

I disturbi del comportamento alimentare

Sabato 27 febbraio 2016
ore 8.30 - 13.30

Teatro Istituto Sacra Famiglia
P.zza Monsignor Moneta 1 – Cesano Boscone

Evento 1834- 151179
Crediti 5

Il nostro Ordine è particolarmente impegnato nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento dei propri iscritti.

Questo evento che rappresenta una tappa del percorso e dell'impegno profuso da parte degli organizzatori merita il nostro ringraziamento e plauso.

Numerosi sono gli altri corsi in programma a testimonianza della vitalità e dell'impegno dei nostri iscritti per far crescere e rendere sempre più vicina la nostra professione ai bisogni dei nostri ammalati.

Non sfugge ad una attenta riflessione che tali eventi rappresentano non solo opportunità di aggiornamento scientifico ma vitali strumenti per una crescita professionale ed etica.

Questo obiettivo verrà perseguito con particolare determinazione e il nostro Ordine sarà sempre pronto ad accogliere suggerimenti e proposte per poter migliorare la professione medica.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Dott. Roberto Carlo Rossi

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'R. C. Rossi', positioned below the printed name.

I disturbi del comportamento alimentare

Sabato 27 febbraio 2016
ore 8.30 - 13.30

Teatro Istituto Sacra Famiglia
P.zza Monsignor Moneta 1 – Cesano Boscone

In collaborazione con:

***Ambulatorio per la cura dei disturbi del comportamento alimentare
Ospedale San Paolo di Milano***

***Associazione Nutrimente, per la prevenzione, la cura e la conoscenza
dei disturbi del comportamento alimentare.***

COORDINATORE

Maria Teresa Zocchi

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
MMG ad Assago

PROGRAMMA

- 8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.10 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato
- 9.10-9.40 **Sara Bertelli**
Dirigente Medico – U.O. di Psichiatria – A.O. San Paolo – Milano
Psicopatologia dei DCA
- 9.40-10.20 **Alberto Benetti**
Dirigente Medico – U.O. di Medicina Interna – A.O. San Paolo – Milano
DCA: aspetti internistici
- 10.20-10.50 **Eva Maria Cislaghi**
Psicologa psicoterapeuta – A.O. San Paolo – Milano
La motivazione nei DCA
Strutturazione dell'ambulatorio DCA dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano
- 10.50-11.00 *Intervallo*

- 11.00-11.45 **Elena Tugnoli – Sara Rossi**
Psicologhe psicoterapeute – A.O. San Paolo – Milano
A.O. San Paolo – Milano
L'intervento psicoterapeutico nei DCA
- 11.45-12.15 **Presentazione di un caso clinico seguito dall'Ambulatorio DCA dell'A.O. San Paolo di Milano**
- 12.15-13.00 *Discussione*
- 13.00-13.30 *Compilazione delle schede di valutazione e di verifica*

Psicopatologia dei DCA

Sara Bertelli

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa e bulimia nervosa) esordiscono, generalmente, nel corso dell'adolescenza, con rischio di grave interferenza con i processi che avvengono in tale fase critica dello sviluppo, nonché di considerevole impatto sulla salute fisica e psicologica. La loro prevalenza (anoressia nervosa: 0,36-1%; bulimia nervosa: 1-6%) è in aumento: risulta, pertanto, fondamentale approfondire le conoscenze del medico di medicina generale su tali patologie, anche al fine di una precoce diagnosi e terapia, associate ad un miglior *outcome*.

Sintomi/segni di allarme

Anoressia nervosa:

- grave sottopeso, sino all'aspetto emaciato, con ossa che protrudono;
- stanchezza, facile affaticabilità;
- ipotensione, vertigini, frequenti svenimenti;
- perdita di capelli;
- irregolarità mestruali, amenorrea;
- comparsa di fine peluria sul volto e altre aree del corpo (lanugo);
- rifiuto dell'alimentazione;
- alimentazione limitata a solo certi tipi di cibi, considerati "sicuri", generalmente a basso contenuto calorico;
- rituali che riguardano il cibo, come mangiare solo dopo aver accuratamente sminuzzato il cibo.

