ragazzo pare essere superiore alla terapia familiare.
- Dare (2001): terapia familiare e terapia psicodinamica sono superiori a terapie cognitive

Psicoterapia individuale

- Relazione basata su empatia, accettazione, flessibilità, apertura ed onestà indipendentemente dall'orientamento teorico scelto.
- Terapeuta come aiuto ad orientarsi nel suo mondo interno attraverso le relazioni esterne (Spazio Psicico Allargato).
- Chiarificazione piuttosto che interpretazione. La caratteristica iniziale della psicoterapia deve tenere conto del fatto che l'adolescente con anoressia:
 - ◆ non la vuole fare o non sa cosa sia;
 - ◆ ha ridotte capacità introspettive (anche a causa del digiuno);
 - ◆ ha un funzionamento molto concreto che non gli permette di elaborare in modo astratto i propri problemi e conflitti interiori.

NICE (2003)

- 6 RCT (297 pazienti). La psicoterapia produce effetti rispetto al trattamento 'as usual'.
- Terapia Cognitivo-comportamentale, Terapia Interpersonale, Terapia Familiare, Terapia Psicodinamica Focale, nessuna mostra di avere una efficacia maggiore. (Dare, 2001: RCT; 84 outpatients; FT or FPP or CAT or routine FPP and FT were superior to routine, more then CAT)
- La durata ed intensità del trattamento non sembra essere un fattore discriminante (Kachele, 2001: Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of ED in Germany Length of treatment showed a weak effect on outcome for 1.171 patients. Positive effects when inpatient and outpatient treatment are not separated).

Sondino nasogastrico

Il suo scarso uso e l'assenza di studi in letteratura è cosa abbastanza strana considerando che:

- il recupero del peso migliora lo stato fisico e cognitivo; e permette agli psicofarmaci di agire
- il difettoso svuotamento gastrico e la ridotta motilità intestinale costituiscono una difficoltà maggiore per ogni programma di rialimentazione, suscitando spesso un distress sia fisico che psicologico
- la necessità di dimettere in tempi brevi costringe spesso a dimettere a peso minimo non raggiunto e il basso peso alla dimissione comporta il rischio di riospedalizzazione.
- ha una storia di efficacia e di sicurezza relativamente al suo uso in altri disturbi pediatrici

Sondino nasogastrico

Problemi etici. Manovra invasiva, coercitiva, intrusiva e violenta.

- Nasogastric Feeding in Children and Adolescents with ED: Toward Good Practice. Neiderman, Lask et al Int J Eat Disorder, 2000

- I pazienti ricordano di avere inizialmente rifiutato il consenso e di aver resistito alla alimentazione nasogastrica; ma retrospettivamente la vedono come una necessità e che non c'erano alternative.

Se dovessero ora consigliare un compagno che si trova nella stessa situazione gli direbbero semplicemente che è meglio mangiare ma anche che il sondino può essere di qualche aiuto.

Day hospital

- Generalmente, il trattamento in day-hospital rappresenta una tappa intermedia del percorso riabilitativo dei DCA.
- Il DH viene effettuato in tutte quelle situazioni in cui il quadro internistico non è particolarmente grave, ma in cui il disturbo alimentare è ancora importante e tale, quindi, da richiedere un intervento multidimensionale.
- Il DH può essere graduato nella intensità di frequenza

Obiettivi da raggiungere nel corso del trattamento sono:

- normalizzazione delle condotte alimentari con progressivo aumento dell'introito calorico, controllo delle abbuffate e/o riduzione delle condotte di svuotamento;
- recupero, laddove è necessario, del peso corporeo con raggiungimento di un BMI pari a 18;
- ripristino delle attività ed interessi precedenti al disturbo alimentare (frequenza scolastica, attività sociali di vario tipo, etc.);
- trattamento dei fattori individuali e familiari che possono sostenere il disturbo alimentare.

IRCCS Stella Maris: Principali attività in DH terapeutico

- Aperto tutti i giorni della settimana ma con frequenza diversificata
- Gruppo terapeutico a frequenza bisettimanale (lunedì/venerdì) dalle 9 alle 14;
- Gruppo di 5-6 pazienti e due educatori professionali. Ogni paziente frequenta il day-hospital per 6 mesi al termine dei quali viene valutata la necessità o meno di proseguire con altri 6 mesi in DH bisettimanale o con una presa in carico meno intensiva;
- Attività psicopedagogiche individuali o di gruppo (a tema: disegno di gruppo/lettura e discussione; visione di un film; attività di cucina, etc.);
- Colloqui individuali;
- Colloqui familiari o terapia familiare (a seconda dei casi);
- Gruppo dei genitori;
- Controllo del peso;
- Controllo pediatrico (alimentazione e condizioni generali);

- Esami internistici
- Pasto assistito.
- Sostegno alla terapia psicofarmacologica

Conclusioni

- I DCA nei bambini e negli adolescenti hanno esigenze diverse rispetto a quelli degli adulti
- Non vi è alcuno studio controllato su bambini e adolescenti con DCA e quindi le linee guida si basano su studi non controllati, esperienze personali o dati desunti dalla letteratura su adulti
- Il ricovero che comprende una terapia ambientale e una focalizzazione sul sintomo permette di avviare più rapidamente il recupero del peso; una valida alternativa può essere la combinazione di DH, terapia individuale e familiare.
- Il coinvolgimento familiare è essenziale per la buona riuscita del trattamento
- Vi è largo consenso sul fatto che la psicoterapia individuale (indipendentemente dal sistema teorico di riferimento) è necessaria
- Il ricovero non è generalmente necessario per la BN
- La terapia farmacologica può essere un valido supporto

Il trattamento dei DCA richiede sempre un team multidisciplinare capace di occuparsi della paziente nella sua individualità e globalità:

