

Comunicato stampa

“Oltre lo specchio”

*Progetto di intervento, aiuto e sostegno a persone affette da
Disturbo del Comportamento Alimentare
ed ai loro familiari*

*A cura di
Centro di Consulenza Familiare – Diocesi di Carpi*

Definizioni

Il progetto si propone di intervenire sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA): si tratta di una categoria diagnostica che, a fronte di alcune forme psicopatologiche ben definite e caratterizzate, include numerose e variegate manifestazioni accomunate da alterazioni riferite al tema del cibo e dell'alimentarsi, che non sempre consentono di attribuire loro un'etichetta diagnostica specifica. Speranza afferma: "L'anoressia e la bulimia sono patologie complesse: da una parte, infatti, la loro descrizione clinica presenta in maniera caratteristica aspetti di uniformità e serialità fenomenica, dall'altra il loro dilagare sembra aver assunto complessità e variabilità sintomatica tali che persino le nosografie psichiatriche ufficiali ne hanno modificato diverse volte i criteri negli ultimi vent'anni. L'aumento evidente di queste patologie nelle società occidentali [...] è stato caratterizzato infatti da una rapida metamorfosi delle forme cliniche e della fascia di età interessata: la prevalenza dell'anoressia restrittiva degli anni sessanta è stata progressivamente sostituita dall'apparire delle forme con crisi bulimiche e vomito fino al prevalere della bulimia dopo gli anni ottanta. Al tempo stesso, nonostante l'età adolescenziale si consideri da sempre a rischio, il fenomeno si è esteso anche alle età precedenti lo sviluppo puberale e a quelle successive all'adolescenza."¹ Il DSM IV, manuale che descrive e classifica tutte le forme riconosciute di disagio e patologia psicologico/psichiatrica, distingue i Disturbi

¹ Recalcati Massimo, 2004 *Il corpo ostaggio*, Roma, Edizioni Borla (pag. 83)

dell'Alimentazione in 3 categorie: l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa ed il Disturbo dell'Alimentazione non altrimenti specificato. E' in questa terza classe che rientrano le manifestazioni cui mancano i criteri necessari per diagnosticare le altre due forme: possiamo citare come esempi gli eccessi alimentari notturni (night eating), le bramosie selettive (sweet eating, ad esempio, definisce quella per i dolci), le pratiche purgative, l'alimentazione selettiva o l'abitudine di masticare e sputare senza deglutire. Solo recentemente è stato aggiunto nel DSM IV il Binge Eating Disorder (BED), che può essere descritto come abbuffata compulsiva o attacco di voracità incontrollabile, accessuale e ricorrente: si tratta di eccessi parossistici di cibo in cui c'è una perdita del controllo e un'alterazione dello stato di coscienza. A differenza della Bulimia Nervosa non ci sono pratiche di compenso quali il vomito autoindotto, l'eccesso di esercizio fisico, l'uso di diuretici e lassativi o il digiuno. L'Obesità, fino ad ora, non figura tra i Disturbi del Comportamento Alimentare. Il Prof. M. Cuzzolaro, nel suo "Anoressie e Bulimie" (Ed. Il Mulino - 2004) spiega che l'obesità viene considerata "Una condizione somatica definita su base morfologica – eccesso di peso corporeo per eccesso di massa grassa – e non è dimostrato che sia associata a particolari disturbi psichiatrici o a specifici profili patologici di personalità". Si può osservare, tuttavia, che spesso il BED si presenta associato all'obesità. Cuzzolaro chiarisce che " Le persone con obesità BED si presentano come un sottogruppo particolare nella vasta popolazione degli individui sovrappeso. Le prove a sostegno di questa tesi sono ormai consistenti. Gli obesi binge eaters sembrano distinguersi dagli altri per varie prerogative: obesità più grave e ad esordio più precoce, ricorso più precoce e più frequente a diete ipocaloriche, indici più elevati di psicopatologia (depressione, abuso di sostanze, disturbi d'ansia)".²