Condotte di eliminazione (sia nel contesto dell'anoressia nervosa che della bulimia nervosa):

- alterata funzionalità intestinale;
- bruciori di stomaco, epigastralgia;
- patologie dei denti e delle gengive;

- aumento del volume delle ghiandole salivari;
- cicatrici sul dorso delle mani o sulle dita (procurate a seguito della ripetuta l'induzione del vomito);
- esercizio fisico strenuo.

Fattori eziologici

Biologici:

i geni del recettore 5-HT_{2A} per la serotonina, il gene BDNF (fattore trofico per lo sviluppo e sopravvivenza del SN) ed un linkage tra il cromosoma 1 potrebbero essere promettenti candidati nella vulnerabilità genetica all'AN. E' dimostrata una familiarità nella trasmissione dei DCA.

Psicologici:

- cattiva immagine di sé;
- ipersensibilità alla delusione;
- dipendenza dagli altri.

Ambientali:

- eventi di vita stressanti;
- modelli socio-culturali;
- contesto familiare: ruolo essenziale ha la relazione genitoriale, in particolare la relazione alimentare madre-bambino.

Intervengono altresì nella genesi dei DCA alterazioni dell'immagine corporea, della percezione/cognizione delle misure corporee/stimoli provenienti dal corpo.

Anoressia nervosa

Criteri DSM V

- A) Restrizione dell'introito energetico relativo al fabbisogno, con conseguente riduzione significativa di peso per età, sesso, sviluppo ponderale e salute fisica.
- B) Intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti persistenti che interferiscono con il guadagno di peso.
- C) Alterazione della percezione della forma e del peso corporeo

Non vale più il criterio DSM-IV dell'amenorrea.

Sottotipi

- *Tipo restrittivo*: si caratterizza per la presenza di restrizioni dietetiche ed eccessiva attività fisica, negli ultimi 3 mesi.

• *Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione*: si caratterizza per la presenza abituale di abbuffate o condotte compensatorie di eliminazione, quali vomito autoindotto, uso ed abuso di diuretici, lassativi, enteroclistmi, negli ultimi 3 mesi.

Severità:

- media: BMI ≥ 17 kg/m²;
- moderata: BMI fra 16.99 e 16 kg/m²;
- severa: BMI fra 15.99 e 15 kg/m²;
- estrema: BMI < 15 kg/m².

Diagnosi differenziale:

- disturbi endocrini: diabete mellito tipo 1, chetoacidosi diabetica, ipertiroidismo, morbo di Addison;
- disturbi gastrointestinali: sindromi da malassorbimento (malattia celiaca, morbo di Crohn...);
- tumori;
- altre patologie psichiatriche (depressione, deliri di veneficio, sitofobia).

Ambiti da valutare:

- famiglia (preoccupazioni e conseguenze sui membri): è buona norma includere i familiari del paziente nel processo terapeutico, sin dalla prima valutazione, al fine di condividere le informazioni che permetteranno loro di acquisire le conoscenze per evitare di prendere parte ai meccanismi relazionali di mantenimento della condizione patologica;
- funzionamento scolastico/lavorativo e sociale compromesso;
- aspetti psicopatologici generali (depressione, ansia, ossessioni, rituali, preoccupazioni legate al cibo, dismorfofobia).
- complicanze internistiche.

Fattori associati a un decorso prolungato:

- reazioni “emozionali” dei familiari (iperprotettive o critiche);
- tratti compulsivi, inflessibilità, perfezionismo, elevate quote d'ansia, stile relazionale evitante del paziente;
- prolungato periodo di ipoalimentazione con tutte le conseguenze biologiche, psicologiche e psicosociali che ne derivano

L'obiettivo del trattamento è quello di interrompere questi fattori di mantenimento.

Gli approcci familiari danno il più alto tasso di risultato fra le procedure designate a ridurre l'emotività espressa nella famiglia (Lock et al, 2001)

Bulimia nervosa

Criteri DSM V

- A) Ricorrenti abbuffate.
- B) Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di diuretici, lassativi, enterioclismi, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- C) Abbuffate e condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno una volta la settimana per tre mesi.
- D) I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.
- E) L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di AN.