- ◆ Compiere una valutazione integrata internistica, nutrizionale, psicopatologica, sociale e familiare
 - ◆ Fare la diagnosi, stabilire la gravità del quadro clinico, decidere la necessità o meno della ospedalizzazione
 - ◆ Sostenere il paziente nel recupero di uno stato nutrizionale adeguato e nel riacquisto graduale del peso
 - ◆ Garantire una rieducazione alimentare
 - ◆ Curare i disturbi psicopatologici associati
 - ◆ Incidere sui legami familiari disfunzionali
 - ◆ Migliorare la motivazione al trattamento
 - ◆ Affrontare i pensieri e gli stati d'animo riguardanti l'acquisto di peso e la forma corporea
 - ◆ Seguire il paziente nel tempo mantenendo una alleanza terapeutica
-

5. I Disturbi del Comportamento Alimentare in età evolutiva: l'importanza di una riflessione

A cura del prof. Emilio Franzoni Direttore U.O. Neuropsichiatria Infantile, Università di Bologna Centro regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare per l'età evolutiva "dott.sa Annarosa Andreoli" Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna

DCA in Età Evolutiva

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono condizioni estremamente complesse, che hanno radici profonde in situazioni psicologiche, biologiche e sociali. Definite come patologie dello sviluppo, piuttosto che "solo" mentali, si distribuiscono lungo un continuum assumendo caratteristiche differenti nelle diverse fasce di età.

Epidemiologia

Prevalenza :

0,3% anoressia nervosa;

1% bulimia nervosa;

6% disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS - Eating Disorder Not Otherwise Specified).

Il sesso femminile è rappresentato per il 90-95% circa della popolazione, dovendosi registrare un aumento di quello maschile negli ultimi anni.

Esordiscono prevalentemente

in età adolescenziale

l'Anoressia Nervosa (AN),

la Bulimia Nervosa (BN)

e i Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati

Recenti segnalazioni:

- abbassamento della soglia d'insorgenza di tutti i DCA, con la comparsa sempre più frequentemente del disturbo in età prepubere, dove la differenza di sesso è certamente molto meno significativa.

Infatti, nella valutazione delle diverse fasce di età, un comportamento “anoressico” è già sicuramente osservabile nel corso della prima infanzia (0-3 anni) mentre un comportamento a tipo “binge eating” è invece riscontrabile dalla terza infanzia (6-10 anni).

➤ aumento dell'incidenza dell'obesità;

in realtà sembra che circa il 30% di essa potrebbe essere un vero e proprio disturbo del comportamento alimentare, del tipo “alimentazione incontrollata”.

Continuità Clinica DCA

Clinici e ricercatori hanno sottolineato quanto l'evoluzione dei dist. alimentari infantili (in termini di continuità temporale e tendenza a persistere) rappresentino fattori di rischio per lo sviluppo di ulteriori dist. evolutivi: lo scarso appetito ed il rifiuto selettivo del cibo, ad esempio, possono essere predittivi di un disturbo alimentare futuro?

Come nasce questo Convegno?

Necessità di un confronto per capire come siamo organizzati a livello nazionale.

Cosa stiamo facendo

Cosa potremo fare se struttureremo una rete inter-regionale, almeno per l'età evolutiva

Obiettivi di prevenzione: chi meglio del neuropsichiatra infantile coadiuvato da pediatri e psicologi dell'età evolutiva?

Quali sono le metodologie migliori di intervento?

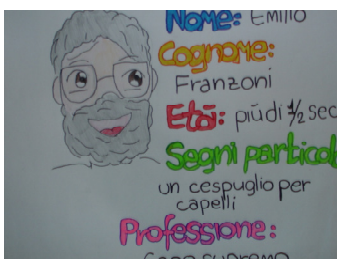
Ci possiamo “fidare” dell'approccio anglosassone?

Abbiamo qualcosa di meglio da offrire?

Dove sono i nostri risultati?

In tutti i Centri si lavora in equipe?

In tutti i Centri ci si rivolge alla famiglia come risorsa?



“Presentazione degli interventi (ambulatorio e degenza) nel Centro regionale per adolescenti della Regione Emilia-Romagna”

Equipe Terapeutica Multidisciplinare

- Neuropsichiatra Infantile
- Pediatra
- Psicoterapeuta
- Dietista
- Infermiere professionale
- Educatore professionale
- Specializzando
- Tirocinante
- Studente
- Volontario
- Ausiliario

REPARTO

MODALITA' DI ACCESSO

- Ricovero programmato (Ambulatorio divisionale o libera professione, DH NPI o consulenza in altri Reparti)
- Ricovero urgente (Ambulatorio divisionale o Pronto Soccorso)
- Trasferimento da altro Reparto di degenza o da altri Ospedali della provincia, della regione o extra-regione

PERCORSO

- MEDICO
- PSICOLOGICO
- DIETOLOGICO

REPARTO PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

- Raccolta dell'anamnesi
- Esame obiettivo generale e neurologico
- Misurazione dei dati antropometrici: peso, altezza, BMI (peso/altezza in metri al quadrato), peso ideale e peso target secondo indicazione clinica

REPARTO PROTOCOLLO DIAGNOSTICO

- Esami ematochimici di routine e dosaggi ormonali
- Esame urine +/- urinocoltura
- ECG + visita cardiologica
- Densitometria ossea
- RM encefalo

In aggiunta, secondo indicazione clinica:

- Ecografia addome completo
- Consulenza ginecologica ed eventuale ecografia pelvi
- Consulenza endocrinologica ed eventuale ecografia tiroide
- Consulenza gastroenterologica ed eventuale esofagogastroduodenoscopia e/o indagine radiografica
- Ecocardiogramma
- Consulenza dermatologica
- Consulenza odontoiatrica
- Valutazione psicodiagnostica e presa in carico psicologica
- Valutazione e presa in carico dietologica

REPARTO TERAPIA

- TRATTAMENTO PSICOFARMACOLOGICO
- TERAPIA NUTRIZIONALE (nutrizione enterale integrativa mediante sondino naso-gastrico, nutrizione parenterale mediante catetere venoso periferico o centrale)
- TERAPIA delle COMPLICANZE

REPARTO

Approccio Psicologico

- Colloqui psicologici individuali
- Colloqui psicologici familiari
- Gruppi di sostegno
- Test di personalità
- Riabilitazione nutrizionale con supporto psicologico

