

TERAPIA OCCUPAZIONALE NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA

Darin Ajam *Terapista Occupazionale Roma*; **Luigi Onnis** *Neuropsichiatra e Psicoterapeuta ASL RM B*; **Renata Von Zastrow** *Terapista Occupazionale RSA Castello della Quiete Roma*

OBIETTIVO

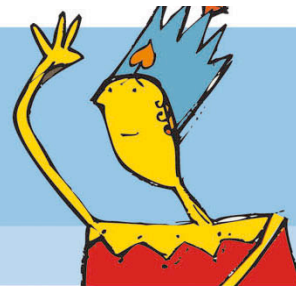
Lo studio è condotto su pazienti con Disturbo del comportamento alimentare, con diagnosi di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, con l'obiettivo di indagare l'efficacia del trattamento di Terapia Occupazionale in termini di miglioramento della qualità di vita; questo scopo si persegue operando su diversi fattori. L'intervento di terapia occupazionale nello specifico è volto a ridurre la distorsione dell'immagine corporea e l'insoddisfazione legata al proprio aspetto, fornire esperienze di successo allo scopo di incrementare la gratificazione, l'autostima, il senso di competenza e il controllo; incrementare interessi e ruoli occupazionali persi; promuovere una routine gratificante ed equilibrata.

POPOLAZIONE E METODI

Sono stati inclusi nello studio 12 pazienti, di cui 7 assegnati al gruppo di trattamento e 5 al gruppo di controllo. Solo i pazienti del gruppo di trattamento hanno svolto incontri settimanali di terapia occupazionale per 5 mesi. Tutti i soggetti del campione effettuano psicoterapia individuale, interventi psicoeducativi, valutazione dietistica, controlli internistici e psichiatrici e solo alcuni psicoterapia di gruppo, psicoterapia familiare, sostegno alla coppia genitoriale. Il trattamento prevedeva l'uso di attività dell'immagine corporea (per sviluppare l'autostima, un'immagine reale e positiva ed incrementare la percezione e conoscenza del corpo), di attività espressive (per i problemi di comunicazione e l'incremento della consapevolezza di sé), neuropsicologiche, psicosociali e di stimolazione sensoriale.

RISULTATI

Emerge un miglioramento maggiore nel gruppo di trattamento rispetto al gruppo di controllo, nell'insoddisfazione dell'immagine di sé, negli interessi presenti, futuri e nel gradimento degli interessi, nei ruoli presenti, in quelli importanti svolti e in quelli importanti non svolti, nel valore e nel gradimento delle attività della routine e nella distorsione dell'immagine corporea. Tra questi sono risultati ai limiti della significatività gli interessi futuri (incremento del desiderio di svolgere attività in futuro), il valore della routine e l'insoddisfazione dell'immagine corporea. Per quanto riguarda l'equilibrio nelle tre aree occupazionali principali, si osserva a t0, nel gruppo di trattamento un deficit nell'area del tempo libero, mentre nel gruppo di controllo risulta deficitaria l'aria della cura di sé; a t1 risulta incrementata l'area del tempo libero nel gruppo di intervento, mentre non si registra nessuna variazione nel gruppo di controllo. Quindi nelle pazienti trattate è stato ristabilito un equilibrio occupazionale sano. Attraverso la somministrazione, al gruppo trattato, di un questionario di valutazione del trattamento, è stata valutata inoltre la qualità dell'intervento svolto. Tutte le pazienti riferiscono di aver tratto dei benefici dal percorso svolto, in particolar modo sulla consapevolezza dell'aspetto fisico, la conoscenza del sé e del corpo, la capacità di riconoscersi dei pregi e di scoprire aspetti di sé che non conoscevano in precedenza, incremento della capacità di rilassamento in condizioni di stress, gratificazione nello svolgimento di attività, scoperta degli aspetti positivi della propria persona, riduzione dell'importanza assegnata al peso, benessere conseguito dalla valorizzazione delle abilità personali e dall'essere considerate per le proprie qualità e non solo per la malattia.



'LO STATO DELL'ARTE NELLA PREVENZIONE CURA E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E L'OBESITÀ'

"GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO (GAP) PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE": PROGETTO REALIZZATO PRESSO IL CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DEL PESO (DCAP) DI PORTOGRUARO (VE).

Erika Baldissera Psicologa-psicoterapeuta; **Pierandrea Salvo** Medico psichiatra- responsabile Centro DCAP); **Monica Baiano** Medico-psichiatra; **Ilenia Camponogara** Psicologa-psicoterapeuta; **Paolo Giacobello** Psicologo; **Lucia Cereser** Psicologa. • *AULSS 10 Veneto Orientale Centro di riferimento per la cura e la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare e del peso* • *Associazione Fenice ONLUS*

OBIETTIVI

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono disturbi associati ad alti tassi di comorbidità psichiatrica. Essi manifestano aspetti psicopatologici e alterazioni del funzionamento cognitivo, emotivo e sociale e, pertanto, richiedono una diversificazione di trattamenti riabilitativi multidimensionali. Per rispondere a tali esigenze, il Centro di Riferimento per la cura e la riabilitazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso (DCAP), in collaborazione con l'associazione Fenice ONLUS, ha avviato il progetto di un Gruppo Appartamento Protetto (GAP). L'inserimento nel GAP avviene su indicazione dell'equipe del DCAP sulla base delle necessità clinico-terapeutiche dell'utente, in fase di sufficiente compenso psico-fisico. L'inserimento di un utente in un contesto che tende a riprodurre la quotidianità, come è quello del GAP, prevede come obiettivi l'emancipazione dal ricovero intensivo in Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP), il potenziamento delle capacità di coping relazionale ed il consolidamento di abilità nutrizionali. Il GAP è una delle strutture del DCAP nelle quali si utilizza la Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva™ (RPP), modello di riabilitazione psico-nutrizionale intensivo costituito da una rialimentazione progressiva e concordata direttamente con l'utente. L'articolo qui presentato si propone di condividere la prima fase di sperimentazione del GAP in un periodo compreso tra gennaio 2013 e maggio 2013.

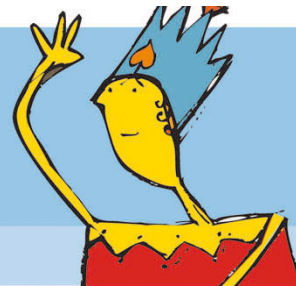
METODO

Il numero complessivo di utenti che hanno usufruito di tale percorso è 7, di sesso femminile, con diagnosi di Anoressia Nervosa (6pz.) e di Bulimia Nervosa (1pz.), di età compresa dai 18 ai 25 anni. Il GAP prevede una protezione con un operatore socio sanitario del DCAP per una copertura 6,5 ore al giorno per sette giorni settimanali; due psicologi dell'Associazione Fenice onlus con una presenza settimanale distribuita in 21 ore, i quali coordinano tre momenti strutturati inerenti dinamiche familiari e relazionali; un dietista con una presenza di 2 ore a settimana. L'equipe coinvolta nel lavoro all'interno del GAP offre modelli relazionali sani con gli utenti, fornisce supporto nelle scelte di emancipazione, promuove il libero sviluppo di autonomie inerenti la sfera del menage quotidiano, offre una presenza costante e non strutturata ed un supporto tecnico in caso di necessità clinica. L'intervento è costantemente supervisionato attraverso due momenti di equipe, con cadenza settimanale. Tutti gli utenti mantengono contatti ambulatoriali con le seguenti figure professionali del DCAP: medico nutrizionista, dietista, medico psichiatra, psicologo-psicoterapeuta.

RISULTATI

L'osservazione qualitativa clinica sin ora effettuata depone a favore del progressivo abbandono di pensieri e condotte di controllo, altamente invalidanti, tipiche del DCA e, al contempo, della possibilità di riprendere la naturale tendenza all'autorealizzazione migliorando la qualità della vita.

CONTATTI • Erika Baldissera: erika.baldissera@ulss10.veneto.it



'LO STATO DELL'ARTE NELLA PREVENZIONE CURA E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E L'OBESITÀ'

"LA SCUOLA CHE NON C'È": PROGETTO DI DIRITTO DI MANTENIMENTO ALLO STUDIO PER PAZIENTI RICOVERATI PRESSO IL CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DEL PESO (DCAP) DI PORTOGRUARO (VE).

