



Master specialistico

Diagnosi e Trattamento dei Disturbi Alimentari e dell'Obesità

**COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI NEL TRATTAMENTO DEI
DISTURBI ALIMENTARI: PROGETTO DI UN GRUPPO DI
PSICOEDUCAZIONE MULTIDISCIPLINARE**

Relatore: Dr.ssa Barbara Nannini

Studentesse:

Dr.ssa Sofia Biondi

Dr.ssa Laura Capuzzello

Dr.ssa Emanuela Spotti

Dr.ssa Laura Zanotti

Anno 2022

INDICE

1. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
 - 1.1. Classificazione
 - 1.2. Eziopatogenesi e fattori di rischio
 - 1.3. Epidemiologia
2. Ruolo della famiglia nei disturbi alimentari
3. Trattamenti con i familiari di pazienti affetti da DCA
 - 3.1. Family-based treatment (FBT)
 - 3.2. Il nuovo metodo Maudsley
4. Progetto: gruppo psico-educazionale multidisciplinare
 - 4.1. scopo del progetto, modalità e organizzazione del lavoro
 - 4.2. da parte dei membri del team multidisciplinare, difficoltà incontrate
 - 4.3. Campione
 - 4.4. Contenuti incontri
 - 4.4.1. 1° incontro
 - 4.4.2. 2° incontro
 - 4.4.3. 3° incontro
 - 4.4.4. 4° incontro
 - 4.5. Strumenti
 - 4.5.1. Scheda con dati delle pazienti
 - 4.5.2. Questionario di accesso
 - 4.5.3. Questionario di gradimento
 - 4.6. Discussione e conclusioni

Bibliografia e sitografia

Allegati

RINGRAZIAMENTI: DOVEROSO MA ANCHE UN VERO PIACERE RINGRAZIARE LA MIA PICCOLA ME STESSA, **ALLA MIA DOLCE EMY** GRAZIE A TE OGGI SONO LA DONNA CHE SONO. TUTTO NELLA VITA SERVE PER TROVARE LA PARTE MIGLIORE DI NOI.

“La sensibilità è la mia condanna, ma poi diventa improvvisamente la mia forza migliore...e non la cambierei per un pezzo di fredda superficialità sottocosto. Non saprei che farmene”
Angelo De Pascalis

1. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

1.1 Classificazione

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione costituiscono un gruppo di sindromi cliniche caratterizzate da condizioni psicopatologiche che si riflettono in un'anomala condotta alimentare, che danneggia significativamente la salute fisica e il funzionamento psicosociale, in associazione ad una marcata dispercezione del proprio corpo. L'alterato consumo di cibo può essere la conseguenza di una difficoltà a gestire le manifestazioni emotive.

Nel DSM-5 sono riportate le seguenti categorie diagnostiche appartenenti a questo gruppo: pica, disturbo di ruminazione, disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (bing-eating) e il disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra o senza specificazione.

Di seguito vedremo i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il bing-eating.

Anoressia nervosa.

- A. Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Per porre diagnosi di anoressia nervosa è necessario che siano presenti tutti e 3 i criteri diagnostici.

È prevista la classificazione in due sottotipi a seconda del comportamento alimentare prevalente.

Tipo Restrittivo: la perdita di peso avviene esclusivamente mediante riduzione alimentare senza abbuffate e/o condotte di eliminazione.

Tipo con condotte di eliminazione/purging: sono presenti episodi di abbuffate e/o condotte di eliminazione.

Gravità

- Lieve: $IMC > 17,5 \text{ kg/m}^2$
- Moderata: $IMC \text{ tra } 16 \text{ e } 16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC \text{ tra } 15 \text{ e } 15,99 \text{ kg/m}^2$
- Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Bulimia nervosa.

- A. Ricorrenti episodi di abbuffate.
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso.

- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Per porre diagnosi di bulimia nervosa occorre soddisfare tutti i criteri diagnostici citati.

Gravità:

- Lieve: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Moderato: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Estremo: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Disturbo da alimentazione incontrollata (bing-eating).

- A. Ricorrenti episodi di abbuffate.
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 - 1. Mangiare molto più rapidamente del normale
 - 2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni
 - 3. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
 - 4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
 - 5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio
- C. È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.

- D. L'abbuffata si verifica, in media, una volta alla settimana per tre mesi.
- E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia o anoressia nervosa.

Per poter porre diagnosi di disturbo da alimentazione incontrollata occorre soddisfare i criteri diagnostici riportati.

Gravità:

- Lieve: da 1 a 3 episodi di abbuffata alla settimana.
- Moderato: da 4 a 7 episodi di abbuffata alla settimana.
- Grave: da 8 a 13 episodi di abbuffata alla settimana.
- Estremo: 14 o più episodi di abbuffata alla settimana.

1.2 Eziopatogenesi e fattori di rischio.

Il modello eziopatogenetico multifattoriale è quello che meglio spiega l'insorgenza dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Il modello indica tre categorie di fattori di rischio che agiscono in modo consecutivo e favoriscono l'insorgenza e il permanere del disturbo.

I fattori predisponenti, che aumentano la vulnerabilità individuale di sviluppare il disturbo, comprendono:

- Fattori genetici (genere femminile, familiarità con DNA)
- Fattori psicologici (tendenza al perfezionismo, bassa autostima, difficoltà di regolazione emotiva)
- Ambientali (comportamenti alimentari dei genitori, esposizione a pressioni verso la magrezza da parte di familiari, relazioni familiari con forte conflittualità)
- Fattori socioculturali (urbanizzazione, cultura occidentale)

Come fattori precipitanti si intendono tutti quegli eventi o situazioni che determinano l'esordio della malattia e possono essere diete restrittive, fallimenti scolastici o

lavorativi, eventi traumatici, stress emotivo, periodo adolescenziale e commenti per il proprio aspetto fisico.

Vi sono poi i fattori di mantenimento che concorrono al sostegno del disturbo e possono essere psicologici e neuroendocrini (il rinforzo positivo da parte dell'ambiente, i benefici a breve termine di controllo dell'ansia, i benefici relazionali secondari).

1.3 Epidemiologia

I disturbi dell'alimentazione sono molto più frequenti nel sesso femminile e insorgono prevalentemente nell'età adolescenziale e prima età adulta. L'incidenza dell'anoressia nervosa per il sesso femminile è stimata in 8 nuovi casi per 100.000 persone/anno, mentre per il sesso maschile tra 0.02 e 1.4 nuovi casi.

L'incidenza della bulimia nervosa per il sesso femminile è di 12 nuovi casi per 100.000 persone/anno e di circa 0.8 nuovi casi per 100.000 persone/anno per il genere maschile.

La prevalenza lifetime dell'anoressia nervosa è compresa tra 0,5-1% nella popolazione femminile, maggiormente colpita con un rapporto di 9 a 1 rispetto alla popolazione maschile.

La prevalenza lifetime della bulimia nervosa è di circa 1,5%.

L'età media di comparsa è tra i 15 e i 19 anni per l'AN e tra i 20 e i 24 anni per la BN, anche se negli ultimi anni si sta assistendo ad un anticipo dell'età di esordio tra i 13 e 16 anni.

Per quanto riguarda il disturbo di alimentazione incontrollata, si distribuisce più equamente tra maschi e femmine, il 30-40% dei casi è di sesso maschile, e può presentarsi a qualsiasi età con una prevalenza che oscilla tra lo 0,7% e il 4%.

2. Ruolo della famiglia nei disturbi alimentari

I caregiver sono coloro che prestano assistenza a qualcuno che ha bisogno di supervisione o assistenza durante il corso di una malattia e di solito il concetto si riferisce alla famiglia (genitori, coniugi) o agli amici. La reazione dei caregiver a un DA dipende da aspetti della malattia, dal contesto e dal caregiver stesso e, a sua volta, questi influiscono sul decorso della malattia. L'emozione espressa è un fattore che ha un impatto negativo sulla prognosi di molte malattie croniche e i disturbi alimentari non fanno eccezione. L'emozione altamente espressa è definita come uno stile di comportamento critico, ostile o iperprotettivo e di controllo.

Dall'analisi di alcuni studi sull'argomento, emerge che le tipologie di attaccamento tra bambino e chi si prende cura di lui, nel corso del tempo, creano un senso di identità e una visione particolare del mondo e delle relazioni. L'anoressia restrittiva è correlata ad un pattern di attaccamento di tipo insicuro-evitante, con tendenza a idealizzare le figure di attaccamento. Bulimia e BED sono correlate ad un pattern di attaccamento disorganizzato-disorientato, con stile di regolazione delle emozioni spesso disregolato, con tendenza alla mancanza di controllo e agli agiti impulsivi.