Cenni epidemiologici

Dal punto di vista epidemiologico esiste un ampio spettro di manifestazioni psicopatologiche legate al tema dell'alimentarsi: forme cliniche o sub-cliniche che si collocano in un continuum di gravità, essendo accomunate da alcuni aspetti condivisi e presentando, allo stesso tempo, dei significati specifici riconducibili allo sviluppo psichico individuale. I numerosi studi condotti negli ultimi decenni hanno evidenziato la diffusione dei disturbi alimentari come fenomeno in costante crescita nei paesi industrializzati. Negli ultimi venti anni, anche se le rilevazioni non sono chiare per via dei diversi criteri diagnostici utilizzati, è apparso evidente un aumento notevole dei disturbi alimentari. Gli studi degli anni '70 negli Stati Uniti e in Europa rilevavano una prevalenza dello 0.5% - 0.6% per l'anoressia e del 2% per la bulimia nella popolazione a rischio. Queste percentuali aumentavano in maniera considerevole (dal 6% al 22%) se si tenevano in considerazione anche i comportamenti alimentari

² Cuzzolaro Massimo, 2004 Anoressie e Bulimie, Bologna, Società Editrice Il Mulino (pag. 50;52)

indicatori di rischio. Gli studi degli anni '80 sulla bulimia rilevano indici in crescita, con una prevalenza della sindrome (secondo i criteri del DSM - III) che varia dal 5% al 20% nella popolazione studentesca femminile e dallo 0% al 5% nella popolazione maschile. Le crisi bulimiche settimanali sono presenti nella popolazione adulta tra il 5 e il 32%, mentre il vomito auto indotto settimanale tra l'1 e il 4%. Il DSM-IV riporta una prevalenza tra lo 0.5% e l'1% di anoressia nella popolazione di adolescenti e giovani adulti e tra l'1 e il 3% per la bulimia nello stesso tipo di popolazione. In Italia si rilevano percentuali analoghe nella prevalenza dei disturbi (0.2% - 0.8% per l'anoressia, 1% - 5% per la bulimia, 8% - 15% per le condizioni "sub-cliniche").

Cuzzolaro afferma che "Nei paesi industrializzati, compresa l'Italia, ogni 100 ragazze in età di rischio (12-25 anni) 8-10 soffrono di qualche Disturbo del Comportamento Alimentare: 1-2 nelle forme più gravi (Anoressia e Bulimia), le altre nelle forme più lievi, spesso transitorie, di disturbi parziali, subliminali." Tra le giovani la prevalenza della Bulimia (1%) è maggiore di quella dell'Anoressia (0,3-0,5%). L'età d'esordio cade tra i 10 e i 30 anni, con età media di insorgenza che si colloca intorno ai 17 anni. Altre considerazioni riguardano la schiacciante prevalenza del DCA nella popolazione femminile (anche se è in crescita la percentuale dei maschi colpiti), la frequenza elevata delle forme sub-cliniche che arrivano fino al 20% - 30% nelle popolazioni a rischio e l'individuazione dell'adolescenza come età a rischio per l'insorgenza del problema. A questo proposito Speranza afferma che "... le tematiche di fondo dei disturbi alimentari – il problema dell'identità, del corpo, della separazione / individuazione – rappresentano proprio i nuclei problematici dell'adolescenza che diventa, infatti, fase evolutiva specifica per l'emergere dei disturbi."

Eziologia

Rispetto all'origine e alle cause dei DCA, in letteratura l'ipotesi prevalentemente condivisa è di tipo multifattoriale: è stato riconosciuto il concorso di fattori individuali (una sorta di predisposizione soggettiva, nei termini di una personalità premorboza con tratti caratteristici), e una serie di fattori familiari e culturali che possono considerarsi implicati nello sviluppo del disturbo. Diversi autori evidenziano tra i fattori di rischio il genere (femminile), l'età (adolescenza, prima giovinezza), le diete restrittive e sbilanciate, l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo e la propria immagine, gli eventi di separazione o perdita, i disturbi dell'umore (depressione in particolare) e l'abuso di alcol nei genitori, alcune modalità di interazione e comunicazione all'interno della famiglia (invischiamento nelle relazioni, scarsa definizione dei ruoli, incapacità di riconoscere ed incoraggiare la separazione e l'autonomia), le minacce dirette all'autostima, le richieste vissute come eccessive e inaffrontabili (che possono arrivare dall'ambiente in un momento di