Severità:

- media: da 1 a 3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana;
- moderata: da 4 a 7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana;
- severa: da 8 a 13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana;
- estrema: più di 14 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Diagnosi differenziale:

- anoressia nervosa;
- *binge eating disorder* (disturbo da alimentazione incontrollata (abbuffate reiterate e non seguite da condotte compensatorie))
- obesità;
- disturbo ossessivo-compulsivo;
- disturbi depressivi.

Terapia

Per i disturbi del comportamento alimentare il trattamento deve avvalersi di un'équipe multidisciplinare che comprenda, oltre allo psichiatra, a seconda delle necessità del paziente, l'internista, il dietista, il cardiologo, il fisiatra, il ginecologo, con un monitoraggio continuo del rischio *quoad vitam* attraverso l'esame obiettivo e gli esami strumentali. I familiari devono essere coinvolti nel percorso di cura soprattutto nel caso di adolescenti.

Internet

www.eatingresearch.com

www.rcpsych.ac.uk

www.b-eat.co.uk/

www.nhsdirect.nhs.uk

DCA: aspetti internistici

Alberto Benetti – Alice Fanin

Tra i disturbi del comportamento alimentare (DCA), l'anoressia nervosa (AN) è quello che più di tutti è gravato da serie conseguenze fisiche, legate alla malnutrizione ed al relativo decremento ponderale, che vanno ad aggravare e complicare il quadro clinico psichiatrico e a lungo andare possono causare danni anche irreversibili, fino alla morte. Si stima una mortalità che varia dal 6 al 10% delle persone affette da anoressia e almeno la metà di queste morti è conseguenza della malnutrizione e delle sue complicanze.

Meno gravi ed evidenti sono le complicanze sistemiche in corso di bulimia nervosa.

Le complicanze mediche più frequenti nei DCA sono fondamentalmente legate ai danni causati all'organismo dal deficit proteico-calorico e dalle condotte di eliminazione (vomito, abuso di lassativi, assunzione di diuretici e intensa attività fisica).

Gli apparati maggiormente interessati da queste complicanze sono:

Apparato cardiocircolatorio	<ul style="list-style-type: none">• Frequente riscontro di bradicardia, probabilmente dovuta a disfunzione autonoma con iperattività vagale da aumento di sensibilità recettoriale colinergica o a sottostanti squilibri idro-elettrolitici;• L'intervallo QT, specie se corretto per la frequenza cardiaca (QTc) risulta spesso allungato;• L'ecocardiografia rileva un quadro di ipotrofia cardiaca (riduzione degli spessori parietali e dei volumi delle camere cardiache)• Possibile il riscontro di prolasso mitralico che origina dalla sproporzione tra il ventricolo sinistro, ridotto nei suoi diametri e nei suoi volumi e l'apparato valvolare mitralico, costituito per massima parte da tessuti fibrosi, poco influenzati dalla marcata denutrizione.• Rischio di morte improvvisa per aritmie ventricolari soprattutto in relazione ad episodi di severa disionia.• Ipotensione, secondaria alla ridotta gittata cardiaca ed alla riduzione della volemia.
Apparato gastrointestinale	<ul style="list-style-type: none">• Carie multiple fino a quadri di edentula, lesioni ulcerative a esofago e stomaco fino alla rottura, ulcere peptiche, riduzione della motilità intestinale, distensione gassosa e dolori addominali dopo i pasti, stipsi, digestione rallentata, pirosi, reflusso gastro-esofageo ed esofagite. Questi sintomi possono aggravare la restrizione calorica.• Con frequenti episodi di vomito, è possibile osservare una tumefazione delle ghiandole paratiroidi per l'aumento della salivazione e talora la deposizione di calcoli all'interno dei dotti;