Colloqui Psicologici Individuali

- Frequenza: bisettimanale
- Obiettivi:
 - Inquadramento psicodiagnostico approfondito
 - Significato funzionale del sintomo rispetto alla struttura di personalità
 - Individuazione dei fattori predisponenti, scatenanti e perpetuanti del disturbo alimentare
 - Motivazione al cambiamento
 - Lavoro sulla consapevolezza rispetto alla funzione del disturbo alimentare

REPARTO

Colloqui Psicologici Familiari

- Frequenza: settimanale
- Obiettivi:
 - Anamnesi psicologica remota e recente
 - Storia del sintomo ed eventuale evoluzione temporale
 - Precedenti interventi terapeutici

- Significato funzionale del sintomo rispetto alla famiglia
- Individuazione dei fattori predisponenti, scatenanti e perpetuanti del disturbo alimentare
- Sostegno alla famiglia nel recupero delle funzioni genitoriali
- Facilitazione della comunicazione fra genitori e figlio

REPARTO

Gruppi di Sostegno

- Gruppo pazienti reparto:
- Frequenza bisettimanale
- Obiettivi:
 - Stimolare e facilitare gli aspetti relazionali e interpersonali
 - Approfondimento delle problematiche legate alla dismorfofobia
 - Identificazione speculare
 - Condivisione delle difficoltà quotidiane contingenti
- Gruppo genitori reparto
- Frequenza settimanale
- Obiettivi:
 - Informazioni generali sul disturbo alimentare
 - Condivisione delle problematiche concrete relative alla situazione contingente
 - Condivisione dei vissuti genitoriali rispetto al ricovero del proprio figlio

REPARTO

Test di Personalità

- SAFA: scale psichiatriche di autosomministrazione per fanciulli e adolescenti di C. Cianchetti e G. Sannio Fancello (2001)
- EDI 2: eating disorder inventory II (adattamento italiano a cura di M. Rizzardi e G. Trombini) di D. M. Garner (1995)
- MMPI-A: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (adattamento italiano a cura di S. Sirigatti e P. Pancheri) di J. N. Butcher, C. L. Williams et al. (2001)
- Test carta e matita

AMBULATORIO DCA

- **PRIME VISITE**

Dal lunedì al venerdì Richiesta del curante

- **CONTROLLI**

Lun, Mart, Mer, Giov, Ven ore 8.30 - 12.30 Senza richiesta del curante

- **PERCORSO**

Medico

Psicologico

Dietologico

- anamnesi e visita
- spiegazione del DCA e delle sue conseguenze
- parametri auxologici (p,h,BMI)
- prescrizione eventuali esami (vedi protocollo DCA)
- prescrizione eventuale terapia
- obiettivo successivo controllo
- referto scritto al curante

Inquadramento Psicodiagnostico

Durante il percorso in ambulatorio è prevista una serie di 4-5 colloqui psico-diagnostici per inquadrare il problema e poter definire il progetto di cura.

Il percorso prevede inoltre l'utilizzo di questionari auto valutativi sui D.C.A., e nel caso vengano riscontrate nelle prime sedute idee di riferimento sul versante psicotico si procede con una testistica più mirata (Roscharch, T.A.T., M.M.P.I.).

Primo accesso in ambulatorio

Tramite un'iniziale indagine psicologica sul paziente e sui genitori (se questo è minorenne o se decide di renderli partecipi) si valutano 3 aspetti indicativi della possibilità di intervento:

- 1) La consapevolezza del problema
- 2) Motivazione all'accesso
- 3) Aspettative nei riguardi della guarigione

La consapevolezza del problema

E' stato il paziente o i famigliari a chiamare?

- Il problema esiste per il paziente o è ancora visto da questo come una soluzione?

La motivazione all'accesso

- Il paziente pensa di potercela fare da solo e senza aiuto clinico oppure sente bisogno di aiuto?

Aspettative nei riguardi della guarigione

- Il paziente pensa di poter guarire velocemente o crede che il percorso sarà più lungo?
- Che aspettative hanno i genitori?
- Coincidono con quelle del figlio?
- Sono realistiche?

Colloqui psicodiagnostici

- Nelle prime sedute l'ascolto è rivolto al problema riportato dal paziente e in questo ambito si fa luce su quali sono state le strategie usate in passato per affrontarlo e quali sono le situazioni in cui questo si aggrava, valutando le risorse personali ed ambientali attivate.

- Al terzo incontro se il paziente è minorenne o se pure esprime la volontà di coinvolgere i famigliari nel percorso di cura è previsto un momento di confronto con questi ultimi dove vengono valutati alcuni aspetti coinvolti nel D.C.A.:

- Il tipo di parenting
- I ruoli impersonati dai famigliari
- la concordanza nell'educazione del proprio figlio
- Lo sviluppo psico-motorio di questo e dei fratelli
- Gli eventi traumatici vissuti all'interno della famiglia e la possibile risonanza di questi sul disturbo
- La presenza di eventuali altri D.C.A. all'interno della famiglia e la possibile influenza di questi sul caso.
- L'atteggiamento della famiglia nei confronti del D.C.A. del figlio.

- Nell'ultimo colloquio si procede ad una restituzione dove si fa luce sull'esistenza effettiva di un D.C.A., vengono riportate le problematiche incontrate dal paziente e si valuta la possibilità di un invio terapeutico esterno (individuale, familiare e di coppia) o di poter partecipare alle iniziative di gruppo rivolte all'utenza dell'ambulatorio.

Gruppo di sostegno rivolto ai genitori

Esso è rivolto ai genitori che sentono un'esigenza specifica di nutrimento informativo sui D.C.A. e di confronto con altri vissuti per sostenere il proprio figlio verso la guarigione. Il pacchetto è composto da 10 incontri, in cui viene affrontata e discussa con l'operatore tutta la costellazione sintomatologica tipica del D.C.A.