cambiamento), le malattie fisiche (alcune in particolare, come la sindrome di Turner, le malformazioni congenite ed il Diabete giovanile) e gli eventi traumatici in genere. L'eventualità di uno o più di questi accadimenti innesca un tentativo di fronteggiare la situazione, in cui il controllo del proprio corpo attraverso l'alimentazione si struttura in un disturbo specifico. Non dobbiamo dimenticare, allo stesso tempo, il peso dei fattori culturali: Cuzzolaro ricorda "la competitività di certi ambienti, la richiesta di prestazioni straordinarie, l'esaltazione della magrezza, il mito della bellezza, le richieste e le sollecitazioni molteplici e contraddittorie alle quali è esposta una giovane donna nell'era postmoderna, variegato collage di nuovo e antico".

Elementi diagnostici e sintomatici

Un antico dibattito, che trova ancora oggi dei momenti di vitalità, riguarda la questione della diagnosi differenziale tra i DCA (l'Anoressia Nervosa in particolare) e altre forme psicopatologiche che si riscontrano spesso in associazione a questi.

Affrontando il problema dal punto di vista della sintomatologia, alcune ricerche hanno censito i diversi sintomi variabilmente associati al DCA: i più frequenti sono la depressione, i tentativi di suicidio, gli attacchi di panico, l'abuso di sostanze, i pensieri e i rituali ossessivi, le fobie, l'autolesionismo, la depersonalizzazione e i sintomi psicosomatici.

A questo proposito, una ricerca realizzata in Italia da Speranza, fra il 1995 e il 1996, ha rilevato su un campione di 627 soggetti i dati riportati nella seguente tabella.

Sintomi presenti oltre al disturbo alimentare

SINTOMI (per N=627 pazienti)	Soggetti	%
Depressione	N=151	24.1%
Tentato suicidio	N=37	5.9%
Attacchi di panico	N=27	4.3%
Abuso di alcool, farmaci, stupefacenti	N=18	2.9%
Pensieri e rituali ossessivi (non sul d.a.)	N=16	2.5%
Fobie	N=12	1.9%
Autolesionismo	N=9	1.4%
Depersonalizzazione	N=6	0.9%
Altro (dist.psicosomatici, ecc.)	N=51	8.1%

Nota. " 10% dei pazienti (N=63) riferisce più di un

sintomo.

Identificazione degli obiettivi

I casi di DCA presenti nel territorio di Carpi sono attualmente presi in carico e gestiti da diversi soggetti, privati o afferenti all'Azienda Sanitaria Locale, che operano con professionalità e competenza, ma che talvolta forniscono un servizio troppo parcellizzato o centrato esclusivamente sulla gestione dell'emergenza. La letteratura presente in materia è concorde nel leggere i DCA come un problema complesso e multifattoriale e l'esperienza di numerosi Centri dedicati in Italia e nel mondo insegna che la strategia più efficace per la cura è legata ai concetti di **multidisciplinarietà e di rete**. Sono questi i due elementi attorno ai quali ruota il progetto: vediamoli nel dettaglio.

L'équipe multidisciplinare

Come abbiamo accennato, i Disturbi del Comportamento Alimentare sono malattie complesse, multifattoriali, caratterizzate da manifestazioni su molteplici versanti: organico, nutrizionale, endocrino, comportamentale, cognitivo, affettivo, relazionale. Per rispondere adeguatamente a questa complessità il gruppo multidisciplinare di lavoro prevede la compresenza di diverse professionalità (medico internista, dietista, medico psichiatra, psicologo psicoterapeuta), le quali si occupano dei differenti aspetti della patologia. La definizione di "multidisciplinare", in questo contesto, non significa quindi giustapposizione di professionalità diverse, ma reale condivisione delle competenze e interscambio tra i punti di vista derivanti dalle differenti discipline. Tale metodo consente di fronteggiare la complessità dei quadri clinici e dei progetti terapeutici, che necessitano di una molteplicità di competenze pronte ad integrarsi tra loro.