	<ul style="list-style-type: none"> • Quadri di pancreatite acuta; • Frequente è il riscontro di aumentati livelli di transaminasi; • Alcuni studi hanno riportato un aumento dei livelli di colesterolo in questi pazienti, probabilmente dovuto all'aumentata produzione endogena in risposta al ridotto introito dietetico.
Apparato muscolo-scheletrico	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della massa muscolare e ossea con osteoporosi di gravità variabile; • L'elevata attività fisica, associata allo scarso apporto proteico, provoca il consumo del muscolo che diventa l'unica fonte di proteine necessari al funzionamento degli altri organi. Questa diminuzione di massa muscolare è causa di costante astenia; anche l'ipopotassiemia può contribuire al danno muscolare.
Apparato genito-urinario	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea, sterilità; • Insufficienza renale acuta o cronica (riduzione del filtrato glomerulare, iperazotemia, proteinuria), nefrolitiasi.
Sistema Nervoso Centrale	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della performance cognitiva con perdite di memoria e difficoltà nella concentrazione, talora convulsioni, atrofia cerebrale.
Sistema Nervoso Periferico	<ul style="list-style-type: none"> • Parestesie e perdita della sensibilità agli arti.
Cute e annessi	<ul style="list-style-type: none"> • Disidratazione cutanea, acne, perdita del pannicolo adiposo nel sottocute, diffusa peluria, perdita di capelli; • Segno di Russell: ispessimento calloso o una erosione del dorso della mano causato dalla pressione contro i denti durante l'auto-induzione del vomito; • Raramente prurito, afte orali e alterazioni ungueali.
Squilibrio idro-elettrolitico	<ul style="list-style-type: none"> • Si osserva soprattutto nei casi di AN-BP in cui la consuetudine a pratiche di eliminazione forzata del cibo (vomito auto-indotto, uso di lassativi e diuretici) porta a uno squilibrio idro-salino con conseguenti ipotassemia, ipocloremia, ipomagnesemia e iponatremia con ipovolemia ed emoconcentrazione; • Nei pazienti con frequenti episodi di vomito si osserva un aumento dei bicarbonati sierici con un quadro di alcalosi metabolica; le alterazioni metaboliche possono essere aggravate dall'abuso di diuretici e lassativi. Queste condotte possono condurre a: sete, vertigini, ritenzione idrica con edemi declivi (aggravati anche dal deficit proteico generale), debolezza, apatia, tic e spasmi muscolari (es. mano da ostetrica), aritmie cardiache.
Apparato emopoietico	<ul style="list-style-type: none"> • frequente il riscontro di anemia su base multi-carenziale, nei casi più gravi con segni di ipoplasia midollare (riduzione anche della conta leucocitaria e piastrinica) fino alla necrosi midollare. Istologicamente il riscontro più comune a livello midollare è quello della metaplasia gelatinosa. La riduzione del numero di leucociti circolanti sembra predisporre questi pazienti ad un maggior rischio di infezioni gravi. Tutte queste alterazioni sono rapidamente reversibili alla ripresa di un adeguato apporto calorico con ripresa del peso.
Apparato endocrino	<ul style="list-style-type: none"> • Si osserva una riduzione del metabolismo basale poiché il corpo percepisce le carenze nutrizionali e inizia a limitare il consumo di energia; si ha quindi intolleranza al freddo, frequenti ipoglicemie, bradicardia, ipotensione. Questo può influire anche sulla funzionalità tiroidea con una riduzione consensuale dei livelli di TSH e di T3-T4 (quadro definito euthyroid sick syndrome); frequente una low T3-sindrome

Nella valutazione clinica si deve quindi effettuare un approfondito esame clinico per rilevare precocemente le alterazioni secondarie alla malnutrizione.

Non vanno inoltre trascurati i rischi che si possono correre nella fase di rialimentazione che se non adeguatamente personalizzata può presentare severe complicanze.

Nei primi giorni dall'inizio della terapia alimentare (in particolare se effettuata per via parenterale o enterale forzata) si possono verificare episodi di scompenso cardiaco, edemizzazione declive, allungamento del QT, ipofosfatemia, insufficienza epatica

fulminante, insufficienza respiratoria, sintomi neurologici o anche morte improvvisa in un quadro descritto come sindrome da refeeding. Due meccanismi sono stati ipotizzati essere alla base di questa sindrome. In primo luogo la ridotta massa cardiaca e la perdita di peso rendono il cuore incapace di rispondere adeguatamente al rapido aumento del volume di sangue circolante che si verifica in corso di rialimentazione; in secondo luogo l'aumento di glicemia dovuto alla ripresa dell'alimentazione provoca un rilascio di insulina che aumenta il trasporto di fosfato e potassio all'interno delle cellule perché vengano utilizzati nella sintesi proteica. Bassi livelli di fosfato si associano ad una riduzione dell'attività contrattile del cuore, con conseguente aumento del rischio di scompenso cardiaco congestizio e morte improvvisa.