Gruppo di psicodramma

E' rivolto a ragazze dai 17 anni qualora non siano supportate da un psicoterapia e necessitano di un sostegno psicologico

Gruppo di teatro

E' rivolto a ragazze dai 20 ai 30 anni per facilitare la loro espressione corporea e creatività in un ottica di sostegno

Gruppi di auto-aiuto

E' rivolto a ragazze dai 18 ai 30 anni ed è composto da ex pazienti che incontrano le pazienti, per discutere e risolvere alcune dinamiche relative al disturbo

6. " 0-10 anni, gli esordi"

A cura del dott. Leonardo Sacrato Psicologo clinico - psicoterapeuta dell'Età Evolutiva, U.O. di Neuropsichiatria Infantile e Centro a Valenza Regionale per i DCA in Età Evolutiva, Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna e di Anna Fracasso

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono condizioni cliniche caratterizzate da un rapporto alterato con il cibo e con il proprio corpo tale da compromettere la qualità della vita e delle relazioni sociali della persona affetta

Rappresentano un gruppo eterogeneo di disordini caratterizzati da una molteplicità di sintomi che si manifestano attraverso un comportamento alimentare disturbato

Caratteristiche unanimemente riconosciute: insorgenza in età sempre più precoce; prevalenza in soggetti adolescenti e di sesso femminile; recente e rapida diffusione anche nei maschi; tendenza alla cronicizzazione

Nella 1° infanzia, trovando un primato del corpo sulla mente, si può osservare, rispetto altre fasi evolutive, un'espressione sintomatica, di un disagio o trauma, a carico del corpo o di una sua funzione primaria

Il corpo diviene quindi palcoscenico tramite e sul quale si esprime un vissuto (disfunzionale) che in molte occasioni si lega intimamente al rapporto con le principali figure di accudimento

Diviene quindi necessario:

1. adeguare le risposte
2. organizzare le risorse
3. programmare gli interventi per i piccoli pazienti e le loro famiglie

Il bisogno alimentare è presente dalla nascita e costituisce uno delle prime modalità di comunicazione del bambino nei primi anni di vita. Quanto si stabilirà tra madre e neonato diventerà poi uno dei primi organizzatori della personalità e del comportamento del bambino. La scelta del sintomo risulterebbe in qualche modo "obbligata" visto che il momento del pasto rappresenta uno dei principali "luoghi" di interazione e relazione con la figura materna, anche l'unico che può veicolare la presenza di un disagio che si situa in realtà altrove

Negli ultimi 6 anni abbiamo seguito 121 bambini: 48 maschi, 73 femmine. Tale campione, costituito prevalentemente da soggetti di età non superiore agli 11 anni, comprende anche 6 pazienti fra i 12-14, selezionati per tratti di immaturità generalizzata

Anno di Valutazione	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (Gennaio - Settembre)
Numero Pazienti	1	5	19	34	29	33
DIAGNOSI PER GRUPPO DI PAZIENTI	n.1 Anoressia Nervosa	n.1 - Anoressia Nervosa n.1 Disturbo Emotivo da Rifiuto del Cibo n.2 - Alimentazione Selettiva n.1 - Disturbo da Mancanza di Reciprocità	n.2 - Avversione Sensoriale per il Cibo n.2 - Anoress. Nervosa n.3 Bulimia Nervosa n.1 Disturb. Assoc. a Condizione Medica n.3 Alimentazione Selettiva n.1 Disfagia Funzionale n.6 - Disturbo Emotivo da Rifiuto del Cibo n.1 Disturbo da Mancanza di Reciprocità	n.8 - Anoressia Nervosa n.2 - Bulimia Nervosa n.4 - Disturbo Emotivo da Rifiuto del Cibo n.4 Aliment. Selettiva n.6 - Disfagia funzioz. n.1 - Dist. da Mancanza di Reciprocità n.2 - Dist. Alimentare Post-Traumatico n.2 - Obesità Infantile n.1 - Anoressia Infant. n.3 - Avversione Sens. al Cibo n.1 Disturbo Assoc. a Condizione Medica	n.2 - Anoressia Nervosa n.4 - Bulimia Nervosa n.11 - Dist. Emotivo da Rifiuto del Cibo n.3 - Alimentazione Selettiva n.3 Disfagia Funzionale n.1 - Disturbo di Regolazione dello Stato n.3 - Anoressia Infantile n.1 - Avversione Sensibilità al Cibo n.1 - Disturbo Alimentare Post-Traumatico	n.5 - Anoressia Nervosa n.2 - Bulimia Nervosa n.9 - Disturbo Emotivo da Rifiuto del Cibo n.6 Alimentazione Selettiva n.4 Disfagia Funzionale n.2 - Avversione Sens. al Cibo n.2 - Dist. Alimentare Post-Traumatico n.3 - Disturbo Assoc. a Condizione Medica

Le vecchie classificazioni non soddisfano più poiché non tengono conto di aspetti quali la qualità degli stili di attaccamento, la connotazione che il cibo assume nella relazione con il caregiver, l'emotività del soggetto, ecc.

Chatoor:

- Dist. alimentare dell'omeostasi
- Dist. alimentare dell'attaccamento
- Dist. alimentare di separazione (anoressia infantile)

- Avversione sensoriale al cibo
- Dist. alimentare associato a condizione medica
- Dist. alimentare post traumatico

Workgroup for Classification for Eating Disorders in Children and Adolescent (WCEDCA):

- Disturbo emotivo di rifiuto del cibo
- Fobia del cibo (include anche Disfagia funzionale)
- Rifiuto pervasivo
- Alimentazione selettiva
- Anoressia secondaria a depressione
- Bulimia nervosa

La diagnosi più frequente risulta il Disturbo Emotivo da Rifiuto del Cibo (25,4%). Vengono poi le diagnosi di Alimentazione Selettiva (15,6%), Anoressia Nervosa (15,6%), Disfagia Funzionale (11,5%) e Bulimia Nervosa (9%). Nei più piccoli (0-3 anni) si riconosce invece una prevalenza di Avversione Sensoriale al Cibo (6,5%).