Erika Baldissera Psicologa-psicoterapeuta; **Pierandrea Salvo** Medico psichiatra- responsabile Centro DCAP); **Monica Baiano** Medico-psichiatra; **Ilenia Camponogara** Psicologa-psicoterapeuta; **Paolo Giacobello** Psicologo; **Lucia Cereser** Psicologa. • *AULSS 10 Veneto Orientale Centro di riferimento per la cura e la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare e del peso* • *Associazione Fenice ONLUS*

OBIETTIVI

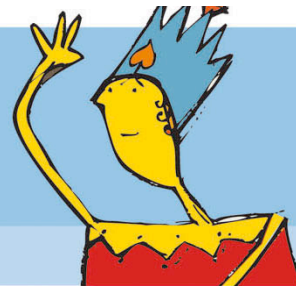
Il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso (DCAP) di Portogruaro (VE) AULSS 10 "Veneto Orientale" ha attivato dal 2008 il progetto "La scuola che non c'è". Tale progetto si basa sul diritto di mantenimento allo studio ed è rivolto a pazienti affetti da disturbo del comportamento alimentare (DCA) in età scolare ricoverati presso la nostra struttura riabilitativa denominata "Casa delle farfalle". Le necessità medico-assistenziali spesso richiedono ai ragazzi l'allontanamento dall'ambiente scolastico per lunghi periodi, con ripercussioni nei processi di socializzazione, nella continuità dell'apprendimento e nel percorso di cure sanitarie.

METODO

Il progetto "La scuola che non c'è" consiste in un servizio scolastico che viene attivato dalla scuola di provenienza dell'utente in collaborazione con la scuola polo della regione di appartenenza e che si basa sul progettare, organizzare e fornire attività didattiche personalizzate attraverso dei collegamenti multimediali. Il Centro ha creato un luogo totalmente dedicato con la presenza di postazioni pc, collegamenti internet, aula studio ed alcuni operatori che si occupano di coordinare i rapporti con le scuole di provenienza. Quando la situazione clinica lo permette può anche essere valutata la possibilità di frequentare gli istituti scolastici del territorio attraverso una modalità di frequenza protetta. Dal 2008 ad oggi hanno usufruito di questo progetto 44 utenti e della frequenza protetta presso gli Istituti Scolastici del territorio 15 utenti, di età compresa tra i 13 e 18 anni. La media della durata della frequenza scolastica attraverso "La scuola che non c'è" è di circa 100 giorni di scuola per alunno. Nel 2011, grazie alla siglatura formale del Protocollo d'Intesa tra il nostro Centro, l'Istituto Comprensivo "Ardigò" di Padova (scuola polo della regione Veneto) e l'Ufficio Scolastico VII di Venezia, è stato possibile far sostenere ad un'utente l'esame di maturità presso la struttura.

RISULTATI

L'integrazione del servizio scolastico nel processo terapeutico ha permesso una presa in carico globale dell'utente ricoverato presso il nostro Centro, migliorando la qualità della vita degli alunni lungodegenti e contrastando il fenomeno della dispersione scolastica.



SPORT E DCA

Cigarini F., Fornea S., Franco A., Loperfido F., Rausa M., Schumann R., Tieghi L., Trunfio O., Ballardini D. • *Centro Studi Gruber. Servizio di Diagnosi e Terapia dei Disturbi del Comportamento Alimentare - Servizio di Diagnosi e Terapia dei Disturbi d'Ansia e Psicosomatici, Bologna*

INTRODUZIONE

Il termine sport indica ogni forma di attività fisica svolta per fini agonistici, per divertimento o per migliorare le condizioni corporee e psichiche dei soggetti coinvolti. Sono 7 milioni le donne italiane che praticano sport e il 24% delle ragazze di età compresa tra gli 11 e i 19 anni pratica ginnastica artistica (CENSIS, 2006). Le evidenze scientifiche hanno dimostrato gli effetti benefici dello sport nel favorire una percezione positiva del proprio corpo, una maggiore soddisfazione rispetto al proprio peso (Richards et al., 1990), un più elevato livello di autostima (Holland et al., 1994) e maggiore opportunità di socializzazione (White et al., 1998). Inoltre, lo sport è promotore di profondi valori etici quali lo spirito di aggregazione, la disciplina e il rispetto delle regole (CENSIS, 2006). Ciononostante si assiste nell'epoca moderna ad una perdita dei valori che connotano lo sport e l'ambiente sportivo diventa sede di competizione, aspettative e modelli ideali irrealistici. In tal senso lo sport diventa fattore di rischio in soggetti predisposti. Tra le psicopatologie più frequenti vi sono i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Tra gli elementi "critici" portatori di rischio si rilevano la restrizione alimentare o diete inadeguate, un estremo controllo della forma corporea, un elevato disagio per alcune parti del corpo (ad esempio fianchi e cosce), ansia da prestazione, pressione eccessive di istruttori ed allenatori (Karr et al., 2013). La relazione tra sport e DCA è enfatizzata dalla maggiore frequenza del disturbo fra gli atleti professionisti come ampiamente documentato dalla letteratura scientifica, atleti in cui ad esempio "il rischio di Anoressia Nervosa (AN) sarebbe molto elevato tra pressioni psicologiche, allenamenti e ossessivi ricerca della *forma perfetta*" (Gura, 2008). Questo rischio è particolarmente accentuato nei cosiddetti sport estetici (ginnastica artistica, danza classica, pattinaggio, nuoto sincronizzato) e in generale negli sport che hanno come caratteristica specifica il controllo costante del peso-forma per mantenere un livello ottimale di prestazione rispetto alle atlete che praticano sport di squadra e anaerobici (Reel et al., 2013).

OBIETTIVI

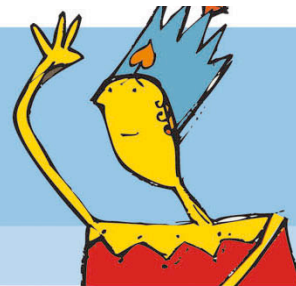
Gli obiettivi dello studio sono stati quelli di effettuare una ricerca bibliografica sulla relazione tra sport e DCA e di descrivere un caso clinico di una paziente con AN sottotipo Restrictor nella quale, come riportato dalla letteratura scientifica, la pratica di uno sport estetico, anche se non a livello agonistico e i rapporti con l'allenatrice e il gruppo sportivo sono rientrati nella costruzione psicopatologica del disturbo.

MATERIALI E METODI

Il caso clinico descritto è stato trattato presso il centro specialistico con un percorso diagnostico-terapeutico interdisciplinare integrato medico-nutrizionale e psicoterapico strutturato e certificato per DCA. Dalla raccolta dei dati anamnestici e psicometrici nelle fasi di assessment è stata effettuata la costruzione psicopatologica, secondo il DSM IV-TR, che ha permesso di strutturare un percorso terapeutico in cui affrontare le tematiche della relazione con il gruppo sportivo e la ristrutturazione cognitiva riguardo cibo-peso-corpo. Per quanto riguarda la ricerca bibliografica sono stati consultati Pubmed e alcuni siti bibliografici.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La prevenzione dei DCA è un argomento estremamente complesso e poco studiato. Tuttavia è importante che l'ambiente che circonda i ragazzi (insegnanti, istruttori, allenatori) promuova e sostenga informazioni sane riguardo l'alimentazione, il rapporto armonico con il corpo ed il ruolo dello sport nella promozione del benessere fisico, psicologico e sociale. In particolare, è importante che gli istruttori e gli allenatori non stimolino comportamenti che potrebbero essere, in soggetti predisposti, essere implicati importanti nell'insorgenza ed il mantenimento di un DCA. Inoltre è importante che essi siano formati e sensibilizzati nel riconoscimento dei segnali precoci di un DCA in modo di ridurre il tempo di latenza tra l'esordio della malattia e la richiesta d'aiuto.



INTERVENTI BASATI SULLA MINDFULNESS E SULL’ACCETTAZIONE NEI DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE: UNA REVIEW SULLE RICERCHE INNOVATIVE

Mara D’Andrea*, **Alessia Minniti****, **Silvia Perrone*** • **Psicoterapia Cognitiva Integrata – Lecce, **Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Verona – Istituto Italiano per la Mindfulness*

OBIETTIVI

Nell’ultimo ventennio si è assistito a un notevole incremento d’interesse verso le cosiddette “terapie di terza generazione”. Il termine deriva dalla storia della terapia del comportamento che ha visto il suo evolversi prima in terapia Cognitivo-Comportamentale (la seconda generazione) e successivamente negli interventi basati sulla Mindfulness, l’Accettazione e la Defusione Cognitiva che spostano l’attenzione dai contenuti ai processi mentali (Siegel RD, Germer CK, Olendzki A 2009). Una buona parte della ricerca sui Disturbi dell’Alimentazione ha suggerito che il deficit principale di questi disturbi deriva da tentativi inefficaci di auto-regolazione (Wolewer RQ, 2009). La restrizione calorica, le abbuffate compulsive e gli inappropriati metodi di compenso sono concettualizzati come strategie per regolare aspetti negativi dell’esperienza e possono essere prodotti della reazione di stress. I protocolli basati sulla mindfulness possono essere utilizzati per migliorare l’autoregolazione e le evidenze scientifiche emergenti stanno dimostrando la potenziale utilità di questi approcci. Mindfulness è la traduzione inglese della parola Sati, in lingua Pali, che significa “attenzione consapevole o attenzione nuda” ovvero porre attenzione intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante (J.K. Zinn, 1990).

Obiettivo di questo lavoro è analizzare e descrivere studi scientifici di recente pubblicazione circa le applicazioni teoriche e sperimentali degli interventi basati sulla Mindfulness e sull’Accettazione nei disturbi dell'alimentazione.