Per prevenire queste situazioni è importante impostare un regime alimentare presso strutture specialistiche con uno stretto monitoraggio clinico e biochimico. Iniziare con bassi apporti calorici, da aumentare gradualmente nei giorni successivi, in base alla risposta clinica e biumorale. Mandatoria la precoce supplementazione con potassio e con fosforo e lo stretto monitoraggio dei livelli sierici anche di calcio, magnesio, sodio. Indispensabile associare nelle prime fasi di rialimentazione una adeguata supplementazione vitaminica, in particolar modo per quanto riguarda la tiamina.

Va considerato che il trattamento dei DCA è molto complesso e spesso, purtroppo, non conduce a risultati soddisfacenti. Presupposto fondamentale nell'approccio a questi pazienti è la creazione di un team multidisciplinare in grado di rispondere alle diverse esigenze: medico internista, psichiatra, psicologo/psicoterapeuta, nutrizionista, dietista. Si deve ricordare che nel caso dell'AN un adeguato apporto nutrizionale con la ripresa di peso e correzione dello stato di malnutrizione è l'unico trattamento che può ridurre i rischi per il paziente. L'apporto nutrizionale adeguato e il miglioramento della salute fisica sono le principali condizioni per permettere un miglioramento del quadro psichiatrico.

La motivazione nei DCA

Strutturazione dell'ambulatorio DCA dell'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano

Eva Maria Cislaghi

Nessun cambiamento avviene in assenza di motivazione.

La motivazione è una disposizione al cambiamento, presente in una persona. E' uno stato dinamico che varia da un momento all'altro, da una situazione ad un'altra.

La motivazione è ciò che determina:

- la scelta di iniziare ad impegnarsi in un certo compito
- la scelta di spendere una certa quantità di energia
- la scelta di mantenere nel tempo i risultati raggiunti

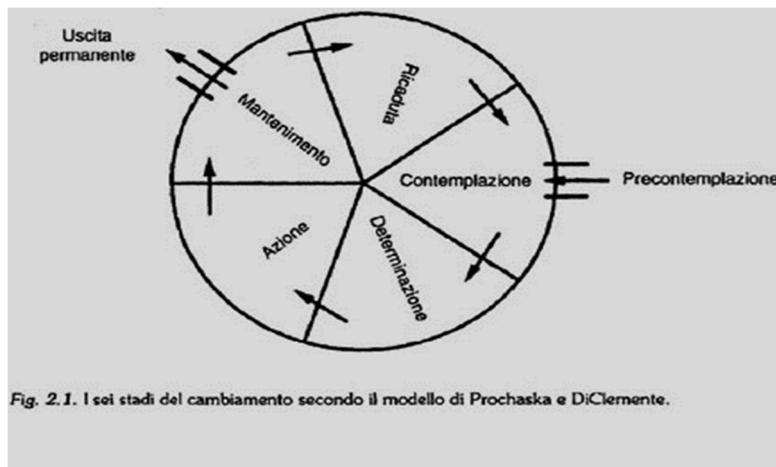
Le persone con DCA che si rivolgono spontaneamente a qualcuno sono già in parte consapevoli della discrepanza, presente in loro, fra ciò che sono e ciò che vorrebbero essere, fra la disfunzionalità del loro comportamento e il desiderio di modificarlo, ma sono anche ambivalenti nei confronti del cambiamento.

Il cambiamento, infatti, da una parte è desiderabile, dall'altra scatena forti ansie.

Bisogna quindi lavorare sull'ambivalenza, aiutare il paziente a vedere i motivi a favore del cambiamento, per ottenere che l'ago della bilancia decisionale si inclini a favore del cambiamento.