Maggiore percentuale dei disturbi nel sesso femminile rispetto a quello maschile con uguale prevalenza della diagnosi di Disturbo Emotivo da Rifiuto del Cibo nei due sessi. Nell'età compresa tra 0-3 anni tale percentuale si inverte con un numero maggiore di soggetti di sesso maschile. Importante considerare anche le modalità educative alimentari adottate dai genitori; spesso tendono ad assumere una minore gestione a scapito di una autogestione, di tipo disfunzionale, da parte del bambino. Il disagio del bambino, non tollerato, contenuto od elaborato dal genitore, trova una sua espressione attraverso il corpo nel sintomo. Il corpo svolge così un'importante funzione comunicativa.

Si profila così una lettura dei disturbi alimentari precoci in chiave relazionale, evidenziando l'importante ruolo svolto dal legame di attaccamento nella loro genesi.

La nutrizione diviene così luogo d'incontro privilegiato per l'emergere ed il progredire di una adeguata relazione adulto/bambino. L'insieme di tali scambi costituirà un sistema di regolazione in cui ciascuna parte influenza e regola l'altro, favorendo od ostacolando l'adattamento e la crescita psicologica.

Il padre entra indirettamente nella relazione del figlio con la madre, passando per la realtà psichica di quest'ultima, come elemento che fa parte del suo mondo interno.

IL PADRE INCENTIVA:

- l'individualizzazione del bambino così che la sua onnipotenza sulla madre termini,
- la consapevolezza, da parte del bambino, dei confini del suo corpo,
- la presa di coscienza dell'esistenza di una realtà al di fuori della diade.

La valutazione clinico-diagnostica dei DCA nell'infanzia deve sempre considerare le caratteristiche del bambino e delle figure di attaccamento, assieme alle loro dinamiche relazionali all'interno del contesto di vita e lungo il continuum dello sviluppo. La presenza di questi disturbi può rivelare la presenza di un problema di fondo più complesso che si esprime lungo un continuum che va dalle lievi alterazioni delle funzioni alimentari fino al rifiuto totale del cibo. Nello sviluppo dei pattern alimentari della prima infanzia le caratteristiche individuali (bambino-adulto) e gli scambi interattivi regolari e coerenti, costituiscono un sistema diadico di regolazione dei ritmi biologici del bambino.

Data l'incidenza e la varietà dei DCA nell'infanzia diviene importante disporre di classificazioni diagnostiche che consentano di riconoscere sia i disagi transitori che le forme sub-cliniche, prima che divengano veri e propri quadri psicopatologici.

Dobbiamo anche segnalare che nella nostra casistica sono presenti, per quanto in numero esiguo, piccoli pazienti affetti da obesità senza una sottostante causa di tipo organico o metabolico. Dobbiamo chiederci come mai fino ad ora tale condizione clinica non sia stata prevista nelle Classificazioni Diagnostiche in uso, considerando che da studi recenti l'obesità in età pediatrica si aggira tra il 20-30%.

A nostro avviso sarebbe opportuno inserire a pieno titolo l'Obesità Infantile all'interno delle nuove classificazioni che fanno riferimento ai disturbi o alle alterazioni delle condotte alimentari nell'infanzia.

7. "L'aiuto alle famiglie"

A cura di dott.ssa Francesca Savarino, Psicologa, psicoterapeuta dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile e Centro a Valenza Regionale per i DCA in Età Evolutiva, 'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna

Alcune percentuali rilevanti

Nel campione di 64 pazienti anoressiche afferenti ricoverati in lungo degenza fra il 2003 e il 2008 :

Il 67% ha un'età compresa tra i 13 e i 18 anni.

Il 25% ha un'età compresa tra 8 e i 12 anni.

Nell'84 % dei casi la famiglia è unita (in accordo con le percentuali espresse da Lock nel 2008 sull'affluenza del Moudsley Hospital di Londra).

Non c'è una differenza numerica fra la prima e la seconda genitura (rispettivamente 42,2% e 43,8% del campione totale).

La differenza fra un nucleo di base (3 elementi) e un nucleo allargato (almeno 4 elementi) è netta: 73% contro il 26,6%. Inoltre nella maggior parte dei casi si tratta proprio di un nucleo di 4 elementi (42,2% dei casi).

1° Step: ingresso in reparto della famiglia

Incontro: madre-padre

medico-psicologo familiare

Tipo di intervento psico-educativo:

Come funziona il reparto?

Come ci dobbiamo comportare noi genitori in reparto?
Come funziona l'anoressia di nostra/o figlia/o?
E' colpa nostra se nostra/o figlia/o si è ridotta così?

2° Step: intervento sulla famiglia

Percorso strutturato che tiene conto dei diversi aspetti che possono essere utili alla formulazione di un'ipotesi fondante:

- Sviluppo psicodinamico dei genitori e fenomeni di transgenerazionalità;
- Natura della coppia;
- Aspetti qualitativi della genitorialità nella famiglia in esame;
- Eventi traumatici intra-famigliari.

Questo modello di intervento per funzionare deve essere sorretto da una comunicazione costante tra lo psicoterapeuta familiare e l'equipe

(terapeuta individuale, terapeuta di gruppo, medico e dietista), che garantisce la conoscenza "day by day" dei bisogni del paziente.

1° livello di indagine:

Una seduta iniziale con tutti e due i genitori per la raccolta dati della cartella clinica.

Due sedute individuali per ciascun genitore, per la raccolta storica e transgenerazionale.

Ciclo di sedute di coppia, per confrontare le ipotesi del clinico con i genitori, su quali siano stati i fattori facilitanti

le dinamiche familiari che non funzionano (mala-comunicazione, simbiosi, falsi sé ecc..).

Discussione conflitto e accettazione.

Formulazione assieme ai genitori di nuovi modelli comportamentali.

2° livello di indagine:

Sedute di inserimento del figlio.

Osservazione dell'interazione figlio genitori

Sperimentazione ed esplicitazione di quanto elaborato in precedenza.