METODO

A tal fine sono stati considerati studi pilota, sperimentazioni cliniche e altri modelli teorici pubblicati nell'ultimo decennio su alcune delle più note e diffuse riviste scientifiche quali Eating Behaviors, Body Image, Appetite, Eating Disorder, Eating and Weight Disorders e Journal of Obesity, Frontiers in Human Neuroscienze etc.

RISULTATI

I risultati rilevati suggeriscono che la Mindfulness, l’Accettazione e i suoi relativi costrutti possono essere significativi per meglio comprendere lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Evidenziano una correlazione significativa e positiva tra “consapevolezza” e sintomi tipici dei disturbi dell'alimentazione indipendentemente dalla presenza di possibili comorbidità con disturbi del tono dell'umore o disturbi d'ansia.

Tuttavia, numerosi sono i limiti di questi studi: alcuni sono stati condotti su campioni esigui o non clinici, in altri è stato utilizzato un solo strumento per misurare la consapevolezza, la raccolta di dati è avvenuta con strumenti solo self report o self report in modalità online. Nonostante questi limiti la maggior parte dei risultati suggerisce che gli interventi basati sulla Mindfulness e l'Accettazione possono rappresentare efficaci vie di cura per i DCA e incoraggiano la ricerca a proseguire in questo ambito (Anderson & Simmons, 2008; Fischer, & Huss, 2005; Juarascio, Forman & Herbert, 2010; Kristeller, Baer, & QuillianWolever, 2006; Safer, Telch, & Chen 2009).

BIBLIOGRAFIA

- Butryn M, Juarascio A, Shaw J, Kerrigan S, Clark V, “Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment” Eating Behaviors 14, 2013
- Cowdrey F, Park R, “The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders”, Eating Behaviors 13, 2012
- Kabat-Zinn J “Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness” New York, Delacorte, 1990.

**TRATTI DI PERSONALITA' NEI PAZINETI OBESI CON DISTURBO ALIMENTARE**

D'Ecclesia F., Stefani S., Bancheri L., Miccioni S., Girardi P. • *Facoltà di Medicina e Psicologia, Università "La Sapienza" di Roma. Azienda Ospedaliera Sant'Andrea. Ambulatorio Multidisciplinare Disturbi del Comportamento Alimentare,*

OBIETTIVO

Il nostro studio si propone di analizzare le variabili strutturali e funzionali della personalità nei pazienti con diagnosi di DA NAS associata ad Obesità Morbigena. La letteratura attuale ha poco esaminato le caratteristiche strutturali e funzionali della personalità nei pazienti con diagnosi di DA NAS Obesi.

METODO

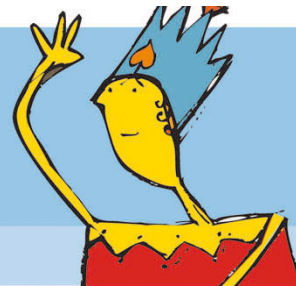
Il gruppo di studio è formato da 34 soggetti con DA NAS. Tutti i pazienti presentano Obesità Morbigena di I, II e III grado. A tutti i pazienti sono stati somministrati i seguenti tests: Minnesota Multiphasic Personalità Inventory 2 (MMPI-2), Millon Clinical Multiaxial Inventory 3 (MCMI 3), Temperamento and Character Inventory (TCI), tutti tests proiettivi per il carattere, il temperamento e la personalità. Sono stati inoltre somministrati l'Eating Disorder Inventory (EDI) e l'EDI SCL per valutare la presenza e l'entità del disturbo alimentare.

RISULTATI

Dalla valutazione dei test è emerso che i pazienti con DA NAS Obesi mostrano: per il 77% del campione un *Tratto di Personalità Dipendente-Evitante*, per il 13% un *Tratto di Personalità Narcisistico*, per il 9% un *Tratto di personalità Istrionico*.

CONCLUSIONI

Il nostro studio evidenzia che la personalità maggiormente rappresentata nei DA NAS Obesi è quella Dipendente-Evitante.

**VALUTAZIONE DELL’EFFICACIA DEL TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO NEI PAZINETI OBESI CON DISTURBO ALIMENTARE**

D’Ecclesia F., Stefani S., Bancheri L., Miccioni S., Girardi P. • *Facoltà di Medicina e Psicologia, Università “ La Sapienza ” di Roma. Azienda Ospedaliera Sant’Andrea. Ambulatorio Multidisciplinare Disturbi del Comportamento Alimentare*

OBIETTIVO

L’Ambulatorio Multidisciplinare Integrato DCA ha osservato che la popolazione dei pazienti affetti da DA che maggiormente si è rivolta al servizio è stata quella dei pazienti affetti da DA NAS con Obesità. Lo studio è stato rivolto alla valutazione dell’efficacia del trattamento Multidisciplinare Integrato in questi pazienti a 14 mesi dalla presa in carico.

METODO

Un totale di 29 pazienti dei quali 9 affetti da DAI e 20 affetti da DA NAS, tutti obesi, è stato seguito in equipe, attraverso un intervento psicofarmacologico, psicoterapeutico, nutrizionale, endocrinologico-internistico.

RISULTATI

I risultati ottenuti attraverso la valutazione delle modifiche del BMI e delle modifiche dei sintomi alimentari, hanno evidenziato che: i pazienti con DA NAS Obesi hanno mostrato il 53% di guarigione (assenza della sintomatologia alimentare e diminuzione del BMI), il 26% un miglioramento (riduzione della sintomatologia alimentare e diminuzione del BMI), il 24% stazionarietà. I pazienti affetti da DAI hanno mostrato: il 43% guarigione clinica, il 43% miglioramento, il 14% stazionarietà.

CONCLUSIONI

Il nostro studio evidenzia che il Trattamento Multidisciplinare Integrato è risultato molto efficace nella cura dei pazienti con DA NAS Obesi.

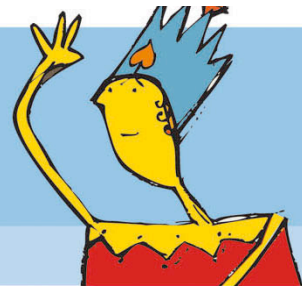


Lecce, 13 / 14 / 15 giugno 2013
Festeggia il tuo peso naturale!

MANIFESTAZIONE NAZIONALE DI SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE
E FORMAZIONE SU ANORESSIA, BULIMIA E OBESITÀ. SESTA EDIZIONE



www.pensa-differente.it



'LO STATO DELL'ARTE NELLA PREVENZIONE CURA E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E L'OBESITÀ'

LE MISURE ALTERNATIVE NELLA RIABILITAZIONE NUTRIZIONALE DEI DCA

Natale V., Profilio L., Funaro B., Mangiapane R., Mauro D., Spampinato M., Tricomi T. • *U.O. per la cura e la gestione integrata dei Disturbi del Comportamento Alimentare - Dipartimento Salute Mentale Asp Messina*

OBIETTIVI

La U.O. per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare il "Cerchio d'Oro" di Messina comprende due livelli di assistenza: ambulatoriale e residenziale diurno (DH 12) e adotta il modello della Riabilitazione Psico-nutrizionale Progressiva (RPP), ideato dal Servizio Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso di Portogruaro ULSS10 Veneto Orientale. Tale tecnica prevede lo svolgimento di svariate attività cliniche mirate ad intervenire sulle diverse aree investite dal DCA: area medica, area nutrizionale, area psicologia e psichiatrica. In questa sede ci focalizzeremo sull'aspetto tecnico della riabilitazione nutrizionale secondo la RPP, che prevede l'utilizzo delle porzioni e delle misure alternative come criterio di riferimento per la gestione dei piani alimentari individualizzati ed ha come obiettivo ultimo quello di ristabilire un'alimentazione spontanea, che faccia affidamento sul senso della fame e sazietà e sull'autonomia della gestione alimentare.

METODO

La nostra scelta di utilizzare le misure alternative nasce da riflessioni di tipo pratico e clinico. Dal punto di vista pratico riteniamo che piani alimentari espressi in misure alternative presentino alcuni importanti vantaggi:

- permettono una maggiore adattabilità ai diversi contesti della vita quotidiana
- consentono una più facile gestione degli imprevisti
- privilegiano l'aspetto qualitativo degli alimenti piuttosto che quello quantitativo
- rendono più agevole il passaggio ad un'alimentazione spontanea

Per quanto riguarda l'aspetto più propriamente clinico, secondo la nostra esperienza, criteri di riferimento flessibili (misure alternative) facilitano l'interruzione di alcuni fattori di mantenimento propri dei DCA, in particolare dei comportamenti di controllo dell'alimentazione che, assumendo spesso una connotazione ossessiva, rischiano di amplificare i pensieri e le preoccupazioni nei confronti del cibo.