Il tipo d'intervento è pensato per essere anche multimodulare: partendo dal presupposto che al centro del percorso terapeutico stanno il paziente ed il contesto in cui vive (con bisogni, difficoltà, risorse e gradi di consapevolezza della malattia che variano nel tempo), la proposta di un intervento specifico è motivata da una valutazione globale della fase in cui il paziente e la sua famiglia si trovano. Solo alla luce di questi elementi viene formulata una proposta di trattamento, che può strutturarsi su numerosi interventi possibili, che verranno descritti a seguire.

La rete

Passaggio essenziale del Progetto è la costruzione di una rete di comunicazione e collaborazione che includa strutture e singoli operatori, privati o afferenti al S.S.N., implicati nella diagnosi e nella cura dei Disturbi Alimentari, come la Neuropsichiatria Infantile, i Servizi Sociali, i Servizi Psichiatrici, il Sert e i Medici di Base. **L'équipe di professionisti riunita intorno a questo progetto può**

porsi come luogo di coordinamento, per la gestione complessa e multidisciplinare dei casi che richiedono l'intervento di più attori e di diversi setting. Si potrebbe così agire in modo coordinato e flessibile nelle diverse fasi del percorso terapeutico e fornire un servizio specifico, strutturato e integrato. Sempre in un'ottica di rete, un'ulteriore obiettivo del progetto è quello di relazionarsi e dialogare con istituzioni che spesso si trovano a fronteggiare e gestire situazioni di disagio provocato da un problema alimentare. Pensiamo alle Scuole, alle Polisportive e ad altri centri organizzati di aggregazione giovanile. L'équipe multidisciplinare potrebbe ingaggiarsi in interventi di consulenza clinica, ma anche in percorsi di prevenzione e di formazione rivolti agli insegnanti, ai ragazzi e ai genitori.

Beneficiari dell'intervento

- 1) Gli individui presenti sul territorio che soffrono di un Disturbo del Comportamento Alimentare, unitamente alle famiglie cui appartengono queste persone. A questi si offrono interventi clinici di consulenza e terapia secondo modalità specifiche, strutturate e integrate.
- 2) Scuole, Polisportive, e Centri organizzati di aggregazione giovanile. A questi si offrono consulenze cliniche e interventi di prevenzione, formazione e sostegno.
- 3) Strutture e singoli operatori, privati o afferenti al S.S.N., implicati nella diagnosi e nella cura dei Disturbi Alimentari, come la Neuropsichiatria Infantile, i Servizi Sociali, i Servizi Psichiatrici, il Sert e i Medici di Base. A questi si fa una proposta di dialogo e di collaborazione, per la costruzione condivisa di percorsi di cura e per una gestione integrata dei Disturbi Alimentari, nell'interesse dei pazienti presenti sul territorio e delle famiglie.

Modello di intervento e attività che verranno svolte

Il protocollo di presa in carico e trattamento previsto dal Progetto prevede diversi passaggi e differenti opzioni di valutazione e terapia.

Nel momento in cui viene segnalata telefonicamente una situazione (dal paziente stesso, da un familiare, dal medico di medicina generale, da un insegnante o da un operatore di un altro Servizio) ritenuta pertinente, l'operatore fissa un appuntamento per il primo colloquio di accoglienza. L'accettazione telefonica ha funzione di primo filtro: si rivolgono all'utente una serie di domande contenute in una scheda standardizzata, al fine di raccogliere alcuni dati essenziali per valutare la pertinenza della domanda e, in caso positivo, viene fatto l'invio in accoglienza. Alle segnalazioni che risultano, già in prima battuta, non pertinenti viene data l'indicazione di rivolgersi al medico di medicina generale o a un altro servizio deputato al trattamento dello specifico

problema. L'équipe delimiterà il campo di intervento prioritariamente al quadro dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e del Binge Eating Disorder (BED), in considerazione soprattutto dell'elevata incidenza epidemiologica e della crescita vertiginosa della prevalenza di queste patologie.

Superato questo primo filtro il paziente viene inviato al colloquio di accoglienza. L'obiettivo di questo primo incontro consiste nel raccogliere i dati anagrafici e una breve, ma fondamentale, anamnesi relativa agli eventi di vita più significativi, all'insorgenza della malattia, alla composizione e alle dinamiche familiari, oltre che a motivare il paziente al trattamento.