Fenomeni tipici

Come riportato da Minuchin (1980) esiste una correlazione strettissima fra l'iniziale alleanza terapeutica e la purezza del sintomo:

Più il paziente ricade nei criteri anoressici e più la famiglia appare all'inizio compiacente e dimentica di riferire gli aspetti familiari che ostacolano l'autonomia del figlio in crescita.

L'intervento terapeutico deve farsi, più massiccio, adesivo alla realtà e in alcuni momenti provocatorio per suscitare la messa in discussione da cui la famiglia scappa.

La compliance rimane comunque difficile a causa della tendenza dei membri a rimettersi nella posizione iniziale una volta terminato il ricovero.

In caso di anoressie miste, bulimie nervose o altre commorbidità, lo scenario familiare si fa più variegato e il terapeuta deve essere preparato a gestire verbalizzazioni e agiti aggressivi da parte dei genitori, sia nei confronti del figlio sia nei confronti di quest'ultimo (Kassett et al , 1989) .

Il terapeuta deve riconoscere e autorizzare i sentimenti di rabbia, frustrazione e impotenza ed esplicitare che la loro esperienza con un figlio anoressico per quanto sia conosciuta dall'equipe, rimane un'esperienza traumatica che merita una elaborazione comune.

L'alleanza terapeutica più difficile del primo caso, quando ottenuta, diventa più stabile nel tempo.

Durante l'anamnesi familiare nel caso di anoressie bulimiche, bulimie , psicosi "mascherate" è facile imbattersi in dist. Psichiatrici nei genitori (Santonastaso, 1997)

Il terapeuta propone un percorso parallelo successivo alla dimissione del figlio per i genitori presso una struttura di competenza .

Nel 50% dei casi il genitore accetta l'invio

Primo livello d'indagine (i colloqui separati e poi in coppia)

L'immagine parentale è una potentissima chiave di lettura per tracciare un modello teorico provvisorio che possa spiegare gli agiti familiari più traumatici, fino al vero e proprio agito dell'anoressia che compie il figlio malato.

Qualità emotiva dell'ambiente originario del genitore per capire:

- Quale modello genitoriale è stato introiettato e quale (se c'è stato) è stato rifiutato.
- La relazione storica nonni-genitori:

quando l'"altro" è assente, per decesso o per allontanamento.

- Il carico familiare dovuto a ciò e ad altre variabili come ad es. l'indisponibilità economica)
- Le dipendenze ancora attive fra il nuovo e il vecchio nucleo e come queste abbiano potuto influenzare il legame di attaccamento coi propri figli.

Tipo di idealizzazione amorosa sul partner;

- Fattori di forza e fattori di debolezza della coppia.
- Presenza di agenti esterni alla coppia leganti (motivazioni economiche, morali, coazioni a ripetere il modello di amore patologico, internalizzato dai propri genitori).
- Presenza di un sentimento amoroso (almeno nell'infanzia del figlio per ipotizzare una triangolazione) .

Secondo livello d'indagine

Analisi dell'interazione genitori figlio, per capire:

Se il modello formulato nel primo livello d'indagine è confermato.

Per osservare assieme ai genitori se il proprio atteggiamento sta cambiando in funzione di quanto formulato assieme precedentemente.

Manovre terapeutiche sulle “famiglie “anoressiche”

- **Sostegno ai genitori sulla sensazione di efficacia nel parenting.**
- **Scardinare le prese di potere e le manipolazioni dei figli, tramite un'autorizzazione alla regolamentazione della famiglia.**
- **Sostegno alla coppia se vincolata da sentimento amoroso (spesso i sentimenti sono provati dalla malattia, un genitore è indulgente e l'altro è troppo rigido sulla gestione del figlio. Spesso l'anoressia ha quindi una funzione separatrice).**
- **Discussione con la coppia non sostenuta da sentimento sulla solidità degli agenti esterni leganti e sulle intenzioni dei due membri a lungo termine: una coppia “scoppiata” è comunque una coppia di genitori.**
- **Sostegno della figura paterna come principio separatore della coppia madre figlio in caso di simbiosi.**
- **Sostegno alla madre nell'incoraggiare l'avvicinamento fra padre e figlio in caso di padre assente.**
- **Sostegno al figlio nell'esprimere i propri desideri e i propri sentimenti negativi assertivamente di fronte ai genitori.**

Sostegno anche al figlio nell'accettare il cambiamento.

Fenomeni transferali momentanei in reparto: cosa succede quando la famiglia cambia e il paziente non è pronto?

Il comportamento verso il genitore si trasferisce all'equipe:

- Il paziente fa richieste di soddisfazione immediata dei suoi bisogni.
- Il paziente si fa più aggressivo.
- Il paziente pretende di controllare l'equipe
- (ad es: si impone su quanto lo psicologo debba mangiare a pranzo o si preoccupa dell'esattezza dei quantitativi di cibo che l'equipe fornisce agli altri pazienti).

Assetto finale (la famiglia alla dimissione)

- La comunicazione fra i membri è più limpida.
- I genitori sono più consapevoli del loro ruolo perché hanno sperimentato durante i permessi il grado di autoefficacia.
- Sono nati degli spazi nuovi fra i membri anche al di fuori della famiglia.
- Il concetto della crescita è condiviso ed è un compromesso tra le paure del figlio e le aspettative del genitore più sano fra i due.

Bibliografia

Minuchin S., Rosman B.L. Baker L., Famiglie psicosomatiche. L'anoressia Mentale nel contesto familiare., Astrolabio, 1980.

Stone M.H., Pazienti trattabili e pazienti non trattabili. I disturbi di personalità, Raffaello Cortina editore, 2007.

O'Leary C.J. , Counseling alla coppia e alla famiglia

Un approccio centrato sulla persona, Ed Erckson, 2007.

De Giacomo P., Renna C., Santoni Rugiu A., *Anoressia e Bulimia. Inquadramento clinico e terapeutico con particolare riferimento alle psicoterapie brevi*, Ed.Piccin, 1992.

Bruch, H. (1983), *La gabbia d'oro*, Feltrinelli , Milano.