Sarebbe possibile infatti ipotizzare che la preoccupazione dell'anoressica per il proprio corpo le permetta di limitare l'importanza della famiglia e delle relazioni con i pari evitando quindi l'ansia coinvolta nella separazione dalla famiglia e nelle nuove relazioni con gli altri. Alternativamente, però, l'enfasi posta sulle forme del corpo, sul peso e sull'apparenza fisica, potrebbero essere viste come un'ipervigilanza circa il giudizio degli altri e circa la possibilità di essere criticato, respinto o abbandonato (attaccamento preoccupato) (Striegel-Moore, Silberstein e Rodin, 1993). Relativamente alla Bulimia, tratti fondamentali come la perdita del controllo e della volizione, associate alla frenetica assunzione di cibo, potrebbero riflettere in termini di attaccamento un' incontrollabile angoscia di separazione collegata ad un modello di attaccamento insicuro-ambivalente. Infatti le oscillazioni tra periodi di restrizione e periodi di alimentazione caotica, molto comuni nella Bulimia, suggeriscono un parallelo movimento nelle funzioni di attaccamento. (<https://studylibit.com/doc/34085/attaccamento-e-disturbi-alimentari>)

Il funzionamento familiare è in grado di predire lo sviluppo dei principali fattori di rischio dei disturbi del comportamento alimentare, quali l'impulso alla magrezza, la bulimia e l'insoddisfazione per il corpo. (Laghi F, Baiocco R, Ghezzi E, Cacioppo M, Family functioning and eating disorders in adolescence, in Counseling, vol.5, n.1, pp. 55-69, 2012) Coloro che descrivono i loro genitori come supportivi, affettuosi e capaci di favorire l'autonomia dei membri, non mostrano preoccupazioni rispetto al peso. (Wisotsky W, Danceger I, Fornari V, Katz, Wisotky W L, Swencionis C, The Relationship Between Eating Pathology and Perceived Family Functioning in Eating Disorder Patients in a Day Treatment Program, Eating Disorder, 2003, 11(2):89-99) Gli adolescenti che sperimentano un ipercoinvolgimento familiare e una scarsa promozione della loro autonomia sono più a rischio di sperimentare condotte bulimiche, quali le abbuffate e comportamenti di svuotamento. (Laghi F, Baiocco R, Ghezzi E, Cacioppo M, Family functioning and eating disorders in adolescence, in Counseling, vol.5, n.1, pp. 55-69, 2012) Un eccessivo controllo da parte dei genitori

sul peso dei figli, l'imposizione di un accesso limitato al cibo, norme relative alla restrizione dei pensieri e del proprio sé incrementerebbero l'insorgenza della bulimia nervosa e del binge eating. (Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr.* 2000 May;71(5):1054-61) (Fairburn, C. G. (1997). Eating Disorder. In D. M. Claek & C. G. Fairburn (Eds.), *Cognitive behaviour therapy: Science and practice*, pp. 209-242) (Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioural response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272) (Gillett, K., Harper, H., Larson, H., Berrett, E., & Hardman, K. (2009). Implicit family process rules in eating-disorder and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.) (Krug, L., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., Fernández-Aranda, F. (2009). Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: A multicentre European study of associated eating disorder factors. *British Journal of Nutrition*, 101, 909-918) La percezione di un eccessivo coinvolgimento e controllo familiare spesso è associata alla sperimentazione di abbuffate compulsive in tempo circoscritto senza l'utilizzo di comportamenti di compenso.

I membri della famiglia possono colludere con i comportamenti del DA, organizzando la famiglia attorno alle regole del disturbo alimentare, ignorando o coprendo le conseguenze negative dei comportamenti. Questi comportamenti possono causare divisioni tra i membri della famiglia. Alcuni caregiver sopportano un onere troppo elevato e altri non hanno più potere di contribuire alla gestione della malattia.

I caregiver esprimono la necessità di informazioni sulla malattia e aiutare il caregiver ad affrontare la malattia è un primo passo essenziale per il trattamento.

(Treasure, J., Nazar, BP Interventi per gli assistenti di pazienti con disturbi alimentari. *Rep. Psichiatria Curr* **18**, 16 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0652-3>)

3. Trattamenti con i familiari di pazienti affetti da DCA

Occorre fornire ai familiari, con approccio psicoeducativo, le informazioni sulla malattia, sintomi, evoluzione, trattamento, prognosi.

Con gli adolescenti è importante perché i genitori hanno la responsabilità e il diritto di prendere decisioni importanti per quanto riguarda il trattamento dei loro figli adolescenti e tale trattamento non può essere avviato senza il loro consenso informato. Studi controllati hanno fornito alcune prove empiriche di come il coinvolgimento della famiglia rappresenti un fattore positivo per il trattamento dell'anoressia nervosa negli adolescenti; inoltre, alcuni dati indicano come la reazione dei genitori ai sintomi di un adolescente con disturbo dell'alimentazione possa influenzare positivamente o negativamente l'esito del trattamento. (Linee guida italiane 2017);

È stata recentemente condotta una revisione sistematica (Hannah L., Cross M., Baily H., et al., 2021) per comprendere meglio l'impatto degli interventi dei caregiver sugli esiti dei pazienti con DA sia a livello ambulatoriale che in regime di ricovero e

diurno. Gli studi esaminati includevano: trattamenti rivolti solo ai caregiver (SFT), in alcuni casi confrontati con trattamenti rivolti sia a pazienti che a caregiver (CFT); trattamenti basati sulle competenze/psicoeducazione; experienced carers heling others “carier esperti che aiutano altri” del gruppo Maudsley (ECHO) con e senza coaching telefonico; Counseling parentale Adleriano per pazienti con DCA (APC); Supporting carers of children and adolescents with eating disorders (SUCCEAT); 'Overcoming Anorexia Online'; e trattamento basato sull'accettazione. I risultati suggeriscono che esiste un potenziale beneficio nel riunire alcuni assistenti e famiglie in piccoli gruppi per tali interventi. Questo è particolarmente vero per le famiglie con alti livelli di critica materna e pazienti che sono stati malati per meno di un anno. Gli esiti positivi sui pazienti stessi sono in linea con le opinioni del caregiver sui benefici del supporto tra pari e sul sentirsi più attrezzati per gestire il disturbo. I risultati degli interventi ECHO dimostrano risultati positivi a lungo termine sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale. Tuttavia, c'è stata una dimensione dell'effetto più forte all'interno delle strutture ospedaliere e dei pazienti diurni rispetto alle strutture ambulatoriali, suggerendo che l'intervento è forse più adatto ad accompagnare un trattamento intensivo e da coloro che richiedono ulteriore supporto per gestire il disturbo all'interno dell'ambiente domestico. Questi risultati, oltre al successo della SFT, implicano anche che gli interventi dei caregiver possono essere più efficaci quando i caregiver sono in grado di trascorrere del tempo lontano dal paziente e riflettere su ciò che è stato discusso e insegnato nelle sessioni. Dato il successo clinico ed economico dell'intervento ECHO, che ha un costo relativamente basso, varrebbe la pena svilupparlo ulteriormente per includere funzionalità digitali/virtuali che supportano il lavoro a distanza. (Hannah, L., Cross, M., Baily, H. et al. A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders. *Eat Weight Disord* (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01338-7>)

È consigliabile un incontro solo con i genitori per valutare: (1) la loro conoscenza dei suoi disturbi dell'alimentazione in generale; (2) la presenza di interpretazioni disfunzionali nei confronti del comportamento alimentare disturbato del paziente; (3) la presenza di reazioni disfunzionali al comportamento alimentare disturbato del paziente (per es. commenti critici e ostili, cura eccessiva, ipercontrollo, rabbia, sensi di colpa, collusione con il comportamento alimentare disturbato, evitamento del problema); (4) gli effetti delle loro reazioni sul comportamento del paziente; (5) la presenza nell'ambiente di casa di stimoli che promuovono la dieta e aumentano la preoccupazione per il peso e la forma del corpo.

Dovrebbero essere successivamente educati sui seguenti punti: (1) le cause dei DA (al fine di ridurre i sensi di colpa); (2) il comportamento disfunzionale del paziente è la conseguenza di uno stato mentale caratteristico che opera nelle persone con disturbi dell'alimentazione; (3) meccanismi di mantenimento (ruolo della restrizione calorica e del sottopeso); (4) possibilità di guarigione (instillare speranza); (5) i genitori possono contribuire involontariamente al mantenimento del disturbo del figlio adolescente o, al contrario, possono decidere di aiutarlo nel processo di cambiamento, ed è per questo che sono coinvolti nel trattamento; (6) i genitori sono anche incoraggiati a creare un ambiente domestico che possa sostenere gli sforzi che il paziente sta facendo per cambiare (per es. riducendo le reazioni critiche, l'ostilità e l'eccessivo controllo, rimuovendo le bilance pesa-persone e gli specchi se in numero eccessivo o smettendo di fare delle diete per perdere peso).