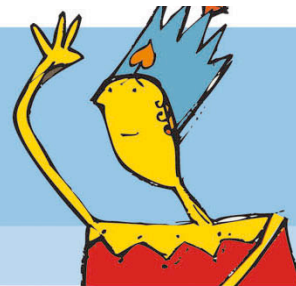
Poiché nella nostra esperienza ci troviamo spesso ad accogliere utenti con DCA che hanno una pregressa esperienza di piani alimentari espressi in grammi, presentiamo in questa sede il percorso da noi strutturato al fine di agevolare il passaggio da un'alimentazione in cui le quantità vengono definite in grammi ad una alimentazione in cui le stesse vengono gestite con l'ausilio di porzioni e misure alternative.

Il Cerchio d'oro sta inoltre sperimentando l'efficacia dell'utilizzo di volumi di riferimento (oggetti di uso quotidiano e/o parti del corpo) in associazione alle unità di misura casalinghe (mestoli, cucchiari, bicchieri).

RISULTATI

A scopo esemplificativo verrà riportato il caso clinico di una utente presa in carico dal nostro centro in regime residenziale diurno dopo un ricovero in regime residenziale (H 24) presso una struttura che utilizza un modello di riabilitazione nutrizionale con piano alimentare espresso in grammi, alla quale è stato proposto un passaggio ad un piano caratterizzato da misure alternative.

CONTATTI • **Barbara Funaro:** barbara.funaro@gmail.com, **Rossana Mangiapane:** rossanamangiapane@virgilio.it



RIABILITAZIONE PSICONUTRIZIONALE IN UNA PAZIENTE CON BULIMIA NERVOSA SOTTOPOSTA A BENDAGGIO GASTRICO

Alessandra Vincenti, Lisa Guidi, Silvia Lucchesi, Sara Danti • *ISTITUTO SPECCHIDACQUA, Montecatini Terme (PT)*

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano una delle patologie più diffuse della società occidentale dell'ultimo ventennio. I DCA sono di particolare interesse in ambito bariatrico. Nello specifico, la bulimia nervosa (BN) è considerata una controindicazione alla chirurgia bariatrica a causa del vomito ripetuto.

MATERIALI E METODI

L'approccio di cura si basa sulla Riabilitazione Psico-Nutrizionale (RPN). Il primo step è rappresentato dalla visita psichiatrica e sono valutate sia la situazione clinica complessiva sia la necessità di un'eventuale terapia farmacologica; la terapia psicologica si basa sull'approccio teorico di riferimento umanistico-bioenergetico. Il trattamento nutrizionale ha lo scopo di affrontare e superare i problemi riguardanti l'alimentazione, le fobie e le idee disfunzionali sul cibo e sul corpo.

CASO CLINICO

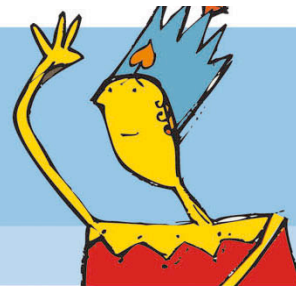
Monica (M.), 42 anni. M. nasce alla 36 settimana, Kg 2,750; dall'età di 8 mesi presenta un peso superiore al 97° percentile per età e per sesso. A 13 anni iniziano a comparire i primi sintomi di DCA. A 20 anni, si sottopone a una dieta con anfetamine e compaiono i primi attacchi di panico. Seguono altri tentativi di dimagrimento che si dimostrano inefficaci finché a 30 anni, 126 Kg, esegue intervento di Bendaggio Gastrico (BG), senza supporto nutrizionale-psichiatrico-psicologico. M. inizia così a vomitare, dapprima per motivi di adattamento gastrico e quindi di sazietà precoce; poi, per mancanza di controllo, comincia ad auto-indursi il vomito, più volte al giorno. M. per alcuni anni non vuole riconoscere il suo disagio, accettando come normale il suo comportamento alimentare. A Ottobre del 2011, M. prende contatto con il nostro Istituto.

RISULTATI

Dopo la prima fase di assessment, M. inizia una terapia farmacologica con Citalopram; in seguito incontra la psicoterapeuta con la quale intraprende una serie di colloqui, che avranno frequenza settimanale, accompagnati dalla compilazione del diario alimentare e infine la nutrizionista con la quale si confronta circa il suo comportamento alimentare. L'obiettivo stabilito dall'equipe per la prima fase di management riguarda l'interruzione del ciclo binge-vomiting, seguiranno la normalizzazione dell'alimentazione, il miglioramento delle condizioni psichiche associate, infine il mantenimento del cambiamento e la prevenzione delle ricadute. Conclusioni- M. adesso ha eliminato il vomito, sta seguendo una dieta equilibrata leggermente ipocalorica e dal punto di vista psicologico ha accettato l'idea di cambiamento, sta prendendo contatto con le proprie emozioni e con il proprio corpo. La RPN si è rivelata una metodica efficace nel raggiungimento degli obiettivi proposti.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2006) "Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders" Third Ed. Am. J. Psychiatry 163, 1-53
- DoniniLM et al (2010) "Obesity and Eating Disorders. Indication for the different levels of care. An Italian Expert Consensus Document" Eating Weight Disord 15, 20-31



ATTACCAMENTI INTIMI

Lucchesi Silvia, Danti Sara • Istituto Specchidacqua Montecatini Terme (Pistoia)

INTRODUZIONE

La teoria dell'attaccamento è alla base di qualsiasi indagine psicologica, in particolare nei Disturbi Alimentari e ha contribuito a promuovere un diverso punto di vista a proposito dell'eziologia delle patologie psichiche. In evidenza è il ruolo della relazione intesa come elemento fondamentale per lo sviluppo dell'individuo, sia normale che patologico. In letteratura, sono numerosi gli autori che hanno esportato il concetto di attaccamento dalla diade originaria madre-bambino ad altre realtà relazionali, caratterizzate dal medesimo legame di intimità. Risultano tuttavia scarsi gli studi che cercano di analizzare gli Stili di Attaccamento in soggetti con diagnosi di DCA in trattamento, avvalendosi di una valutazione integrata (self-report e test etero somministrati).

OBIETTIVI

Rilevare gli stili di attaccamento prevalenti in un gruppo di pazienti con Disturbi Alimentari, attraverso una doppia valutazione: da una parte la prospettiva del terapeuta e dall'altra quella del paziente. La finalità ultima è quella di arrivare a una migliore comprensione del disagio e delle dinamiche relazionali, cercando di realizzare quelle che vengono chiamate "evidence based procedures".

METODO

Questo studio intende analizzare gli Stili di Attaccamento in un campione di soggetti con diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare. Il campione in trattamento ambulatoriale è composto da 23 soggetti di sesso femminile con un'età media di 31.65 anni (DS=9.36). Dei 23 soggetti, 2 hanno ricevuto una diagnosi di Anoressia Nervosa (AN), 11 soggetti hanno ricevuto una diagnosi di Bulimia Nervosa (BN), 7 di "Binge Eating" (BED) e i restanti di disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato (EDNOS). Gli strumenti utilizzati sono l'Adult Attachment Questionnaire (Westen e Nakash, 2005b) e il Psychological Treatment Inventory (Gori, Giannini & Shuldberg 2008).

RISULTATI

I risultati preliminari indicano la prevalenza delle varianti dell'attaccamento insicuro ansiose ed evitanti. Questi risultati preliminari confermano in parte quelli della letteratura e forniscono ulteriori spunti di riflessione.

CONCLUSIONI

Vista la complessità della patologia, una valutazione integrata può essere molto utile al clinico che sta costruendo fin dalle prime sedute di trattamento la relazione terapeutica "intima" (Shane, Gales e Gales, 2000). L'importanza di una valutazione di questo tipo mette al centro della cura la trasformazione del sé del paziente che non può prescindere dalla continua influenza reciproca paziente-terapeuta. Nella suddetta relazione, assai spesso sono presenti sentimenti disforici, che rendono il lavoro clinico particolarmente critico. Inoltre, un cambiamento nella sfera disfunzionale dell'attaccamento è un "risultato-obiettivo", che può portare a rafforzare la consapevolezza e a veicolare i pazienti verso relazioni e stili di vita più sani e soddisfacenti.

BIBLIOGRAFIA

- Westen D. & Nakash O. 2005b. Attachment Questionnaire AQ Manual
Gori A., Giannini, M. & Schuldberg, D. (2008). Mind and body together? A new measure for planning treatment and assessing psychotherapy outcome. Paper presented to the Congress of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), Boston MA, May 2008
Shane, M.e E., Gales M. (2000) Attaccamenti intimi verso una nuova psicologia del sé. Astrolabio Roma

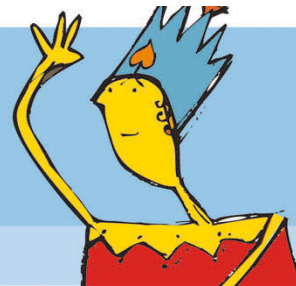


Lecce, 13 / 14 / 15 giugno 2013
Festeggia il tuo peso naturale!