Bisogna poi lavorare sul senso di autoefficacia, fondamentale per intraprendere un cambiamento, che è la consapevolezza di essere in grado di affrontare con successo gli ostacoli e i problemi.

Un cambiamento, infatti, può avvenire se si pensa che sia vantaggioso cambiare, che sia possibile cambiare e che si possa riuscire a cambiare.



Il cambiamento è una ruota dinamica di cinque stadi:

- Precontemplazione: c'è la totale assenza di consapevolezza dell'esistenza di un problema; il problema non esiste, è degli altri, non si pensa di dover modificare il proprio comportamento
- Contemplazione: c'è una parziale consapevolezza del problema ma persiste un atteggiamento ambivalente
- Determinazione: c'è l'intenzione di cambiare ma necessita di essere rafforzata e organizzata
- Azione: vengono individuate e sperimentate nuove strategie di comportamento
- Mantenimento: in questa fase bisogna prevenire le ricadute e consolidare il cambiamento.

Il funzionamento dell'Ambulatorio per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'A.O. San Paolo di Milano:

L'intervento psicoterapeutico nei DCA

Elena Tugnoli – Sara Rossi

Tra i disturbi psichiatrici, i disturbi alimentari sono considerati particolarmente difficili da trattare, in quanto necessitano di interventi che chiamano in causa diverse competenze, date le complicità fisiologiche e psichiatriche di rilievo che tali pazienti, spesso peraltro riluttanti a sottoporsi al trattamento, presentano.

Il trattamento ambulatoriale prevede l'integrazione tra la psicoterapia individuale e gruppi psicoeducativi.

Per quanto riguarda la psicoterapia individuale, si tratta di incontri settimanali o quindicinali in base alle esigenze di ogni singolo paziente. Nei colloqui di consultazione si cerca di definire meglio quale sia il problema alimentare con una diagnosi multi assiale e di instaurare con il paziente un'alleanza terapeutica. La terapia si basa sul lavorare sulla sintomatologia dei disturbi alimentari che può essere ridotta ad un'eccessiva preoccupazione per i temi della perfezione, dell'autostima e del controllo e ad un singolare nesso tra credenze cognitive e le condotte alimentari.

I gruppi psicoeducativi sono di quattro tipologie:

1. Gruppo Fame Emotiva
2. Gruppo Emozioni
3. Gruppo Interpersonale
4. Gruppo Immagine corporea.

Un format di gruppo presenta vantaggi notevoli nel trattamento di pazienti con DCA, consentendo l'intergioco di processi apparentemente contraddittori, come l'identificazione con i propri pari e la fiducia nel loro sostegno, nonché la promozione della propria identità di persona tra i pari. Da un altro punto di vista, parlare dei problemi nella prospettiva dei differenti membri del gruppo può aiutare la ristrutturazione cognitiva e il decentramento, ridimensionando l'eccessiva focalizzazione su dettagli specifici e promuovendo una visione dell'intero contesto (Schmidt 2009).

Quindi i gruppi per pazienti con disturbo alimentare possono offrire sostegno e accrescere la motivazione.

I gruppi comprendono in media la partecipazione tra i 6 e i 10 pazienti tra tutti quelli che hanno ricevuto una diagnosi di disturbo alimentare, giudicati idonei a partecipare.