I genitori possono essere coinvolti nel trattamento per fornire assistenza agli adolescenti prima-durante-dopo i pasti, affinché si crei un ambiente che faciliti il cambiamento degli adolescenti stessi (Linee guida italiane 2017); possono assumere un ruolo attivo svolgendo i seguenti compiti:

- Provvedere all'acquisto, alla preparazione e al servizio del cibo, senza farsi condizionare dalle regole dettate dal disturbo dell'alimentazione dell'adolescente, e preparando il menù appropriato concordato tra il clinico e il paziente;
- Consumando la maggior parte dei pasti assieme a tutta la famiglia;
- Non criticando pensieri disfunzionali dell'adolescente, ma creare atmosfera positiva, e incoraggiando il proprio figlio/a mangiare applicando alcune delle strategie sopra descritte;
- dissuadendo in modo delicato dal praticare rituali alimentari per controllare la propria alimentazione;
- evitando di fare critiche manipolative e nelle situazioni difficili, cercando invece di essere empatici e di fornire supporto.

Gli interventi per i caregiver devono prendere in considerazione lo stadio della malattia e se sono presenti comportamenti interpersonali di mantenimento come accomodamento, emozioni espresse o divisione familiare. Una varietà di interventi psicoeducativi può migliorare il coping del caregiver. FBT insegna con successo le abilità per gestire i comportamenti presenti nella fase iniziale della malattia. L'approccio New Maudsley affronta alcuni dei comportamenti interpersonali di mantenimento. (Treasure, J., Nazar, BP Interventi per gli assistenti di pazienti con disturbi alimentari. Rep. Psichiatria Curr **18**, 16 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0652-3>)

3.1 Family-Based Treatment (FBT)

L'FBT (Lock, Le Grange, 2018; Treasure, 2010, 2017) è un modello anglosassone e si basa sul fatto che davanti a un adolescente con disturbo alimentare i genitori, e la famiglia in genere, sono una possibile fonte di sostegno e di aiuto alla gestione. Le

dinamiche che si creano nell'ambito familiare, nella vita quotidiana e in particolare durante i pasti, non sarebbero tanto causa del disturbo, ma contribuiscono al loro mantenimento. L'FBT fornisce inizialmente sostegno alle figure genitoriali che vengono investite del ripristino del peso dell'adolescente con disturbo alimentare. I genitori possono contare, da parte dell'equipe terapeutica, su un intervento di educazione, di sostegno e di validazione per la loro fatica. L'equipe quindi comprende psichiatra, nutrizionista e terapeuta FBT. L'accordo tra queste tre figure è un punto di forza, ma anche una potenziale debolezza. Di forza poiché più l'equipe è coesa, guidata dagli stessi principi, più la prognosi è favorevole. Di debolezza perché lo stesso accordo spesso non è facile mantenerlo, richiede molti incontri congiunti di discussione dei casi clinici, spazi e tempistiche idonee.

Le sedute di FBT, secondo il modello anglosassone (Lock, Le Grange, 2018; Treasure, 2010, 2017) si svolgono sempre in un setting familiare se siamo di fronte ad un minore di 18 anni. Il trattamento dura 6-12 mesi, circa 10-20 sedute. Vi sono principalmente tre fasi:

- Fase 1 (seduta 1-10). I genitori si assumono la responsabilità del ripristino del peso del paziente.
- Fase 2 (seduta 11-16). I genitori restituiscono il controllo alimentare al paziente.
- Fase 3 (seduta 17-20). Si discute sui compiti specifici dello sviluppo dell'adolescente.

Il trattamento è preceduto da una fase di assessment di circa 1 mese, dove vengono prescritti esami medici, vengono somministrati i test psicologici e si effettuano i primi colloqui (con il paziente e separatamente con i genitori). Successivamente, ogni

seduta del trattamento si apre con il prendere nota del peso e si fa un grafico aggiornato di settimana in settimana.

Prima seduta: focalizzata sulla psicoeducazione e sullo stabilire gli obiettivi primari (uscire dalla malattia) e secondari del trattamento (cambiamento cognitivo e autonomia). La gestione di tutto ciò che riguarda il cibo passa nelle mani genitoriali. Si dà il compito di fare almeno un pasto al giorno condiviso (anche in presenza di separazione tra i genitori) con tutta la famiglia.

Seconda seduta: pasto condiviso; si lavora su chi prepara i pasti, chi decide cosa mangiare, chi fa le porzioni, di solito deve essere sempre uno dei due genitori. La famiglia deve portare tutto l'occorrente per il pasto, dalle vettovaglie, alle varie portate fino alle bevande. Vengono forniti tavolo e sedie. Il pasto condiviso è videoregistrato e nelle sedute successive è possibile visionare insieme degli spezzoni al fine di migliorare il funzionamento e condividere insieme momenti di difficoltà, che si verificheranno anche a casa, e momenti di risoluzione delle problematiche. Viene osservata la capacità dei genitori di aiutare il paziente. Alla fine della portata si chiede ad uno dei due genitori di chiedere al paziente di "mangiare un cucchiaino in più" e si osservano le dinamiche e i comportamenti di tutti i membri della famiglia, le difficoltà a gestire l'eventuale rifiuto del paziente, si inizia a costruire una bozza di schema relazionale familiare. Se c'è qualche membro in disparte, soprattutto nelle situazioni di difficoltà, si chiede di provare a dire qualcosa per aiutare gli altri familiari. A volte i fratelli sono un'ottima risorsa. Alla fine della seduta si validano tutti i membri della famiglia per lo sforzo fatto e i risultati raggiunti.

Sedute successive: si lavora sul materiale emerso e su quello che porta la famiglia in relazione a ciò che avviene a casa durante i pasti e nella vita quotidiana, si aiuta il paziente a liberarsi delle credenze sul proprio corpo gradualmente anche attraverso l'utilizzo dello specchio in seduta, fino ad arrivare alla restituzione del controllo alimentare al paziente e a poter lavorare su tutto ciò che emerge di rilevante.

L'atteggiamento del terapeuta è attivo, non controllante. Il terapeuta è un consulente esperto, sostiene l'autonomia dei genitori, è cooperativo.

I vantaggi del trattamento FBT sono molteplici tra cui: evitare il ricovero residenziale, riconsiderare il ruolo socio-affettivo della famiglia come una priorità clinica e adottare un protocollo validato scientificamente. Gli svantaggi risiedono soprattutto nell'applicazione fedele del protocollo anglosassone con tutte le difficoltà inerenti eventuali differenze culturali.

(<https://www.stateofmind.it/2020/06/fbt-disturbi-alimentari-adolescenza/>)

3.2 Il nuovo metodo Maudsley

Il New Maudsley model è un intervento psicoeducativo rivolto ai carers dei pazienti affetti da DA, per fornire loro le abilità necessarie a favorire il cambiamento dei cari, attraverso l'educazione attraverso concetti che vengono offerti anche ai professionisti e tecniche cognitivo-comportamentali (colloquio motivazionale, analisi funzionale, strategie di problem solving). Deve il nome al Maudsley Hospital di Londra, sede del team di ricercatori che lo hanno messo a punto, tra i quali alcuni autori della Family Based Therapy.