MANIFESTAZIONE NAZIONALE DI SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE
E FORMAZIONE SU ANORESSIA, BULIMIA E OBESITÀ. SESTA EDIZIONE



www.pensa-differente.it



11

'LO STATO DELL'ARTE NELLA PREVENZIONE CURA E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E L'OBESITÀ'

L'ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE NEI DISTURBI ALIMENTARI: ESPERIENZA DI 12 MESI DI ATTIVITA'

Mangiapane R., Morabito S., Profilio L., Tricomi T., Cirone C., Donato A., Funaro B., Mauro D., Natale V., Spampinato M. • *U.O. per la cura e la gestione integrata dei Disturbi del Comportamento Alimentare "Il Cerchio D'Oro" Dipartimento Salute Mentale - Asp Messina*

OBIETTIVI

L'U.O. per la Cura e la Gestione Integrata dei Disturbi del Comportamento- "Il Cerchio D'oro" Dipartimento di Salute Mentale Asp Messina, attraverso fondi destinati dall'Assessorato della Salute – Regione Sicilia (P.O. P.S.N 2010 Azione Bulimia e Anoressia Nervosa) ha potenziato il livello di assistenza ambulatoriale e avviato un livello di assistenza intermedia di tipo semiresidenziale con interventi di riabilitazione psiconutrizionale progressiva.

Il rationale del progetto formulato e attuato prevedeva di uniformarsi alle indicazioni strategico/organizzative nazionali fornite dal progetto del Ministero della Salute "Le Buone pratiche di cura nei Disturbi del Comportamento Alimentare" acquisendo e condividendo competenze professionali già esperenziate dai Centri Pilota nazionali. Ciò ha consentito di implementare un Servizio in linea con le indicazioni ministeriali creando un unico spazio di cura con un unico gruppo di lavoro multiprofessionale e ad alta specialità per i DCA.

METODO

Il progetto ha previsto una prima fase strategico-organizzativa (marzo-dicembre 2011) e una seconda fase di avvio delle attività cliniche (gennaio-dicembre 2012).

Gli indicatori di processo sono stati suddivisi per area psichiatrica/psicologica e area dietistico/nutrizionale differenziando le attività ambulatoriali e semiresidenziali.

L'attivazione del livello di assistenza semiresidenziale, ha rappresentato una innovazione vantaggiosa in termini di rapporto costo-efficacia. Nella Regione Sicilia, ove risultano carenti sia una adeguata rete di servizi territoriali per i DCA che la presenza di strutture riabilitative residenziali specialistiche, i casi clinici in cui il trattamento ambulatoriale non sortisce miglioramenti significativi vengono spesso dirottati verso ricoveri ospedalieri e/o extraospedalieri fuori regione con notevoli disagi e alti costi sanitari.

RISULTATI

Il processo svolto, ha tenuto conto di quanto sopra, e i risultati conseguiti si riferiscono all'insieme delle azioni cliniche effettuate nell'arco temporale del processo.

Si presentano i dati relativi ai risultati delle attività semiresidenziali.

CONTATTI • Rossana Mangiapane: rossanamangiapane@virgilio.it



LA RETE DEI DCA IN EMILIA ROMAGNA: UN CASO DI ANALISI ORGANIZZATIVA

Brunetti M. • AUSL Modena, **Camellini L.** • AUSL Modena, **Di Stani M.** • AUSL Ravenna, **Gibin A.M.** • AUSL Parma, **Manzato E.** • AUSL Ferrara, **Sanna F.** • AUSL Modena

OBIETTIVI

Uno degli obiettivi posti per il triennio 2009-2011 alle singole aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna è stato quello di implementare le indicazioni previste nelle linee guida regionale sui DCA (DGR 1298/2009), che comprendevano la delibera a livello aziendale di un programma DCA, la formazione per ogni azienda di un team multi-professionale dedicato, l'affidamento dei compiti di coordinamento a tre aziende responsabili di area vasta, la previsione di progetti di prevenzione e promozione della salute. Nell'analisi si è voluto andare a osservare il livello di applicazione di alcune di queste raccomandazioni, evidenziando le possibili soluzioni alle criticità esistenti.

METODO

In una fase pilota (Marzo-Giugno 2011) è stata messa a punto insieme ad alcuni professionisti delle diverse aziende la metodologia di analisi ad hoc per il contesto di studio, e gli strumenti per la raccolta dei dati. Il grado di implementazione delle indicazioni regionali nelle singole aziende è stato misurato attraverso una intervista semi-strutturata elaborata a partire dal documento regionale.

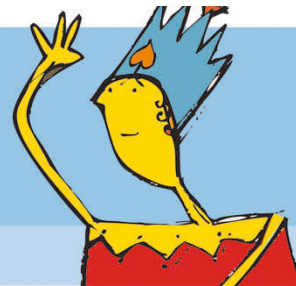
Al fine di giungere a una valutazione quantitativa dell'implementazione della rete DCA, le diverse risposte sono state quindi trasformate in un modello di analisi quantitativa.

A questo scopo sono state individuate cinque dimensioni di analisi (sviluppo della rete, team dca, percorso clinico, sistema informativo, pubblicizzazione del servizio) che sono state successivamente ponderate da giudici esperti e sono servite a fornire un quadro quantitativo circa il livello di adempimento di ciascuna azienda alle indicazioni regionali.

RISULTATI

I risultati dell'analisi evidenziano come l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN, comprendente le Province di Piacenza (AUSL), Parma (AUSL e AUO), Reggio Emilia (AUSL e AOU) e Modena (AUSL e AOU)) sia quella dove si registrano le percentuali di adempimento più elevate, segue l'Area Vasta Romagna (AVR, comprendente Ravenna (AUSL), Forlì (AUSL), Cesena (AUSL) e Rimini (AUSL)), chiude l'Area Vasta Emilia Centro (AVEC, comprendente Bologna (AUSL e AUO), Imola (AUSL) e Ferrara (AUSL e AUO)). All'interno dell'AVEN la percentuale di adempimento complessivo più elevata è quella della Azienda USL di Piacenza, che in assoluto, è la più elevata della Regione Emilia-Romagna (97,4%). Seguono le Province di Modena e Reggio Emilia con percentuali che si attestano, rispettivamente, all'82,3% e 81,0%. Per quanto riguarda l'AVR la percentuale di adempimento generale delle quattro Aziende USL si attesta su valori sostanzialmente livellati verso l'alto compresi fra la AUSL di Ravenna 81,5% e le altre tre AUSL che riportano valori attorno al 77% (Figura 2.2).

In generale va detto che uno dei limiti della presente ricerca riguarda il fatto di avere utilizzato uno strumento soggettivo di valutazione (intervista). Pertanto occorre essere particolarmente critici laddove il dato di adempimento risulti essere omogeneo e tendente al massimo per diverse province. In questi casi il Tavolo Regionale si è interrogato sulle ragioni dei risultati e talvolta è stato possibile attribuirli a particolari situazioni organizzative contestuali.



FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI DISTURBI ALIMENTARI E OBESITÀ (DAO) IN UN CAMPIONE NON CLINICO DI ADOLESCENTI DELLA PROVINCIA DI FERRARA

Manzato Emilia, Roncarati Eleonora, Bolognesi Antonia, Francato Francesca, Schlagenauf Paolo, D'Alessandro Giulia, Strizzolo Giulia, Sarti Serena • *Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna, Ferrara.*

INTRODUZIONE

L'adolescenza è caratterizzata da importanti modificazione corporee che richiedono di essere integrate in una nuova immagine di sé. Il corpo in questa fase di vita può diventare luogo di espressione di sofferenza psichica e strumento di comunicazione di conflitti evolutivi profondi. La tendenza negli adolescenti a stimare in modo errato le forme del proprio corpo o un'eccessiva discrepanza tra come ci si percepisce e come si vorrebbe essere, sono alla base di intensi vissuti di disagio corporeo che possono costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di atteggiamenti alimentari alterati. In un'età in cui tutto cambia, una marcata insoddisfazione corporea associata ad altri fattori di rischio (ricorso a diete, atteggiamenti alimentari alterati...) può contribuire a generare Disturbi Alimentari e Obesità (DAO), caratterizzati da un alterato rapporto con il cibo e con il corpo.

OBIETTIVO

Lo scopo della ricerca è indagare la presenza di eventuali fattori di rischio per lo sviluppo di Disturbi Alimentari e Obesità (DAO) in un campione non clinico di 497 adolescenti della provincia di Ferrara, attraverso l'analisi di condizione di peso, stile di vita, ricorso a diete e presenza di dispercezione corporea, disagio corporeo e atteggiamenti alimentari alterati.

MATERIALI E METODI

In occasione della vaccinazione obbligatoria per i quindicenni presso le Pediatrie di Comunità dei Distretti Sociosanitari della provincia di Ferrara, un gruppo di rilevatori formati ha somministrato agli adolescenti un questionario autosomministrato e i test Eating Attitudes Test (EAT-26) e Body Uneasiness Test (BUT).