Segue una fase di valutazione di cui si occupano il medico internista e uno psicologo clinico deputato all'approfondimento diagnostico. Qualora si ritenesse necessaria una consulenza psichiatrica il paziente verrà inviato al Centro di Salute Mentale del proprio territorio. Obiettivo di questa fase è, oltre all'esercizio delle proprie competenze specifiche (visita internistica, prescrizione di esami, prescrizioni farmacologiche e/o colloquio clinico), quello di favorire la presa di coscienza nel paziente del proprio stato di sofferenza, della complessità del proprio disturbo, e della necessità di progettare un trattamento dove sia gli aspetti organici sia quelli psicologico - psichiatrici siano presi in considerazione. Finalità specifica della valutazione psicologica e psichiatrica è formulare una diagnosi differenziale (accertare la presenza di un Disturbo del Comportamento Alimentare di rilievo clinico o subclinico e verificare se esso si associ oppure no ad una problematica psichiatrica quale disturbo di personalità grave, depressione, psicosi), rinforzare la motivazione al trattamento e prescrivere farmaci nei casi in cui vi sia indicazione a farlo. Questa consulenza si articola di norma in più incontri (almeno un paio), necessari per mettere meglio a fuoco la diagnosi e poter riflettere in équipe sui possibili percorsi di trattamento che il paziente potrebbe intraprendere. Alla fine della valutazione, un professionista individuato dall'équipe restituisce al paziente il risultato della fase diagnostica e gli propone il progetto terapeutico che l'équipe ha formulato.

La prima visita internistica si prefigge l'obiettivo di valutare lo stato nutrizionale del paziente e il relativo rischio di insorgenza di complicanze fisiche, con la conseguente necessità di trattamento integrativo in regime ambulatoriale o di ricovero ospedaliero (anche in momenti successivi). E' importante in questa sede chiarire ed eventualmente rimuovere i dubbi e i timori del paziente o dei familiari e formulare una diagnosi differenziale rispetto ad altri disturbi, in particolare l'obesità.

Viene effettuata la raccolta dei dati anamnestici (velocità ed entità del calo ponderale, abitudini alimentari attuali, presenza di metodi compensativi), l'esame obiettivo (altezza e peso corporei, calcolo dell'indice di massa corporea, rilievo delle pliche e dei diametri degli arti), la ricerca dei segni di complicanze, l'eventuale prescrizione di indagini ematochimiche e/o strumentali, oltre a dare informazioni al paziente sulle possibili conseguenze

del suo alterato comportamento alimentare. Dal momento della presa in carico l'internista controllerà periodicamente il paziente, con frequenza connessa alla criticità della situazione organica e alla presenza di fattori di rischio.

A questo punto il caso viene discusso in équipe ove si cerca una lettura condivisa della situazione, si formula un progetto terapeutico e, di conseguenza, si decide come proseguire il percorso di cura.

I TRATTAMENTI

Gruppo di auto aiuto per genitori e familiari

In accordo con quanto riportato in letteratura, si è riscontrata una notevole difficoltà per questi/e pazienti ad affidarsi ed intraprendere un percorso mirato alla cura; diffidenti, circospetti, manipolatori, fragili ed indifesi, i pazienti tendono a sfuggire, saltare gli appuntamenti, prendere tempo, soprattutto quando i nodi problematici che sottostanno alla comparsa del sintomo cominciano ad emergere. La negoziazione di ogni tappa dell'intervento con il paziente e il rinforzo della motivazione al trattamento sono indispensabili e riguardano ogni fase di un percorso che cerca di coinvolgere il più possibile anche la famiglia del soggetto.