Bruno W., Trombini G. (1994) «Anoressia e Bulimia sintomi di crisi psicologica in adolescenza». In: Molinari S., Pazzagli A., Ravasini C., Rossi N., Sirigatti S., Trombini G., *Introduzione alla clinica psicologica*, Zanichelli, Bologna, 1994.

Santonataso P, Saccon D, Favaro A, Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders: a preliminary study. *Eating Weight Disord*, 2: 44-48, 1997.

Santonastaso P, Zambenedetti M, Favaro A, Favaron C, Pavan T. Family psychiatric morbidity in eating disorders. *Eur Eating Disord Rev*, 5: 3-10, 1997.

8. “L'aiuto alle Famiglie”

A cura di dott.ssa Raffaella Valentini Psicologa, psicoterapeuta dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile e Centro a Valenza Regionale per i DCA in Età Evolutiva, 'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna

“I D.C.A. sono un'epidemia, ma dal tunnel si esce coltivando l'autostima dei figli ed educandoli alla vita.” ... chi meglio dei genitori può farlo! La presa in carico dei pazienti deve prevedere uno spazio specifico per i genitori.

Lavorare con le famiglie è indispensabile per centrare meglio il sintomo dei figli e consentire l'evoluzione di essi. Il genitore non va mai colpevolizzato, sono per noi necessari alleati. Non c'è un trattamento "Prêt-à-porter" ma le indicazioni sono tagliate su misura. Il genitore deve capire il senso del trattamento dei figli: il patologico non è una scelta ma un obbligo, è la perdita della capacità di scelta.

Perché lavorare in gruppi omogenei e a termine – 1

"...Frequenti le domande di interventi gruppali da parte delle Istituzioni oggi, mirati e limitati nel tempo. Nel pubblico, inoltre, i gruppi di lavoro e di cura, o propriamente di terapia, sono spesso caratterizzati da aspetti che tendono a sottolineare, a livello cosciente, una sorta di omogeneità..." (S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli; 2004)

Nel nostro caso omogenea è la problematica dei partecipanti al lavoro di gruppo (familiari di pazienti con disturbi del comportamento alimentare).

Perché lavorare in gruppi omogenei e a termine - 2

Gruppi omogenei

- Crescita emotiva e sostegno psicologico all'identità di persone sofferenti.
- Facilitazione nei confronti dei movimenti fusionali e maggior lentezza e resistenza nei confronti dei movimenti di individuazione.
- La presenza di un oggetto comune, l'esperienza emotiva condivisa, attiva nel gruppo specifici fattori terapeutici
- Coesione: grazie agli elementi che li accomunano, i membri riescono più velocemente che nei gruppi eterogenei, a mettersi in relazione l'un l'altro.

Perché lavorare in gruppi omogenei e a termine - 3

Gruppi a termine

- Limite temporale
- Elaborazione della separazione e movimento verso l'individuazione
- Si riduce così la possibilità di stasi, a volte difensiva rispetto al cambiamento, che caratterizza l'area della fusionalità
- Separazione ed individuazione, in quanto condivise, nel gruppo si configurano in modo meno angosciato che in solitudine.

Gli obiettivi dei gruppi di sostegno rivolti ai genitori

- Acquisire una serie di competenze utili per affrontare la problematica dei DCA.
- Permettere un confronto con persone che vivono sofferenze simili, utilizzando le dinamiche che il processo gruppalmente "naturalmente" attiva e sostiene (Yalom, 1985)
- Far emergere la consapevolezza del significato complesso che il sintomo alimentare assume per l'intero nucleo familiare.
- Far acquisire al genitore maggior consapevolezza di sé affinché non senta più la solitudine e l'isolamento sociale che la patologia del figlio comporta.

Il conduttore non conosce i figli dei genitori-membri del gruppo. Lo affianca uno psicologo tirocinante o specializzando in psicoterapia come osservatore.

GRUPPO GENITORI AMBULATORIO DCA

Chiuso, a termine (10 incontri a cadenza quindicinale, di un'ora e mezza). Numero massimo di membri è 10-12. Prima parte di ogni incontro: informativa sui DCA, seconda parte, con funzione di sostegno, diventa la porzione preponderante del lavoro. In alcuni casi i genitori decidono di intraprendere, alla fine dei primi 10 incontri stabiliti, un cammino differente, più impegnativo, spesso più doloroso. In questo caso la forma di organizzazione è più auto-centrata e più specificatamente di sostegno, attuato in maniera non "traumatica", ma naturale sbocco del percorso fin lì compiuto.

GRUPPO GENITORI REPARTO DCA

Aperto, si apre a sempre nuovi membri a seconda dei nuovi accessi in reparto, e si chiude per ogni genitore con la dimissione del figlio. A cadenza settimanale, a volte con due soli genitori per gruppo. Gli obiettivi sono diversi dai gruppi genitori ambulatorio, perché il genitore è più preparato sul DCA. Le angosce e i sentimenti depressivi sono molto più profondi. La caratteristica di gruppo aperto fa sì che i membri talvolta entrino ed escano con rapidità → il gruppo deve ricostituirsi.

Le aspettative...

...dei partecipanti: modificare il comportamento alimentare alterato dei figli (aspettativa magica); capire cosa siano i DCA; attenuare il senso di isolamento e la pressione colpevolizzante; migliorare la qualità del rapporto con i propri figli.

...del conduttore: migliorare la qualità di vita delle famiglie cercando di riempire il vuoto di informazioni e la loro consapevolezza "di sé".

Come si presentano le famiglie?

- Genitori disperati (ora vengono a sentire Noi con desiderio/paura di illudersi);
- Senso di fallimento e squalifica per non essere stati "sufficientemente buoni" (Winnicott 1958-71);
- Senso di colpa dichiarato o mascherato (anche per il ricovero del figlio che è visto come un abbandono);
- Rabbia verso i figli (il genitore si sente strumentalizzato).
- Rifiuto del conflitto, vissuto come distruttivo. Ciò aumenta l'onnipotenza del figlio.