RISULTATI

Il 32% del campione risulta essere sottopeso, il 5.6% sovrappeso e l'1.6% obeso (secondo il BMI di Cole); in particolare il 43.2% delle femmine e il 35.1% dei maschi del campione appartiene ad uno stato ponderale che non rientra nella fascia del normopeso (sottopeso, sovrappeso, obesità). Risultano essere sedentari il 31.7% delle femmine e il 30.2% dei maschi; ulteriore fattore di rischio per un incremento ponderale è la mancata pratica di attività sportiva che coinvolge il 45,2% delle femmine e il 27,3% dei maschi. I dati indicano come sia presente dispercezione corporea tra i sottopeso, nel 91.8% delle femmine e nell'87.7% dei maschi; tra i normopeso nel 21.6% delle femmine e nel 9% dei maschi; tra i sovrappeso nel 44.4% delle femmine e nell'80% dei maschi; il 100% degli adolescenti obesi ha invece una percezione coerente alla realtà. E' inoltre emerso come elevati livelli di attività sportiva (almeno 7 ore a settimana) si associno alla presenza di dispercezione corporea. Il ricorso ad almeno una dieta nel corso della vita per controllare il peso corporeo è presente nel 27.8% delle femmine e nel 13.9% dei maschi. I risultati del BUT evidenziano la presenza di probabile disagio corporeo nel 21.8% delle femmine e nel 22% dei maschi, mentre i punteggi dell'EAT-26 indicano come nel 6.7% delle femmine e nel 0.8% possa sussistere un probabile atteggiamento alimentare alterato.

CONCLUSIONI

Un'attenta analisi dei fattori di rischio per DAO in una popolazione non clinica di adolescenti risulta essere importante al fine di effettuare una più efficace programmazione di interventi di prevenzione.

CONTATTI • Emilia Manzato: e.manzato@ospfe.it

**ANORESSIA NERVOSA MASCHILE E QUALITÀ DI VITA: ANALISI AL FOLLOW UP DI 7-14 ANNI.**

Emilia Manzato, Antonia Bolognesi, Giulia D’Alessandro, Paolo Schlagenauf, Eleonora Roncarati, Francesca Francato, Giulia Strizzolo, Federica Zurlo • Centro Disturbi del Comportamento Alimentare di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant’Anna, Ferrara

INTRODUZIONE

L’anoressia nervosa (AN) è una patologia psichiatrica con ripercussioni sulla salute e sulla qualità di vita. I maschi con AN sono una minoranza: studi su campioni di popolazione generale indicano una prevalenza del 5-10% sulle anoressie totali. Come per le anoressie femminili, anche quelle maschili si collocano con maggiore frequenza nelle forme parziali (DCA NAS area AN). Le anoressie maschili si differenziano da quelle femminili per età di esordio (più tardivo nei maschi) e per modalità di espressione; può essere preminente l’ipercontrollo alimentare sulla dispercezione corporea che comunque tende a focalizzarsi su aree diverse del corpo. Le diverse modalità di espressione patologica e la tendenza a considerare l’anoressia una patologia femminile, fanno sì che le anoressie maschili siano individuate con difficoltà e dopo un tempo più lungo dall’esordio; questo comporta un aumento del rischio di cronicizzazione con ricadute negative sulla qualità di vita.

OBIETTIVO

Lo studio si propone di indagare la qualità di vita ad un follow up di 7-14 anni in 4 maschi seguiti per AN e DCA NAS area AN presso il Centro Multidisciplinare DCA di Ferrara dal 1999 al 2006.

MATERIALI E METODI

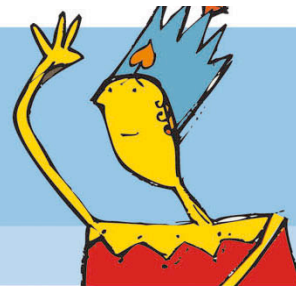
Sono stati rilevati in ingresso e ad un follow-up di 7-14 anni dati epidemiologici, antropometrici, dietistici e psicopatologici; sono stati inoltre somministrati: Beck Depression Inventory (BDI) per valutare la presenza di sintomatologia depressiva, Eating Attitudes Test (EAT) e Binge Eating Scale (BES) per valutare rispettivamente atteggiamenti alimentari e perdite di controllo sul cibo e Body Attitude Questionnaire (BAQ) per valutare la presenza di disagio corporeo. Al follow-up è stato somministrato il Psychological General Well Being Index (PGWBI) per valutare la qualità di vita e lo stato di salute. Tutti i pazienti sono stati trattati da un’equipe multidisciplinare in regime ambulatoriale o di ricovero in corrispondenza di situazioni più critiche.

RISULTATI

Confrontando i dati rilevati al follow-up con quelli in ingresso, si evidenzia una normalizzazione del peso (BMI in ingresso compreso tra 13 e 23.9, media 17,15; BMI in uscita compreso tra 18.2 e 24.5, media 22.52), un complessivo miglioramento degli atteggiamenti nei confronti dell’alimentazione (EAT: punteggio medio in ingresso 30,8 e in uscita 9; cut off 30) e del corpo con riduzione del disagio corporeo (BAQ: punteggio medio in ingresso 44,5 e in uscita 14,5; cut off 50). Si evidenzia inoltre un miglioramento del tono dell’umore (BDI: punteggio medio in ingresso 21,5 e in uscita 6; cut off 19). Al follow-up tutti i soggetti presentavano buoni livelli di qualità di vita (valore medio 80,3; range: stato peggiore possibile (0)\stato migliore possibile (110)) sia per quanto riguarda la ridotta presenza di sintomi ansioso-depressivi sia per quanto riguarda le condizioni di salute generali e la percezione di positività e benessere.

CONCLUSIONI

Il trattamento multidisciplinare ha consentito la remissione della sintomatologia AN; peso, atteggiamenti verso il corpo e verso l’alimentazione si sono mantenuti stabili nel tempo contribuendo anche nel lungo periodo al conseguimento di una buona qualità di vita\stato di salute come rilevato al follow-up.



DCA E TRATTAMENTO AMBULATORIALE. APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO PER UN FENOMENO IN CONTINUA EVOLUZIONE

Patrizia Iacopini, *Psichiatra referente Ambulatorio DCA*; **Susanna Talevi**, *Dietista Ambulatorio DCA*; **Andrea Martini** *Direttore DSM*, **Annarita Scipioni**, *Psicologa Ambulatorio DCA*; **Laura Pelliccetti**, *Psicologa Ambulatorio DCA*; **Rossella Mastromauro**, *Psicologa tirocinante Ambulatorio DCA* • *Centro ambulatoriale per i Disturbi del Comportamento Alimentare promosso dal Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL Marche Area Vasta 4 di Fermo*

OBIETTIVO

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di evidenziare i dati emersi dall'analisi dell'esperienza del Centro ambulatoriale per i Disturbi del Comportamento Alimentare promosso dal Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL Marche Area Vasta 4 di Fermo, in 9 anni di lavoro, dal 2004 al 2012. In linea con quanto indicato nella Consensus Conference riguardo alla necessità di rendere disponibili i dati dell'attività assistenziale sulle prestazioni offerte dai servizi che gestiscono i DCA, si ritiene utile sottolineare come dai risultati dell'analisi emerga un fenomeno in continua trasformazione, che richiede un approccio multidisciplinare integrato capace di orientare l'intervento terapeutico in modo personalizzato.

METODO

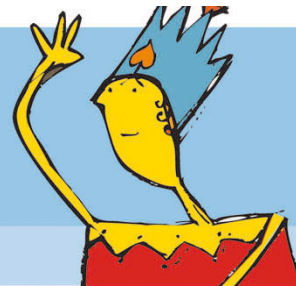
I dati sono stati raccolti nel primo triennio 2004-2006 e successivamente aggiornati dall'equipe dell'ambulatorio. Il flusso dati è stato impostato con un sistema di confrontabilità con gli item del Sistema Informativo Servizi Psichiatrici – SISP-Marche, a sua volta compatibile con il sistema informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SISM) del Ministero della Salute (DM 15 Ottobre 2010).

Tutti i casi che accedono direttamente o tramite call center all'ambulatorio, vengono valutati attraverso un assessment di I° livello, per un totale di 181 pazienti nel periodo considerato. Di questi, una parte è stata avviata al protocollo di trattamento ed il loro numero è cresciuto nei trienni considerati.

RISULTATI

Dai dati in nostro possesso si può osservare, in accordo con recenti ricerche:

- un aumento del numero dei pazienti in trattamento e, tra questi, una crescita di quelli di età $\geq$ a 14 anni con diagnosi di Anoressia e Bulimia;
- un aumento degli EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified) e della comorbidità con poli-dipendenze;
- una maggiore sensibilizzazione sociale ed un lavoro di rete efficace, rendono più tempestivo e appropriato l'invio all'Ambulatorio DCA (permettendo ad es. il raggiungimento di un BMI $\geq$ di 18.5 per molte delle pazienti con AN e l'aumento dei casi di dimissione)
- riduzione dei drop-out al trattamento ambulatoriale: si potrebbe ipotizzare che la riduzione della lista d'attesa da 5 a 2 mesi abbia avuto una ricaduta positiva su una maggiore aderenza al trattamento con conseguente riduzione dei costi sanitari.