La compromissione psicologica e relazionale non resta circoscritta all'individuo portatore del problema, ma si estende a tutta la famiglia, che assiste spesso con un senso di impotenza, incredulità e preoccupazione al "prosciugarsi" progressivo e apparentemente inarrestabile della figlia (o, meno spesso, del figlio) adolescente o al proliferare di pratiche restrittive e/o purgative (vomito, abuso di diuretici e lassativi, iperattività fisica, digiuno) dannose per l'equilibrio fisico e psichico. Il progetto prevede pertanto una serie di interventi per la famiglia, nella convinzione che i genitori stessi abbiano bisogno di sostegno e di aiuto e che essi possano meglio comprendere e, quindi, aiutare la figlia/figlio se coinvolti attivamente nel trattamento. Va ricordato inoltre che la maggior parte dei pazienti si trova, al momento dell'esordio della malattia, nella fase dell'adolescenza o della prima età adulta e che quasi tutti vivono con la famiglia d'origine. Nel caso specifico del DCA, il paziente spesso tende a negare la malattia o almeno a minimizzarne la gravità, riportando ai terapeuti notizie molto fumose e ambigue sui propri sintomi e sulle proprie abitudini alimentari e relazionali, quando addirittura non si tratta di vere e proprie mistificazioni. È importante che ci sia una buona alleanza tra la famiglia e l'équipe curante, perché i familiari possono costruire importanti argini alla patologia e fornire notizie molto utili ai terapeuti, il che permette di inquadrare meglio la situazione. L'intento è quello di costruire una rete attorno al paziente, non per "intrappolarlo", ma perché egli abbia comunque, anche nei momenti di maggiore resistenza alla terapia e di comprensibile desiderio di fuga dal conflitto sottostante al sintomo, un contenimento e un controllo sulle sue condizioni fisiche e psicologiche. Gli interventi proposti alla famiglia mirano

anche a riequilibrare la suddivisione spesso sbilanciata delle responsabilità: talvolta i genitori hanno un atteggiamento ambivalente, che in certi momenti favorisce l'autonomia del figlio e in altri invece induce a perpetuare la dipendenza dal contesto familiare.

Il Progetto propone per la famiglia il gruppo di auto aiuto, la consulenza alla coppia genitoriale, la consulenza familiare, a seconda dei diversi gradi di bisogno e di stato.

Il gruppo di auto aiuto ha finalità di sostegno ma anche educative. Consiste in un numero prestabilito di incontri (da sei a otto), più uno o due di follow up: la durata di ogni incontro è di 2 ore e la cadenza è quindicinale. È rivolto a genitori e familiari di pazienti con DCA (genitori, fratelli/sorelle, nonni, fidanzati conviventi, coniuge) coinvolti nel percorso clinico e che accettino la proposta del gruppo. Le modalità di intervento utilizzate in prevalenza sono la riformulazione, le domande aperte, le spiegazioni e l'incoraggiamento a scambiarsi esperienze e vissuti.

Gli obiettivi dichiarati sono fornire maggiori informazioni sui DCA; modificare le idee disfunzionali, fuorvianti, inesatte che i familiari possono avere in merito ai DCA, aiutandoli a comprendere meglio i comportamenti legati alla malattia; coinvolgere i familiari nel percorso terapeutico e modificare l'atteggiamento di "delega" deresponsabilizzante che ci può essere in certi casi; facilitare lo scambio di esperienze tra i familiari, affinché si sentano compresi ed escano dall'isolamento in cui spesso si trovano: importante che ogni coppia possa trovare sostegno nel gruppo.

Consulenza nutrizionale

La consulenza nutrizionale è svolta da una dietista, che, durante il primo incontro, raccoglie l'anamnesi alimentare, rileva le plicometrie, imposta il diario alimentare e programma con il paziente il menù guida. Gli incontri successivi, che hanno frequenza variabile in funzione del percorso impostato, hanno lo scopo di controllare il peso e la composizione corporea, di verificare il diario alimentare, il menù e di educare il paziente ad un'alimentazione più corretta.

Counselling per la coppia genitoriale

In alcuni casi, al gruppo psico-educativo può essere preferito o affiancato il counselling per la coppia genitoriale. Ci possono essere aspetti della storia e delle dinamiche familiari che i genitori sentono di non poter condividere con altri genitori o che i professionisti stessi ritengono necessitare di un approfondimento maggiore. Succede poi, in alcuni casi, che padre e madre diano letture molto diverse o addirittura contrapposte del disturbo del figlio, mettendo in atto di conseguenza comportamenti discordanti che, in ultima analisi, rendono più facile al figlio manipolare i genitori e annientare i loro tentativi di aiutarlo.