L'intervento ha i seguenti obiettivi specifici: 1) informare sui disturbi alimentari e le loro conseguenze; 2) ridurre il senso di colpa comune tra i genitori; 3) aiutare i genitori a comprendere il proprio adolescente e a mantenere la relazione con lui/lei; 4) aiutare i genitori ad intervenire efficacemente con il proprio adolescente; 5) aiutare i genitori a fare squadra di fronte a un disturbo alimentare e identificare le insidie comuni per la diade genitoriale; 6) coinvolgere i genitori nel trattamento; e 7) consentire loro di essere in contatto con altri genitori e professionisti. 5) aiutare i genitori a fare squadra di fronte a un disturbo alimentare e identificare le insidie comuni per la diade genitoriale; 6) coinvolgere i genitori nel trattamento; e 7)

consentire loro di essere in contatto con altri genitori e professionisti. (Fortier M, Harvey J. Intervention psychoéducatrice de groupe pour les parents d'adolescents avec un trouble des conduites alimentaires: faisabilité et satisfaction [Psychoeducational Group Intervention for Parents of Adolescents with an Eating Disorders: Feasibility and Satisfaction]. Sante Ment Que. 2017 Fall;42(2):219-228. French. PMID: 29267422)

Il trattamento consiste in un ciclo di sei incontri psicoeducativi più un incontro motivazionale svolto ad inizio percorso, tenuti da team multidisciplinare e non possono partecipare più di due carer per famiglia. Gli incontri:

1. Il primo incontro si concentra sulle nozioni riguardo alla fisiopatologia del DA, sui fattori di mantenimento DA, sulle informazioni sull'intelligenza emotiva e sulla necessità di capire le emozioni; si espongono le metafore animali per spiegare modelli di cura controproducenti;
2. Il secondo incontro affronta le strategie per ridurre l'emotività espressa, l'insegnamento della tecnica dell'esternalizzazione della malattia (capacità di distinguere comportamenti che dipendono dalla malattia e saperli interpretare), la capacità di mettere in pratica l'intelligenza emotiva per saper ascoltare e analizzare le proprie reazioni emotive. Viene introdotto il concetto di diritto di pensare a sé stessi come individui (metafora della maschera di emergenza sugli aerei, ossia che solo dopo averla indossata si può pensare di salvare gli altri);
3. Il terzo incontro si concentra sullo sviluppo di capacità comunicative (ascolto, comprensione aspetti non verbali e attitudine a fare domande aperte); esercizi di pratica con simulazione dialoghi;

4. Il quarto incontro riguarda lo sviluppo di capacità di intervista motivazionale aumentando l'empatia; spostarsi da DA e concentrarsi su questioni di vita a lungo termine; esercizi pratici.
5. Il quinto incontro consiste in un'analisi funzionale dei comportamenti problematici e nel potenziamento delle capacità di problem solving e di porsi degli obiettivi; esercizi pratici.
6. Il sesto incontro prevede un riepilogo di tutti elementi affrontati in precedenza ed esercizi pratici.

4. Progetto: gruppo psico-educazionale multidisciplinare

4.1 Scopo del progetto, modalità e organizzazione del lavoro da parte dei membri del team multidisciplinare, difficoltà riscontrate

Lo scopo del nostro studio è di valutare l'efficacia e la fattibilità di un intervento multidisciplinare transdiagnostico su gruppi di genitori/caregivers di persone con disturbo alimentare; tale intervento riprende alcuni approcci presenti in letteratura

(ex. New Maudsley Model ex metodo dell'educazione terapeutica) e ha la finalità di fornire competenze pratiche e informazioni riguardo alla patologia e alla sua gestione anche attraverso il confronto di esperienze. Lo studio è un progetto pilota di 4 incontri online- che si sono svolti tra settembre e ottobre 2022- della durata di 1h15' rivolti a coppie di genitori con figli con DCA. Ogni professionista, in base alla propria formazione, ha trattato un argomento precedentemente preparato e condiviso nell'equipe attraverso delle slide da mostrare ai genitori per facilitare l'apprendimento. Abbiamo previsto alla fine di ogni incontro la compilazione di un "diario di bordo" da parte degli operatori per testimoniare l'esperienza compiuta.

Il progetto è iniziato quando noi quattro professioniste con diversa formazione, iscritte al Master "Diagnosi e Trattamento dei Disturbi Alimentari e dell'Obesità 2022" (scuola di formazione Performat), abbiamo scelto uno stesso argomento come tesi finale.

Abbiamo quindi creato un gruppo ma essendo fisicamente impossibilitate a lavorare in presenza, abbiamo usato whatsapp come mezzo di comunicazione da aprile 2022 per scambiarcisi informazioni e conoscerci meglio.

Le motivazioni che ci hanno indotto a scegliere questo argomento sono diverse per ognuna di noi, ma in comune la voglia di arricchirsi di nuovi e migliori strumenti da applicare nel lavoro quotidiano per la gestione dell'ambiente familiare del paziente con DCA. Ognuna di noi in particolare ha riferito altre motivazioni: la dott.ssa Biondi (dietista) vorrebbe migliorare i mezzi messi a disposizione per un migliore confronto con i genitori inviati dall'UONPIA. La dott.ssa Spotti (psicoterapeuta) inizialmente avrebbe voluto approfondire il tema del trauma, poi in seguito alla lezione del Master specifica sulla gestione della famiglia, ha deciso di cambiare argomento. La dott.ssa Zanotti (Te.R.P.) risponde alla personale richiesta di coinvolgere i familiari in quanto ritiene siano una risorsa se ben accompagnati; la dott.ssa Capuzzello (Te.R.P.) lavora con molti adolescenti e di conseguenza ha contatti con i loro genitori, per questo ha

interesse nel sapere come relazionarsi con loro. Tutte, abbiamo in comune l'esperienza pregressa e attuale nell'ambito dei disturbi alimentari.

Progettazione: abbiamo organizzato tra noi, prima di cominciare gli incontri con i genitori, quattro appuntamenti compatibilmente alle personali esigenze lavorative.

Qui abbiamo stabilito: target, criteri di arruolamento dei pazienti, contenuti degli incontri, obiettivi. Abbiamo preparato quattro questionari per i genitori da auto-compilare: raccolta dati personali di padre e madre, scheda anamnestica e storia clinica delle figlie, questionario di ingresso per raccogliere le conoscenze sulla malattia prima del percorso, valutare le aspettative e le loro richieste, questionario in uscita a conclusione degli incontri per valutare l'indice di gradimento e l'efficacia del progetto. Ognuna di noi ha portato nel lavoro svolto il proprio background, in particolare la dott.ssa Zanotti si è occupata della parte tecnologica cioè creazione link, creazione grafici in base ai risultati dei questionari e realizzazione della stanza virtuale su una specifica piattaforma. Abbiamo utilizzato la mail personale di ciascun genitore e precedentemente al primo incontro abbiamo inviato il programma dettagliato con i temi da trattare e i questionari da compilare.

Prima di ogni incontro abbiamo inoltre inviato ai genitori un promemoria con l'orario e il link di partecipazione alla virtual room.

Ci sono state varie difficoltà affrontate durante il progetto: la principale è stata il lavoro online piuttosto che in presenza. Il lavoro online, anche se in apparenza sembra avere il vantaggio di una maggiore libertà con la possibilità di raggiungere le persone in qualsiasi posto, in realtà richiede una migliore organizzazione e attenzione al dettaglio. Questa difficoltà ha riguardato sia il gruppo dei professionisti che dei caregivers. Per il gruppo di lavoro, ulteriore difficoltà è stata quella di riuscire a far conciliare gli impegni personali e lavorativi nel preparare e concludere al meglio questo progetto al di là degli incontri online. Un'altra difficoltà è stata la parte tecnologica in quanto si è dovuto cambiare improvvisamente la piattaforma dove

svolgere i nostri incontri con i genitori (inizialmente Google Meet, poi abbiamo dovuto optare per Skype per problemi tempistici).

Durante i quattro incontri con il gruppo genitori, è stata utile la presenza di tutti i professionisti che potevano intervenire in qualsiasi momento sia per aggiungere contenuti agli incontri che per sopperire alle difficoltà di connessione e di gestione delle slide da presentare.

Abbiamo notato quanto è importante il contatto visivo con tutti i genitori tanto che abbiamo verbalizzato la necessità di tenere la videocamera accesa per tutti i partecipanti.

In termini di qualità della relazione, lavorando con l'online e quindi non potendosi conoscere fisicamente, crediamo che per alcuni genitori sia stato inizialmente quasi disdicevole mettersi a confronto con persone sconosciute per il timore del giudizio. Lo schermo spento, a loro dire dovuto a problemi di connessione, non sappiamo se sia stato spento invece appositamente come elemento difensivo.

4.2 Campione

Il gruppo, preso in carico dalle professioniste, è composto da tre coppie di genitori e un unico genitore. Nel dettaglio le tre coppie di genitori sono sposate tra loro, l'ultima è una donna divorziata. Ogni coppia genitoriale ha una figlia con disturbo alimentare mentre l'unico genitore ha due figlie entrambe affette dal disturbo.

Di seguito si riportano i dati relativi ai genitori inclusi nel progetto raccolti tramite il modulo “raccolta dati” (Allegato 1.):

Età	Titolo di studio	Qualcuno in famiglia ha sofferto di un Da prima di oggi?	Stato civile	Che lavoro svolgi?
60	Maturità	Si	Sposato	mamma e casalinga
55	Maturità	Si	Sposato	comandante di volo
51	Laurea	Si	Separato/ Divorziato	Impiegata banca
44	Maturità	No	Sposato	Impiegata
50	Diploma professionale	No	Sposato	Operaio
52	Laurea	Si	Sposato	Insegnante
53	Licenza Scuola Media	No	Sposato	Autista

4.3 Contenuti incontri

“INFORMARE E AIUTARE A STAR MEGLIO DENTRO UNA FAMIGLIA CON UN DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE”

PREMESSA: gli incontri di gruppo si sono svolti nel periodo di due mesi: settembre – ottobre 2022 a cadenza quindicinale il martedì dalle ore 18.45 alle ore 20.00 in una

virtual room per un totale di 4 ore e 30 minuti. Il laboratorio è stato tenuto da una equipe multidisciplinare composta da una Psicoterapeuta, due Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, una Dietista.