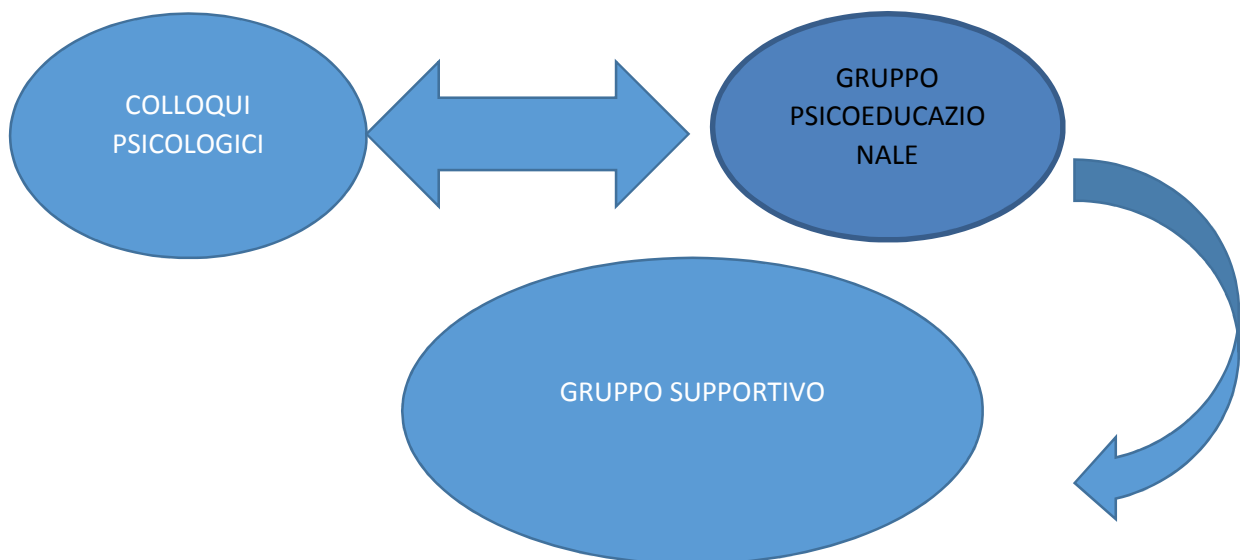
Il percorso terapeutico dei pazienti con DA prevede il coinvolgimento dei genitori o familiari da parte degli operatori.

Gli aspetti che prevalentemente vengono indagati in questa fase hanno a che fare in primis con quello che è il problema del paziente, ossia del figlio/a che è stato preso in carico dall'Ospedale.

Si ricostruisce insieme ai familiari la storia alimentare, medica e sociale del figlio/a, si ripercorrono le tappe fondamentali dello sviluppo e gli eventuali traumi che hanno coinvolto i familiari o direttamente il figlio/a e si indagano quelle che sono le spiegazioni dei genitori riguardo al problema presentato dal figlio/a.

In questa fase è importante incominciare a notare quelle che sono le teorie naive dei genitori rispetto al problema. Infatti saranno proprio queste ad essere prese in esame nella fase iniziale del percorso terapeutico, onde evitare che tali teorie (spesso disfunzionali) possano in qualche modo mantenere il disturbo del paziente.

PERCORSO TERAPEUTICO DEI GENITORI



I genitori (o familiari) del paziente, a seguito della consultazione e a seconda della valutazione svolta dal terapeuta, potranno seguire, contemporaneamente ai colloqui psicologici o esclusivamente, il gruppo psicoeducazionale.

Tale gruppo prevede 8 incontri in cui vengono presentati ai familiari o genitori del paziente in carico quelli che possono essere definiti i fattori di rischio del disturbo, le possibili motivazioni dell'esordio, i codici comunicativi utilizzati in famiglia, la gestione comportamentale (es. i pasti), stili relazionali della famiglia (attaccamento) e aspetti medici e farmacologici legati al disturbo.

Al termine degli 8 incontri si potrà accedere al Gruppo Supportivo, gruppo aperto a ciclo continuo in cui i familiari o genitori del paziente (non necessariamente più in cura presso la struttura) possono presentare la singola situazione e confrontarsi con altri genitori sulle differenti difficoltà.

I terapeuti svolgono un ruolo di moderatori all'interno di questo gruppo e intervengono su richiesta o laddove necessario.

Il ruolo dei genitori o familiari del paziente in carico è un ruolo assolutamente di rilievo e fondamentale per la cura e guarigione del paziente. Il disturbo alimentare infatti non lo si può attribuire esclusivamente al paziente, ma è una problematica che ha a che fare con il funzionamento di tutto il nucleo familiare.

Obiettivo del percorso con i genitori o familiari del paziente è quello di intervenire sugli schemi disfunzionali della famiglia che mantengono il disturbo, implementando una modalità di comunicazione costruttiva e volta al cambiamento.

Appunti