Il counselling consiste in uno o più colloqui di sostegno, finalizzati all'analisi dei bisogni e delle difficoltà nelle relazioni familiari, anche in rapporto al Disturbo del Comportamento Alimentare. I colloqui sono finalizzati all'individuazione di

un percorso d'aiuto per i genitori (altri colloqui di counselling, gruppo di auto aiuto, consulenza a tutta la famiglia), ma anche ad individuare gli aspetti più significativi della storia del paziente, delle relazioni intrafamiliari, degli atteggiamenti legati alla malattia percepiti come particolarmente disturbanti, della comunicazione, dei sentimenti e delle emozioni presenti (rabbia, insofferenza, delusione, disorientamento). Allo stesso tempo l'obiettivo è quello di promuovere nei genitori la consapevolezza che il DCA è il segnale di un malessere intrapsichico, legato a un processo di crescita difficoltoso.

Consulenza Familiare

L'équipe terapeutica può promuovere e proporre incontri di famiglia se ritiene che vi sia una forte implicazione familiare nel Disturbo del Comportamento Alimentare del figlio e che la famiglia sia in grado di accettare che il sintomo espresso dal paziente può essere ricondotto a modalità relazionali e comunicative della famiglia stessa e/o a momenti particolari della sua storia. Gli incontri sono tenuti da operatori dell'équipe, con formazione specifica in terapia familiare e organizzati in coppie di professionisti per ogni seduta.

Gruppi di trattamento

La terapia di gruppo ha delle caratteristiche specifiche rispetto ad altri tipi d'intervento e presenta dei vantaggi considerevoli nel trattamento del DCA. Innanzitutto i sentimenti d'insicurezza, auto-svalutazione e paura del confronto caratteristici dei Disturbi Alimentari portano ad un triste e doloroso isolamento sociale: il gruppo affronta questi timori, spinge ad esprimerli e a sperimentarli fino a poterli gradualmente circoscrivere e ridimensionare. Favorire il riconoscimento delle differenze e delle somiglianze fra sé e gli altri facilita il cambiamento dell'immagine rigida e statica che queste ragazze hanno di sé e consente loro di sperimentare modi diversi di rappresentarsi e di mettersi in relazione.

E'opinione condivisa che una buona relazione terapeutica sia una condizione necessaria, anche se spesso non sufficiente, per un trattamento psicoterapico individuale efficace. Con questi pazienti creare tale relazione è spesso difficile: il profondo senso di fragilità, i frequenti tentativi di manipolazione / controllo dell'altro attraverso la menzogna o la reticenza, la paura del contatto con le proprie emozioni, l'impulsività e i frequenti mutamenti umorali, offrono pochi margini d'intervento, se il paziente non ha maturato una motivazione sufficiente o non sente ancora di potersi "affidare" in una relazione terapeutica a due. Per queste ragioni il Progetto prevede la costituzione di uno o più gruppi di trattamento, da costituire osservando i criteri di diagnosi ed età. I temi affrontati riguardano la storia di ogni singolo caso e, più in generale, le seguenti tematiche:

- 1) Dipendenza – aggrappamento all'oggetto
- 2) Separazione e autonomia nelle relazioni
- 3) Senso di onnipotenza e senso di impotenza
- 4) Ipersensibilità, bisogno di rispecchiamento

5) Senso di esclusione, solitudine, abbandono

6) Sentimenti di vergogna.

Prima dell'ingresso in gruppo vi è una fase di pre-gruppo, in cui al paziente viene descritto ciò che andrà a realizzare. Vi è anche il momento del contratto: è un foglio scritto che simbolicamente dà valore al progetto e viene vissuto come accordo tra le persone in gioco. Il contratto spiega quali sono le modalità, gli scopi dell'esperienza e i temi trattati: si danno, inoltre, le indicazioni sul comportamento nel gruppo, come gli orari, la riservatezza sull'identità e sui contenuti personali che emergono.

I gruppi sono aperti, ovvero vi è sempre la libertà di favorire nuovi accessi e di effettuare le dimissioni: la frequenza è settimanale e la durata degli incontri non supera di norma le 2 ore.