Questo progetto ha avuto una finalità informativa e curativa con la convinzione che il caregiver è lui stesso parte della cura e guarigione del paziente con un DCA. Tale approccio si basa sulle norme che regolano l'educazione terapeutica e sul metodo Mudsley. Un apprendimento condiviso e riflessivo (imparare dalla propria esperienza e quella degli altri caregiver) permette di gestire l'irrompere in famiglia di sofferenze, dubbi, incertezze. Una famiglia che è alle prese con una diagnosi di DCA entra a far parte del processo di cura.

FINALITA' ED OBIETTIVI SPECIFICI: Gli incontri, date le premesse, si propongono vari obiettivi. Informare in modo corretto la famiglia, dare strumenti concreti per gestire le inevitabili crisi che vive, alleviare la sofferenza che portano i genitori tramite la condivisione della propria storia o domande sulla malattia e promuovere un atteggiamento di cura realistico, attuabile, in grado di affiancare i figli senza sovrapporsi e poter superare le tensioni.

MODALITA' DI ARRUOLAMENTO DEL GRUPPO: I caregiver sono stati arruolati direttamente dalla Psicoterapeuta Spotti con il requisito che i figli fossero anche in cura da un punto di vista clinico e biologico. (essendo pazienti della dottoressa stessa) e tramite un invio diretto fatto da una collega medico psichiatra sempre della terapeuta.

Una volta raccolti attraverso i primi tre questionari, opinioni, rappresentazioni e posizionamenti dei genitori rispetto al tema "Disturbi del Comportamento Alimentare" si prevede un carattere più informativo:

1. Comprensione della malattia: che cosa è un disturbo dell'alimentazione (condotto da dott.ssa Capuzzello Te.R.P.)

2. Cosa fare prima, durante e dopo il pasto (condotto da dott.ssa Biondi dietista)
3. Conflitti e tensioni: quale approccio tenere come caregiver (condotto da dott.ssa Spotti psicoterapeuta)
4. Gestione dei comportamenti difficili (condotto da dott.ssa Zanotti Te.R.P.)

Al termine dei quattro incontri, si invierà l'ultimo questionario ai genitori rispetto all'efficacia del progetto.

4.3.1 PRIMO INCONTRO

Giorno 6 settembre 2022 ore 18.45 - 20.00

Conduttore: dr.ssa Laura Capuzzello Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

OBIETTIVI:

1. Conoscenza e condivisione con il gruppo delle proprie esperienze
2. Insegnamento di nuove competenze e informazioni sui DCA - in particolare:
 1. Bed, Bulimia nervosa, Anoressia
 2. Conseguenze fisiche, psicologiche, sociali
 3. Credenze riguardo i disturbi alimentari
 4. Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo, del controllo dell'alimentazione
 5. Legame cibo ed emozioni
 6. Rinforzi del disturbo: vantaggi secondari
3. Creare uno spazio di confronto e conforto per i genitori

DESCRIZIONE DEL GRUPPO: Il gruppo genitori ha reagito in modo positivo alla proposta del progetto e il livello di partecipazione è stato in linea generale collaborativo, con momenti di autocensura, altri più attivi perché sollecitati e sostenuti dal conduttore. In questo primo incontro una coppia di genitori non è stata visibile riferendo problemi tecnologici.

DINAMICHE DI COMUNICAZIONE: La comunicazione non è risultata spontanea ma sostenuta e stimolata sia dal conduttore che dalla psicoterapeuta che fungeva da unico elemento di conoscenza con i genitori arruolati.

RIFLESSIONI DELL'EQUIPE: Di seguito alleghiamo la raccolta degli scritti fatta dagli operatori alla fine dell'incontro informativo rispetto al clima del gruppo, alla gestione dei temi proposti e ai tempi.

DIARI DI BORDO: osservatori e conduttore scrivono un feedback sulle loro sensazioni e percezioni sul clima del "gruppo genitori" e su come si sono trovati all'interno del progetto.

Diario di bordo degli osservatori

dr.ssa Sofia Biondi, dr.ssa Emanuela Spotti, dr.ssa Laura Zanolli

Il clima percepito all'inizio dell'incontro è piuttosto frenato, i genitori non sono intervenuti subito spontaneamente a causa di alcuni problemi tecnici legati alla modalità telematica e alla mancanza di contatto personale. Un disagio è stato non vedere in volto una coppia di genitori che ha spento le telecamere. In questo caso, la mancanza del contatto visivo, ha impoverito la comunicazione. In seguito alla presentazione di noi professioniste si percepisce un clima un po' più disteso. Durante l'esposizione della dott.ssa Capuzzello, i genitori ascoltano apparentemente interessati seppur non intervenendo. Su invito ad esprimere aspettative o pensieri, due madri si sono espresse in maniera aperta e libera, raccontando la storia di malattia delle loro figlie (sono genitori che frequentano uno psicoterapeuta o partecipano agli incontri di

un gruppo di AMA) ma non nascondono l'emozione durante il racconto del vissuto personale. Un'altra delle madri appare invece più in difficoltà rispetto al raccontarsi e con grande fatica porta la propria sofferenza. In conclusione, emergono stati di dolore e inadeguatezza rispetto al tentativo di aiuto nei confronti dei propri figli.

Diario di bordo della conduttrice drssa Laura Cappuzzelo tecnico di riabilitazione psichiatrica

La psicoterapeuta, fungendo da ponte tra noi professionisti e i genitori, presenta il gruppo. Dopo alcuni problemi tecnici, solo una coppia genitoriale non accende la telecamera, ma tutti rispondono alle presentazioni e ai saluti. Inoltre, noi professionisti spieghiamo il ruolo che svolgiamo all'interno del nostro contesto lavorativo e dunque all'interno dei vari servizi DCA. Dopo qualche minuto, condivido il mio lavoro con il gruppo spiegando in maniera non tecnica, ma abbastanza comprensibile per un pubblico meno esperto in materia, vari argomenti: cosa sono i disturbi alimentari, le false credenze sulla malattia, il circolo vizioso che si instaura nella malattia del disturbo alimentare con le sue relative conseguenze, il legame presente tra il cibo e le emozioni e i meccanismi di mantenimento del disturbo. Durante la presentazione chiedo ai partecipanti di interrompermi se hanno bisogno di delucidazioni o altre informazioni ma nessuno di loro interviene. Al termine sia io che la psicoterapeuta invitiamo i genitori ad esprimere dubbi, sensazioni o condividere la loro esperienza di caregiver con noi. La prima persona a parlare è la mamma di G.¹, la signora M. collegatasi in presenza del marito. Si nota subito la sua pratica nel parlare della storia della figlia ad altre persone sconosciute e infonde speranza agli altri sul percorso svolto fino ad ora; in aggiunta riportano un grande interesse rispetto agli argomenti trattati. La seconda persona che parla è la mamma di I. e G.², la signora B. che invece, oltre che spiegare la sua situazione attuale con le figlie, nota che manca una parte sull'aggressività fisica e verbale che il disturbo provoca nei pazienti. Come succede alle sue figlie. Racconta che negli ultimi tempi

anche lei ha chiesto un aiuto psicologico per supportare al meglio le due ragazze. Essendo il conduttore, prendo la parola sottolineando come l'obiettivo di questo gruppo sia anche quello di trovare un conforto con altri genitori che hanno lo stesso vissuto. Riferendomi ai comportamenti aggressivi invece, le chiedo se avvengono quando la figlia ricerca il cibo durante gli attacchi bulimici. Alla sua conferma, dove inoltre riferisce che a volte chiude la cucina per cercare di limitarli, le spiego come questi comportamenti siano conseguenti alla minaccia di non potersi abbuffare e nascono dalla necessità di innalzare delle sostanze a livello biochimico (dopamina) per ricercare una sensazione di benessere e piacere. La stessa cosa che succede ai soggetti dediti a sostanze stupefacenti. La terza coppia genitoriale, sotto richiesta della dott.Spotti, parlano della storia di L. con grande emozione e commozione ritenendo proficue le nozioni della presentazione. La mamma, con voce tremante, a stento trattiene le lacrime e il papà le infonde coraggio nel parlare. Infine, parla la mamma di E., la signora I., che ha tenuto la videocamera spenta per tutto l'incontro, sollecitata a dare un feedback riferisce di voler aspettare il prossimo per esprimersi più liberamente. Concludendo, le si lancia un messaggio sulla nostra disponibilità ad attendere il momento giusto per ogni genitore e ci si dà appuntamento tra due settimane.