Fasi della nascita di un gruppo - 1

- Dinamica gruppale che emerge fin dal primo incontro è: "assunto di base di dipendenza" (Bion, 1961) - i genitori si rivolgono esclusivamente al terapeuta, attendendosi "ricette magiche" ai loro problemi, senza interagire minimamente tra loro: che il figlio venga curato affinché ritorni quello di prima. In tal modo magicamente finirebbe ogni loro problema.
- Il "paradosso della domanda genitoriale" (Recalcati, 1997): domanda di cura fondata solo sul sintomo del figlio, senza alcuna forma di soggettivizzazione o di assunzione di responsabilità genitoriale, dunque domanda vuota.
- Delusione e rabbia.

Fasi della nascita di un gruppo - 2

- “Orgia del sintomo” (Jeammet, 1984) – il gruppo si costituisce a partire dal racconto dei genitori sui sintomi dei figli (non parlano mai di sé). “Illusione gruppale” di Anzieu. Riconoscersi allo specchio dà sollievo
- Ricerca di un avvenimento colpevole, un “capro espiatorio” (Jeammet, 1984)
- Fase della fondazione: si rompe la fusione gruppale, emerge il vissuto individuale. Aumenta la distanza di P. e M. dagli aspetti sintomatici del figlio, essi si ripensano come figli... (iniziano a parlare di sé → trans-generazionale)

Fasi della nascita di un gruppo - 3

Con il tempo, nel gruppo viene facilitata la creazione di un campo gruppale condiviso, caratterizzato da fiducia e intimità dove il rispecchiamento permette una condivisione reale dei vissuti emotivi.

Variabili che permettono al gruppo di sopravvivere

- Conservare la speranza, condivisa e coltivata, senza negare la disperazione presente, che si può stemperare all'interno del gruppo.
- Buon investimento sul gruppo e sulla figura del conduttore
- Creare uno spazio per l'evoluzione di una genitorialità a prescindere.

Il gruppo sopravvive se nasce un desiderio di riproporre in altre vesti il problema iniziale, anche se migliorato.

Progetto “I genitori accolgono i genitori”

Nasce nel 2006 come gruppo di accoglienza per i genitori che hanno figli affetti da DCA ricoverati presso l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile e DCA diretta dal Prof. E. Franzoni. Prende spunto da un analogo progetto precedentemente formato nel 2004 in ambito neurologico e tuttora attivo.

Progetto “I genitori accolgono i genitori”

Nasce nel 2006 come gruppo di accoglienza per i genitori che hanno figli affetti da DCA ricoverati presso l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile e DCA diretta dal Prof. E. Franzoni.

Prende spunto da un analogo progetto precedentemente formato nel 2004 in ambito neurologico e tuttora attivo.

Progetto “I genitori accolgono i genitori”

I “genitori che accolgono” hanno un figlio che ha avuto un DCA, per la cui cura si sono rivolti alla nostra U.O.

Pertanto, consapevoli delle difficoltà e delle sofferenze vissute in prima persona, si propongono di aiutare i “genitori da accogliere” i cui figli sono al momento ricoverati, sostenendoli lungo il percorso di adattamento alla realtà delle corsie ospedaliere e nel loro ruolo di genitori.

Obiettivi

Creare uno spazio di ascolto che consenta al genitore di:

- essere accolto, ascoltato e sostenuto
- condividere emozioni con chi le ha già vissute

- alleviare il senso di solitudine e impotenza che vivono nel momento del ricovero del figlio
- essere aggiornati sulle normative che si possono utilizzare per ricevere aiuti di vario tipo

I “genitori che accolgono” si pongono come INTERFACCIA tra la Struttura Sanitaria e i genitori del paziente ricoverato, senza mai sostituirsi alla figura medicalizzata.

Modalità di incontro

Ogni sabato mattina dalle 10.30-11.30 due genitori sono presenti in reparto nel corridoio davanti alla guardiola degli infermieri. Hanno un cartellino di riconoscimento con il proprio nome e cognome e la scritta “genitore”, in modo che l’incontro e la comunicazione risultino facilitati.

Nascita...

Inizio 2006: nasce il desiderio di creare anche in ambito DCA il progetto “i genitori che accolgono i genitori”, già attivo nell’ambito neurologico; Maggio 2006: selezione dei primi genitori; Settembre 2006: Colloqui individuali e di gruppo per sondare le motivazioni e il coinvolgimento ancora presente con l’esperienza traumatica vissuta; Ottobre 2006 – Gennaio 2007: riunioni preliminari alla frequentazione del reparto con i genitori “neurologici” già esperti. Febbraio 2007: cominciano gli affiancamenti in reparto. Maggio 2007: autonomia dei genitori ...Inizia l’avventura!

Per tutelare e supportare i “genitori che accolgono” (a tutt’oggi 5) si realizza mensilmente un’attività di supervisione clinica, volta a rafforzare l’efficienza della loro funzione, sempre messa a dura prova dai residui dolorosi della loro precedente esperienza.

Si cerca tuttora di reperire nuovi genitori disponibili, date le crescenti richieste all’interno del reparto.

Quello che dicono i “genitori che accolgono”...

“A volte incontri persone le quali ti raccontano il dramma che stanno vivendo e chiedono come è stato il tuo vissuto con un figlio anoressico;

A volte incontri mamme che ti sfidano.

A volte ci sono persone che fanno di tutto per evitare il tuo sguardo;

A volte rimani sola a leggere e rileggere la locandina che è di fronte a te.”

Quello che dicono i “genitori che accolgono”...

“Quello che mi ha spinto a fare quest’attività è stato il profondo sentimento di solitudine e impotenza che ho vissuto e condiviso con mia moglie quando nostra figlia si è ammalata di anoressia. Cercare di portare un po' di sollievo ad un genitore che si trova in questa situazione può significare molto. Infatti, dopo il primo periodo nel quale abbiamo dovuto prendere la misura, le risposte dei genitori sono state piuttosto positive. Ma non solo, andando in reparto e affrontando i genitori con le loro debolezze ma anche con il loro coraggio, imparo ogni volta qualcosa che mi aiuta ad elaborare la mia personale esperienza. E’ un dare e ricevere.”