RIABILITARE ATTRAVERSO IL MANDALA

Mauro D., Spampinato M., Donato A., Tricomi T., Profilio L., Natale V., Funaro B., Mangiapane R. • U.O. "Il Cerchio D'Oro" per la cura e la gestione integrata dei disturbi del comportamento alimentare, DSM, Asp Messina

OBIETTIVI

Nel presente poster viene descritta l'attività riabilitativa sperimentata con l'utilizzo della tecnica dei Mandala presso l' U.O. il Cerchio d'oro per la cura e la gestione integrata dei disturbi alimentari, Asp Messina.

METODO

Il Mandala è uno psico-cosmo-gramma che originariamente simboleggia l'universo e la psiche. Da una tecnica orientale già utilizzata e analizzata approfonditamente come tecnica terapeutica, si è andata costruendo un'attività riabilitativa che promuovesse lo sviluppo e la strutturazione di risorse e capacità interiori: l'attività di gruppo attivata per le utenti ricoverate in regime semiresidenziale, a cadenza settimanale, della durata di un'ora, si svolge nella saletta dei gruppi, con luce diffusa e velata dalla tenda, col sottofondo di tracce musicali rilassanti e l'utilizzo di bastoncini profumati d'incenso. Accorgimenti atti a creare un contesto protettivo e rassicurante, uno spazio sacro, il cerchio simbolico che contiene la rappresentazione istantanea dell'orientamento personale nello spazio e nel tempo. La sua realizzazione, attraverso la creazione di disegni con simmetria e colori scelti dagli utenti, ha permesso di sperimentare un'attività che condensa contemporaneamente tecniche di rilassamento e rinforzo della concentrazione, contenimento dell'ansia e creatività, proiezione sul foglio bianco del proprio mondo interiore e gestione dei confini.

I mandala rappresentano un modo di esprimersi autenticamente pur restando fedeli alle consegne che vengono date dal tecnico della riabilitazione di riferimento, un linguaggio simbolico alternativo a mediazione artistica, che favorisce una migliore espressione di Sé e rispecchia il percorso terapeutico di ogni singolo caso.

RISULTATI

Nel poster viene presentato un caso clinico attraverso la lettura dei mandala realizzati da una utente durante il suo percorso in regime semiresidenziale della durata di 8 mesi.



VISSUTI DI BULLISMO NELL'ANAMNESI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.

Pidri E., Fornea S., Franco A., Loperfido F., Rausa M., Tieghi L., Tomba E., Trunfio O., Ballardini D., Schumann R.

• *Centro Gruber; Servizio di Diagnosi e Terapia dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Servizio di Diagnosi e Terapia dei Disturbi d'Ansia e Psicosomatici - Bologna*

INTRODUZIONE

Una review condotta da Timothy e Brewerton (2007) ha indagato il legame fra trauma e Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), confermando la possibilità che traumi infantili siano associati a DCA. Anche altri studi (Becker et al., 2004), inoltre, hanno mostrato come i pazienti con Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) riportano maggiori punteggi ai questionari che valutano gli aspetti psicopatologici dei DCA. Come evidenziato dalla letteratura, valutare la presenza di un evento traumatico è importante per pianificare il progetto terapeutico che quindi potrà includere moduli di Traumaterapia per il PTSD, antecedente o conseguente al DCA (Tagay et al., 2009). Idsoe et al. (2012) hanno evidenziato l'associazione tra episodi di bullismo e sviluppo di PTSD. Tenendo conto dell'attualità del fenomeno del bullismo in fasce di età a rischio di DCA, è stata analizzata, in un caso clinico, la correlazione tra la presenza di un vissuto traumatico di episodi di bullismo in infanzia ed adolescenza e l'insorgenza del DCA. In fase di assessment è prassi indagare l'eventuale presenza di eventi traumatici tra cui la presenza di un vissuto di bullismo quale istigatore del DCA stesso.

MATERIALI e METODI

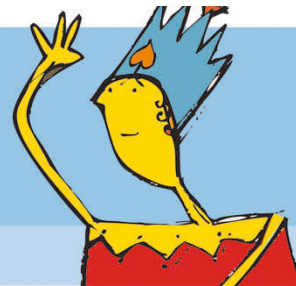
Dalla raccolta dei dati anamnestici e psicometrici nelle fasi di assessment è stata effettuata la costruzione psicopatogena, secondo il DSM IV-TR, del caso clinico di una paziente con diagnosi di Anoressia Nervosa con un vissuto di bullismo antecedente l'esordio del DCA.

DISCUSSIONI e CONCLUSIONI

Il vissuto di bullismo può avere contenuti attinenti alla forma fisica come critiche dispregiative sul peso che possono diventare un vissuto traumatico che a sua volta innesca o rinforza un'insoddisfazione per la propria immagine corporea. Questa sofferenza può diventare un vissuto di impotenza e la persona, può trovare come unica soluzione e difesa un eccesso di controllo sul corpo e quindi sull'introito alimentare, come accade nell'esordio del DCA nel caso clinico presentato. La prevenzione del bullismo agita su vari livelli (individuale, familiare, scolastico), quindi, sembra essere un fattore protettivo in quanto diminuisce la probabilità di sviluppare psicopatologie in età postadolescenziali compreso il DCA (Low et al., 2013).

BIBLIOGRAFIA

- Becker C., De Viva J., Zyfert C. (2004). Eating Disorder Symptoms among Female Anxiety Disorder Patients in Clinical Practice: The Importance of Anxiety Comorbidity Assessment. *Anxiety Disorder*. Vol. 8 (3): 255-74.
- Idsoe T., Dyregrov A., Idsoe E.C. (2012). Bullying and PTSD symptoms. *Journal Abnormal Child Psychology*. Vol. 40 (6): 901- 11.
- Low S., Van Ryzin M.J., Brown E.C., Smith B.H., Haggerty K.P. (2013). Engagement Matters: Lessons from Assessing Classroom Implementation of Steps to Respect: A Bullying Prevention Program Over a One-year Period. *Prevention Science*.
- Tagay S., Schlegl S., Senf W. (2009). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*. Vol. 18 (2): 124- 132.
- Timothy D., Brewerton T.D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. Vol. 15 (4): 285- 304.



ADOLESCENZA, IMMAGINE di SE', STRATEGIE del COPING.

Pigaiani Yolande*, **Bragantini Pierluigi****, **Boselli Sara***, **Bellagamba Marta***, **Cremon Giulia***, **Briggi Alice***, **Dal Corso Laura*****, **De Carlo Alessandro****** • *Associazione A.R..S.D.A (ASSOCIAZIONE RICERCA STUDI DISTURBI ALIMENTARI) Verona – **Azienda ULSS 20 VERONA – ***Università' di Padova – ****Università di Roma LUMSA

OBIETTIVI

L'adolescenza costituisce una fase evolutiva particolarmente ricca di tratti comportamentali e stati psicologici incerti e contraddittori con forti tensioni emotive e mutamenti che si verificano a livello fisiologico-psicologico e che interessano l'intera personalità. Il compito psico-sociale, specifico della fase evolutiva adolescenziale, è la *costruzione di una identità separata* e la conseguente capacità di assumere e riprodurre dei ruoli autonomi. In tale periodo l'adolescente si ritrova a intraprendere delle azioni e a vivere delle esperienze in modo autonomo e separato rispetto all'universo genitoriale. Per affrontare meglio il senso di disagio che invade l'adolescente in questo periodo di transizione, è opportuna una strategia preventiva a supporto della stima di Sé, pertanto, l'obiettivo del lavoro è quello di individuare stili comportamentali di fronte agli eventi e la percezione dell'autostima in relazione alla propria immagine corporea nell'adolescente.

METODO

Il campione è composto da 226 studenti di scuola superiore (M/F 197/29, età: da 14 a 22 anni), prevalentemente di nazionalità italiana sottoposto a somministrazione collettiva con procollo autoscoring. I test utilizzati per individuare le modalità di comportamento attuate nel periodo adolescenziale, sono stati il TMA, il CISS, il BODY YP-01.

RISULTATI e CONCLUSIONI

Valori medi al test TMA pari a 97,4 (1992, Braken) sono emersi in tutte le classi scolastiche e fasce di età comparate (valori medi di riferimento: 85/115), i valori più alti sono nei settori INTERPERSONALE (M:104), EMOZIONALE (M:99,8), CORPOREO (M:98,8), viceversa i valori più bassi sono nei settori SCOLASTICO (M:93,5) e FAMILIARE (M:96). Nel CISS (1990, Endler, Parker) le STRATEGIE di COPING (Manovra, Emozione, Evitamento, Distrazione, Diversivo Sociale, Valori Medi di riferimento=50) maggiormente utilizzate sono EVITAMENTO (M:50,7), mentre EMOZIONE (M:49,3), MANOVRA hanno valori uguali e inferiori (M:49,3), le strategie preferenziali più usate sono molto simili. Nel test BODY YP 01 (Body YP-2008, Pigaiani et al), la percezione della propria Immagine Corporea risulta: CONGRUENZA=67,4%, DISCREPANZA=32,6%. Il BMI risulta Normopeso, Sottopeso e Sovrappeso rispettivamente nel 64,4%; nel 20,1%; nel 12,3%.