Il mio vissuto da conduttore è positivo, non ho avuto difficoltà ad esprimermi e ho notato concentrazione per comprendere gli argomenti trattati come anche la loro risonanza emotiva. Ho avvertito angoscia e molta tensione quando i genitori hanno esposto le loro storie, la loro sofferenza e preoccupazione.

4.3.2 SECONDO INCONTRO

Giorno 20 settembre 2022 ore 18.45 - 20.00

Conduttore: dr.ssa Sofia Biondi Dietista

OBIETTIVI:

1. Fornire strumenti pratici per la gestione del pasto con famiglia con DA (prima, durante e dopo);
2. Fornire conoscenze rispetto ai comportamenti disfunzionali tipici dei DA e la loro gestione;
3. Offrire uno spazio di confronto e condivisione di esperienze personali.

DESCRIZIONE DEL GRUPPO: Livello di partecipazione più attivo rispetto al primo incontro. I momenti di dialogo vengono sollecitati dalla conduttrice e dall'argomento del giorno. E' stata chiesta apertamente l'importanza di avere le telecamere accese da parte dei genitori, non necessariamente per parlare ma anche per avere un feedback a livello extraverbale.

DINAMICHE DI COMUNICAZIONE: La comunicazione è risultata spontanea e a momenti stimolata dal conduttore.

RIFLESSIONI DELL'EQUIPE: Di seguito alleghiamo la raccolta degli scritti fatta dagli operatori alla fine dell'incontro informativo rispetto al clima del gruppo, alla gestione dei temi proposti e ai tempi.

DIARI DI BORDO: osservatori e conduttore scrivono un feedback sulle loro sensazioni e percezioni sul clima del "gruppo genitori" e su come si sono trovati all'interno del progetto.

Diario di bordo degli osservatori:

dr.ssa Laura Capuzzello, dr.ssa Emanuela Spotti, dr.ssa Laura Zanotti

Rispetto al primo incontro, in questo secondo appuntamento i genitori e noi operatori eravamo più preparati e a nostro agio. Il gruppo genitori era stato già avvisato della tematica "calda" e molto sentita che avremmo affrontato questa sera (cibo e tavola). La presentazione della dottoressa Biondi è stata ben seguita e il riscontro importante con domande pertinenti. La dottoressa ha stimolato la partecipazione e il dialogo

attraverso domande e chiedendo esperienze personali. Alcuni genitori hanno risposto all'argomento spiegando le loro difficoltà nella gestione dei menù raccontando degli episodi di vita domestica. In un paio di occasioni il clima si è animato: alcune mamme hanno espresso perplessità rispetto al poter mettere in atto le indicazioni fornite. Inoltre, si percepiva un senso di frustrazione e sfiducia a causa probabilmente di un sentimento di inadeguatezza, impossibilità o incapacità di gestire i comportamenti disfunzionali delle figlie a tavola.

Al termine dell'incontro il clima era sereno e si è riusciti a mandare il messaggio che le linee date sono generali, ma che l'intento è quello di andare insieme verso il cambiamento.

Diario di bordo della conduttrice

I genitori si sono collegati tutti all'orario prestabilito senza particolari problemi tecnici; è stato esplicitamente chiesto da parte della psicoterapeuta di mantenere le videocamere attive durante l'incontro per poterci relazionare al meglio, tuttavia, a causa di malfunzionamenti di connessione, questo non è stato possibile per tutti i presenti. L'incontro è iniziato quasi immediatamente in quanto sospettavamo che avrebbe suscitato l'interesse dei genitori per via dei riferimenti e strumenti pratici che avrebbe dato. I temi affrontati riguardavano la gestione del pasto (prima/durante/dopo), facendo riferimento al metodo Maudsley e alla mia personale esperienza clinica; più volte è stato necessario ricordare ai genitori che tutte le indicazioni erano generali e non era possibile entrare nello specifico dei singoli casi in quanto non conosciamo approfonditamente le storie e i contesti di cura. I genitori sono intervenuti a più riprese sia durante che al termine dell'esposizione, alcuni riportando la personale esperienza rispetto a quanto affrontato (ad esempio alcuni genitori hanno riconosciuto i rituali alimentari e i comportamenti disfunzionali durante il pasto), altri riferendo (con tono quasi critico) che le indicazioni date siano scarsamente realizzabili in base alla loro esperienza (come la costante presenza di un

famigliare supportivo durante il pasto). Gli interventi dei genitori mi hanno fatto percepire il loro interesse rispetto agli argomenti affrontati, in particolare quelli di parvenza critica mi hanno comunicato il profondo disagio e frustrazione legati alla condizione delle loro figlie. Ho anche sperimentato la difficoltà di “dover rendere conto” di approcci terapeutici non in linea con quanto detto durante l’esposizione (come metodi di lavoro di colleghi differenti o tentativi di cura personalizzati in base alle caratteristiche della paziente a me sconosciuti). A tratti ho avuto l’impressione fossero alcuni consigli dati e ritenuti come impercorribili a suscitare l’atteggiamento critico, come se i genitori volessero giustificare sé stessi (e a sé stessi) il fatto che non potessero metterli in pratica. Il mio vissuto come conduttrice è positivo soprattutto per via dell’interazione dei genitori.

4.3.3 TERZO INCONTRO

Giorno 4 ottobre 2022 ore 18.45 - 20.00

Conduttore: dr.ssa Emanuela Spotti Psicoterapeuta

TEMI TRATTATI:

- I caregiver fanno parte dell’equipe di cura: quali vantaggi
- Utilizzare le stesse strategie di comunicazione tra operatori e familiari: quali vantaggi
- Metafore animali: News Maudsley model
- Esercizi pratici
- Presentazione del testo il nuovo metodo Maudsley rivolto ai caregiver

DESCRIZIONE DEL GRUPPO: Livello di partecipazione più attivo rispetto agli incontri precedenti. I momenti di dialogo sorgono naturalmente e i genitori mantengono tutta la videocamera accesa fino al termine dell’incontro.

DINAMICHE DI COMUNICAZIONE: La comunicazione è risultata più fluida rispetto ai precedenti incontri e non ha richiesto grandi sollecitazioni da parte del conduttore. Man mano che il percorso prosegue, i genitori e noi operatori siamo più sereni e a nostro agio nel relazionarci.

RIFLESSIONI DELL'EQUIPE: Di seguito alleghiamo la raccolta degli scritti fatta dagli operatori alla fine dell'incontro informativo rispetto al clima del gruppo, alla gestione dei temi proposti e ai tempi.

DIARI DI BORDO: osservatori e conduttore scrivono un feedback sulle loro sensazioni e percezioni sul clima del “gruppo genitori” e su come si sono trovati all'interno del progetto.

Diario di bordo degli osservatori:

dr.ssa Laura Capuzzello, dr.ssa Sofia Biondi dr.ssa Laura Zanotti

Il clima percepito all'inizio dell'incontro è rilassato, la prima coppia più partecipativa del gruppo è anche la prima a collegarsi. Le altre due coppie si collegano in successione con puntualità, l'ultima mamma ha avvertito di un leggero ritardo per difficoltà tecniche.

La dott.ssa Spotti inizia l'esposizione direttamente rivolta ai caregivers per far loro capire il lavoro ambulatoriale ed il loro ruolo per migliorare la prognosi della patologia evitando ricoveri e la cronicizzazione del sintomo.

Viene poi esposta la teoria delle metafore animali del metodo New Maudsley Model con l'invito a riconoscersi in una delle figure proposte.

Al termine dell'esposizione viene fatto l'invito a porre critiche e dare opinioni rispetto a quanto detto; una madre riferisce di essersi riconosciuta in tutti i modelli animali durante le varie fasi del decorso del disturbo alimentare della figlia. Riporta comunque le difficoltà a mantenere un atteggiamento razionale. Una madre riferisce anche lei di essersi riconosciuta nelle metafore e in certi casi di averlo fatto a malincuore poiché l'associazione con alcuni animali è ritenuta “negativa”.

Alla fine dell'incontro altri genitori prendono parola e condividono la propria esperienza; percepiamo il fatto che i genitori si siano sentiti compresi e coinvolti da quanto detto durante l'esposizione; ciò è confermato dal contenuto extraverbale dei genitori mentre la dottoressa espone.

Diario di bordo della conduttrice

Ho iniziato questo incontro con un obiettivo chiaro e fortemente sentito: dare strumenti utili e pratici ai genitori nella gestione dei figli con un DA.

Avevo solo una preoccupazione inerente alla parte tecnologica, ovvero che la condivisione delle slide avvenisse in modo corretto e chiaro. La dott.ssa Zanotti mi ha aiutata e sostenuta occupandosene lei.

Ho condiviso con i genitori, dei quali conosco e seguo personalmente tre delle cinque figlie, la mia forte motivazione ad utilizzare uno strumento di cui in parte ne vedo già i risultati con altri pazienti che seguo. Ho trovato la metafora degli animali una lettura piacevole e chiara delle dinamiche relazionali. Una conoscenza utile anche per noi operatori. Riconoscere e “modulare” nel trattamento clinico le nostre modalità relazionali è fondamentale in un disturbo del comportamento alimentare.

Ad inizio presentazione, ho chiesto ai genitori di pensare a loro stessi indossando le vesti metaforiche di questi animali quando sono in situazioni critiche con i loro figli.

Durante l'esposizione ho cercato di utilizzare coloriture espressive, toni di voce diversi in base alle sottolineature che volevo dare, coinvolgendo i genitori ma anche me stessa negli esempi. Ho proposto degli esercizi pratici che ho costruito per i genitori. L'invito è stato: “...E tu a che animale assomigli?”

Il mio vissuto di controtransfert è stato di benessere, mi sono sentita a mio agio e soddisfatta che questi genitori si siano fidati di me quando gli ho proposto di far parte del progetto di tesi e che abbiano trovato spunti per la loro quotidianità.

4.3.4 QUARTO INCONTRO

Giorno 18 ottobre 2022 ore 18.45 - 20.00

Conduttore: dr.ssa Laura Zanotti Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

TEMI TRATTATI:

1. Cosa causa i comportamenti disfunzionali
2. Le basi per affrontare i comportamenti difficili
3. Strategie per affrontare i comportamenti disfunzionali (vomito, pensieri ossessivi, attività fisica, autolesionismo, emozioni intense)

DESCRIZIONE DEL GRUPPO: Una coppia di genitori non è riuscita a seguire in modo costante il gruppo, in quanto la figlia è stata ricoverata in un centro per i disturbi del comportamento alimentare, ma si è collegata al momento finale, tutti i partecipanti hanno tenuto la telecamera accesa.

DINAMICHE DI COMUNICAZIONE: La comunicazione è risultata spontanea anche se, in alcuni momenti, è stato necessario stimolare l'intervento.

RIFLESSIONI DELL'EQUIPE: Di seguito alleghiamo la raccolta degli scritti fatta dagli operatori alla fine dell'incontro informativo rispetto al clima del gruppo, alla gestione dei temi proposti e ai tempi.

DIARI DI BORDO: osservatori e conduttore scrivono un feedback sulle loro sensazioni e percezioni sul clima del "gruppo genitori" e su come si sono trovati all'interno del progetto.

Diario di bordo degli osservatori:

dr.ssa Laura Capuzzello, dr.ssa Sofia Biondi dr.ssa Emanuela Spotti.

Questo incontro in particolare è stato incentrato per aiutare i caregiver a mettere in pratica migliori dinamiche comunicative e comportamentali. I presenti, hanno trovato vantaggioso ascoltare nuove tecniche o abilità da sviluppare, e potuto individuare personali punti critici su cui lavorare.

Al momento dell'inizio della presentazione della dott.ssa Zanotti sono presenti solo due coppie di genitori per via di alcuni problemi tecnici. Una coppia non ha presenziato dall'inizio poiché loro figlia è stata ricoverata il giorno stesso, tuttavia la madre si è ugualmente collegata nella parte terminale dell'incontro raccontando la sua esperienza. In particolare una madre condivide quanto detto durante l'incontro, ma evidenzia le difficoltà che riscontra nella quotidianità anche a causa della sua personale situazione; segue un momento dedicato alla discussione di alcuni episodi personali della signora. Un'altra madre espone il suo gradimento degli incontri svolti e la loro importanza in un contesto di mancanza di strumenti per affrontare la patologia della figlia.

Infine, essendo l'ultimo incontro, tutte noi professioniste abbiamo lasciato più tempo per poterli salutare, ringraziare e augurare il meglio a tutti loro e alla loro figlie.

Diario di bordo della conduttrice

L'obiettivo che avevo chiaro prima di iniziare il gruppo di psicoeducazione era quello di fornire degli strumenti per fronteggiare i comportamenti disfunzionali tipici del disturbo del comportamento alimentare e aiutare i genitori a capire cosa genera tali comportamenti.

Non nego che la preoccupazione ci fosse in quanto il tema lo reputo delicato e, a volte, percepito come insormontabile e disarmante.

Durante l'esposizione ho cercato di mettere in luce alcuni punti che reputo fondamentali ovvero il rispetto reciproco che non può non esserci all'interno della famiglia, la necessità di una comunicazione efficace e calma, e i fattori scatenanti che portano agli agiti. La presentazione delle slide e mi è apparsa chiara, al termine è stata data la parola ai familiari, per eventuali domande e per condividere le esperienze personali.

Quello emerso dal confronto finale con i familiari è: a volte ci sono difficoltà nel mettere in atto quanto proposto a causa della quotidianità frenetica, l'importanza di

avere momenti di condivisione e di conoscenza in quanto utili per affrontare la malattia e eliminare il senso di colpa, l'importanza di avere degli strumenti da mettere in pratica quotidianamente per migliorare il decorso della malattia. Il mio vissuto è stato positivo, anche se la poca conoscenza delle storie personali e non avere una relazione con i genitori mi ha reso faticoso fornire delle strategie individualizzate per la gestione dei comportamenti.

4.4 Strumenti

4.4.1 Scheda con dati delle pazienti

Tre delle cinque ragazze, sono pazienti seguite privatamente dalla Dott.ssa Spotti, le altre due (sorelle) sono state inviate da una collega psichiatra che segue la madre. Le

pazienti sono tutti di sesso femminile, hanno una durata media di malattia di circa 1 anno, età media 17 anni.

Di seguito vengono riportati i dati relativi alle figlie dei familiari coinvolti nel progetto.

Età	Diagnosi	Titolo di studio	Fratelli o sorelle?	Mette in atto condotte restrittive?	Ha episodi di abbuffata?	Condotte di eliminazione?	Sono presenti Da in anamnesi?
17	BN	Studente	No	Si	Si	Vomito	Si da parte di madre
18	AN	Studente	Si	No	No	Attività fisica eccessiva	Si da parte di madre
17	BED	Studente	Si	No	Si	Nessuno	Si da parte di madre
16	AN	Studente	Si	Si	Si	Attività fisica eccessiva	No
18	AN	Studente	Si	Si	No	Attività fisica eccessiva	Si da parte di madre

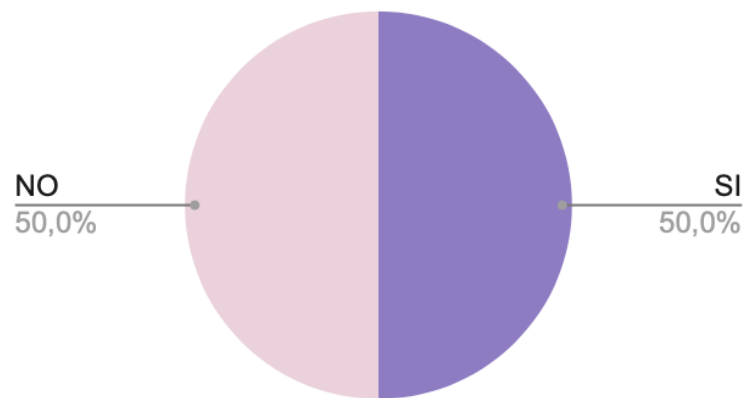
4.4.2 Questionario di accesso e analisi dei dati

Prima di iniziare il progetto è stato inviato, tramite mail, il link del questionario di accesso (Allegato 2.)

Di seguito riportiamo i dati raccolti dal questionario.

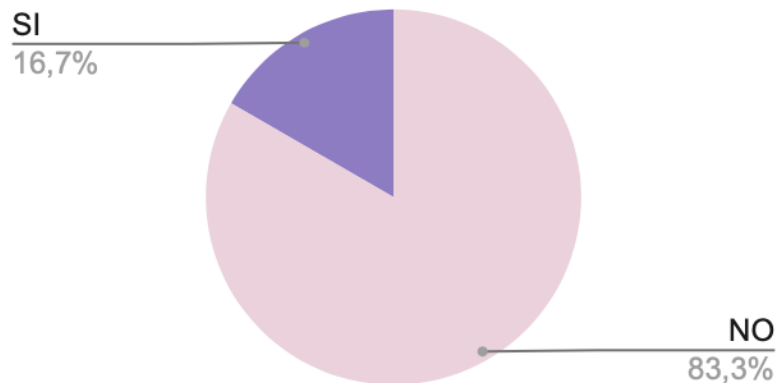
Ritieni che il disturbo alimentare alteri il funzionamento del cervello e modifichi i comportamenti?