Dalla ricerca è emerso che gli studenti hanno, mediamente, un buon livello di autostima, hanno una immagine di sé corrispondente e congruente alla realtà, sono tendenzialmente portati a reagire, di fronte agli eventi stressanti con un comportamento di tipo EVITANTE ED EMOTIVO e sono, sotto il profilo ponderale, per la maggior parte, NORMOPESO. L'insieme dei dati e le loro correlazioni offrono un quadro predittivo sulla qualità dello stile di vita e di benessere dell'adolescente.



TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE AMBULATORIALE IN UN GRUPPO DI DONNE CON OBESITÀ RESISTENTE ALLA TERAPIA

Angela Proto*, **Erika Ghetti****, **Daniela Santini****, **Marinella Di Stani*** • **Ambulatorio Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Ravenna* • *** Poliambulatorio privato Olympus, Ravenna*

OBIETTIVI

L'esposizione al fallimento di ripetuti tentativi di perdita di peso crea nelle persone affette da obesità una prevedibile resistenza a sottoporsi a ulteriori trattamenti e al rischio di altre ricadute. Scopo del nostro lavoro è stato offrire a un gruppo di persone con obesità pluritrattata un percorso di terapia cognitivo-comportamentale (mai seguito da loro in precedenza) con gli obiettivi di:

- Raggiungere una perdita di peso che riduca i rischi per la salute associati al sovrappeso e all'obesità
- Imparare ad accettare il peso che si può raggiungere nella fase di perdita di peso seguendo un'alimentazione moderatamente ipocalorica (personalizzata) e uno stile di vita attivo
- Mantenere nel tempo il peso perduto
- Identificare e modificare gli obiettivi irrealistici della perdita di peso
- Identificare e affrontare gli obiettivi primari
- Affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso
- Migliorare l'immagine corporea

METODO

Il campione è costituito da 10 donne precedentemente pluritrattate per sovrappeso/obesità, di età compresa tra 51-75 anni, con peso corporeo compreso tra 69 -154 kg, e con BMI compreso tra 29 -54, alle quali sono stati offerti: Valutazione psicodiagnostica individuale attraverso colloquio e somministrazione di test (BES, BDI, SCL 90, BUT, EDI 3), visita internistica; 10 incontri di gruppo, i primi 4 a cadenza settimanale, i successivi ogni 15 giorni. Al termine degli incontri, ciascuna ha avuto la possibilità sia di proseguire con periodici incontri di gruppo con gli specialisti, sia di aderire a un gruppo di auto-aiuto (sono consigliate entrambe le opzioni).

Le caratteristiche del trattamento sono di seguito riportate:

- Trattamento cognitivo-comportamentale (CBT secondo il modello Di Dalle Grave)
- Relazione terapeutica collaborativa e non direttiva-prescrittiva
- Equipe multidisciplinare: medico internista/nutrizionista, dietista, psicologo

RISULTATI

Al termine dei 10 incontri 9 pazienti avevano ottenuto una perdita di peso (1.5-5 kg), 1 paziente non aveva modificato alcun aspetto del proprio comportamento e presentava un aumento di 2 kg (per questa paziente è stato programmato un percorso psicologico individuale); tutte le pazienti riferivano di avere un minore livello di ansia nei confronti del cibo, obiettivi più realistici, motivazione a proseguire nel percorso di alimentazione corretta e stile di vita attivo utilizzando il supporto dei gruppi di auto-aiuto e degli incontri periodici con gli specialisti

**Pe(n)sa
differente**

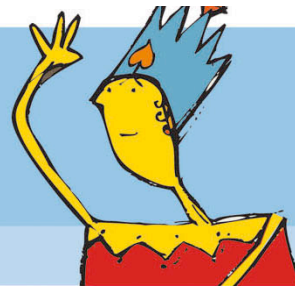


Lecce, 13 / 14 / 15 giugno 2013
Festeggia il tuo peso naturale!

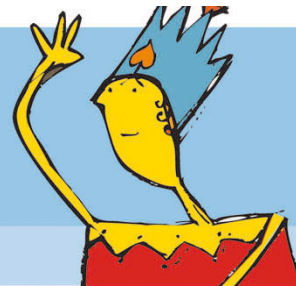
MANIFESTAZIONE NAZIONALE DI SENSIBILIZZAZIONE, INFORMAZIONE
E FORMAZIONE SU ANORESSIA, BULIMIA E OBESITÀ. SESTA EDIZIONE



www.pensa-differente.it



'LO STATO DELL'ARTE NELLA PREVENZIONE CURA E RIABILITAZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E L'OBESITÀ'



DISTURBI DEPRESSIVI E BIPOLARI IN SOGGETTI CON DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE

Caterina Renna*, Rocco P. Melcarne** • *Pischiatra Responsabile, **Psichiatra – *Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA (DSM, ASL LECCE)*

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare si presentano nel 50-75% dei casi in associazione con un disturbo dell'umore di tipo depressivo (APA, 2006). Le alterazioni dell'umore in senso maniacale sembrano meno frequenti e i pochi studi condotti in tal senso riportano percentuali di associazione con i Disturbi Bipolari I e II molto basse (Iwasaki et al, 2000). Tuttavia, se ci si dovesse riferire alla più ampia classificazione proposta da Akiskal e Pinto per i disturbi dello spettro bipolare, la percentuale di associazione risulterebbe superiore (McElroy et al, 2005). Lo scopo della presente ricerca è di rilevare la presenza lifetime (LT) di sintomatologia dell'umore, depressiva e ipomaniacale/maniacale, in un campione di 76 soggetti afferiti consecutivamente al Centro per la Cura e la Ricerca sui DCA.

METODOLOGIA

Il campione è costituito da 76 soggetti con diagnosi di AN R 14,47%; AN B/P 6,58%; BN 34,21%; EDNOS 11,84%; BED 32,89%. Lo strumento utilizzato per la rilevazione di sintomi depressivi e ipomaniacali/maniacali LT è stato il Self Report Moods Spectrum (SR-MOODS, Fagiolini et al, 1999; Dell'osso et al, 2002), un questionario costituito da 161 items che valuta la gamma completa di psicopatologia dell'umore, dai criteri del DSM IV ai sintomi atipici e le manifestazioni sottosoglia, ai tratti temperamentali e comportamentali che sottendono i disturbi dell'umore.

RISULTATI

Il MOOD-RS è risultato superiore al cut off (≥ 22): per la sintomatologia depressiva LT nel 59,21% dei casi (45,45% AN R; 80% AN B/P; 76,92% BN; 44,44% EDNOS; 48% BED), per la sintomatologia ipomaniacale/maniacale LT nel 52,63% (54,54% AN R; 60% AN B/P; 50% BN; 44,44% EDNOS; 56% BED).

Se si tengono in considerazione valori superiori al cut off LT nello stesso soggetto sia per la sintomatologia depressiva che per quella maniacale come indicativi della presenza di alterazioni dell'umore dello spettro bipolare, risulta che nel corso della vita, il 26,32% presenta un'alterazione del tono dell'umore di tipo depressivo, il 50% presenta un'alterazione del tono dell'umore di tipo bipolare, mentre il 23,7% dei soggetti non presenta un'alterazione del tono dell'umore.

Se arbitrariamente consideriamo lo stesso cut off (≥ 22) per la sintomatologia depressiva e ipo/maniacale attuale (Current), risultati superiori al cut off (≥ 22) per la sintomatologia depressiva Current nel 61,84% dei casi (45,45% AN R; 40% AN B/P; 69,23% BN; 55,55% EDNOS; 68% BED), per la sintomatologia ipo/maniacale Current nel 7,89% (18,18% AN R; 20% AN B/P; 7,69% BN; 11,11% EDNOS; 0% BED).

Se si tengono in considerazione valori superiori al cut off Current nello stesso soggetto sia per la sintomatologia depressiva che per quella maniacale come indicativi della presenza di alterazioni dell'umore dello spettro bipolare, risulta che il 53,95% presenta un'alterazione del tono dell'umore di tipo depressivo, il 7,89% presenta un'alterazione del tono dell'umore di tipo bipolare, mentre il 38,16% non presenta un'alterazione del tono dell'umore.

COCNLUSIONI

Concludendo, il **76,32% dei soggetti esaminati presenta LT un'alterazione del tono dell'umore** in senso depressivo o maniacale necessitando di un trattamento più complesso e integrato.

CONTATTI • Caterina Renna: caterinarenn@gmail.com