Mangiare è diventato il protagonista della nostra vita?

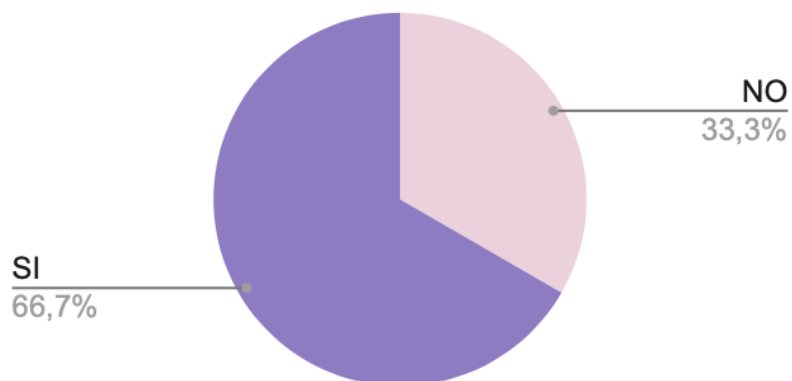


Non riusciamo a parlare con mia figlia, lei nega tutto, dice che non ha problemi.

Secondo te è solo questione di volontà, sta a tua figlia mettercela tutta.

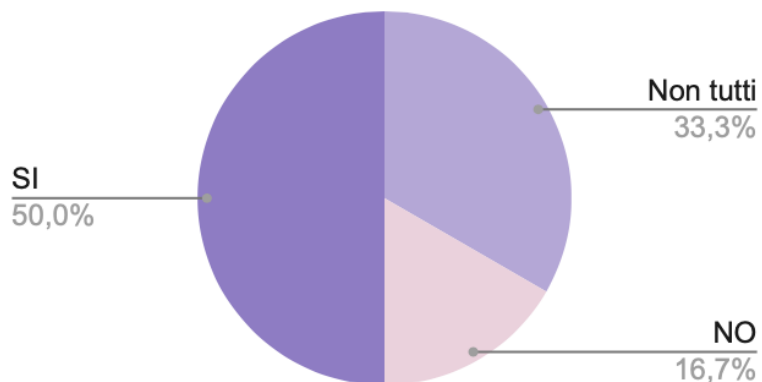


In famiglia siamo tutti (padre-madre-nonni - fratelli) allineati e d'accordo su come gestire nostra figlia a tav...



Sono disposti a cambiare:

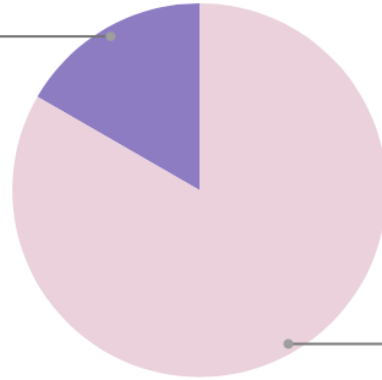
Abbiamo una posizione ferma, ma ottimista sul problema?



Riesco ad essere empatico, calmo e comprensivo con mia figlia?

Si

16,7%



Non sempre

83,3%

Ecco le risposte date dai familiari alla domanda aperta “Perché devo cambiare io se è mia figlia ammalata?”:

- Ha bisogno di aiuto.
- Per aiutarla.
- Perché lei sta male e noi di conseguenza.
- Per aiutarla.
- Perché il percorso di guarigione coinvolge tutti e il cambiamento è richiesto per non chiedersi più cose ho sbagliato come genitore ma accettare la malattia e lottare insieme a mia figlia.
- Devo cambiare per cercare di starle vicino il più possibile e aiutarla.

Il questionario è stato creato al fine di valutare la presenza di “falsi miti” riguardo alla malattia e la disponibilità al cambiamento da parte dei familiari, oltre a poter confrontare i dati con quelli raccolti nel questionario di uscita che è stato inviato al termine degli incontri

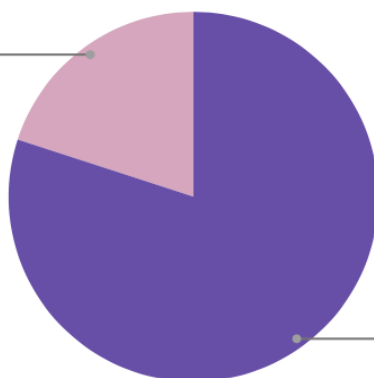
4.4.3 Questionario di gradimento e analisi dei dati raccolti

Durante il quarto ed ultimo incontro è stato inviato il link, tramite mail, per la compilazione del questionario di gradimento (Allegato 4.).

Di seguito riportiamo i dati relativi ai dati raccolti.

Rispetto alle tue aspettative iniziali, il lavoro proposto ti ha soddisfatto?

Abbastanza
20,0%

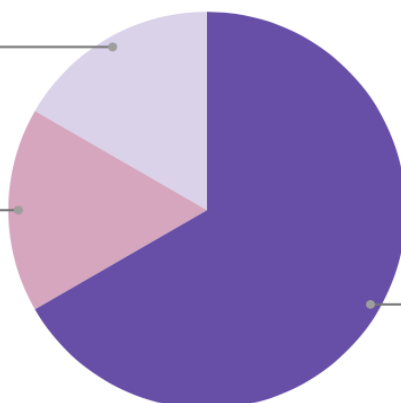


Molto
80,0%

Le informazioni emerse in questi incontri sono state:

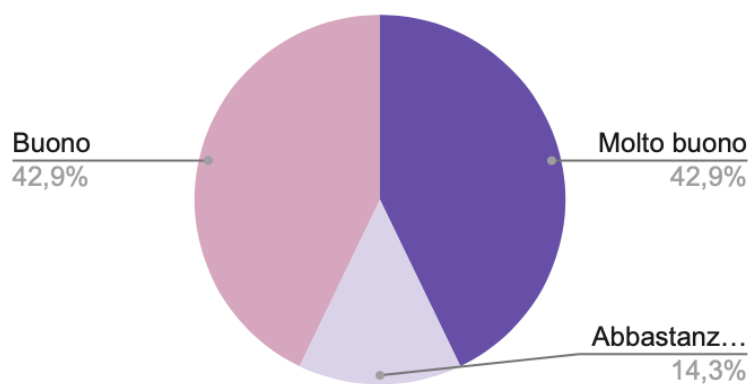
Utili
16,7%

Sufficienti
16,7%

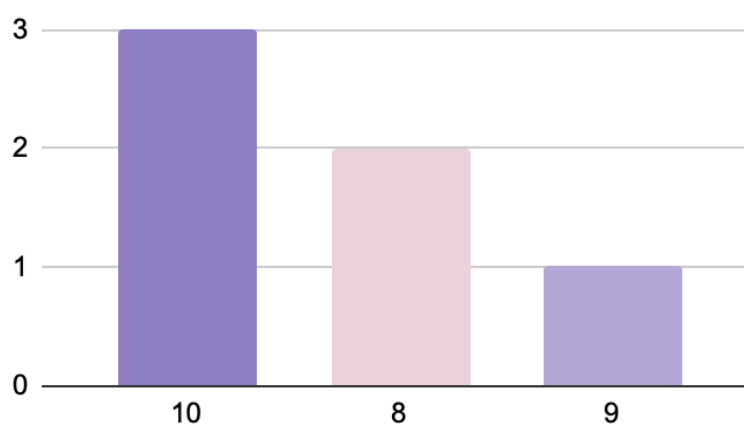


Molto utili
66,7%

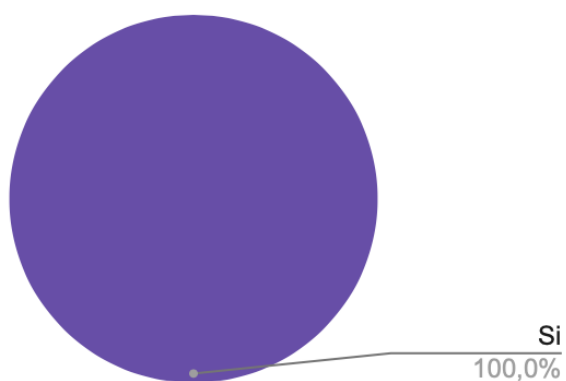
Il metodo utilizzato per la conduzione degli incontri ti è sembrato:



Dai un voto all'esperienza vissuta



Consigliaresti ad un altro genitore di partecipare a questa attività?

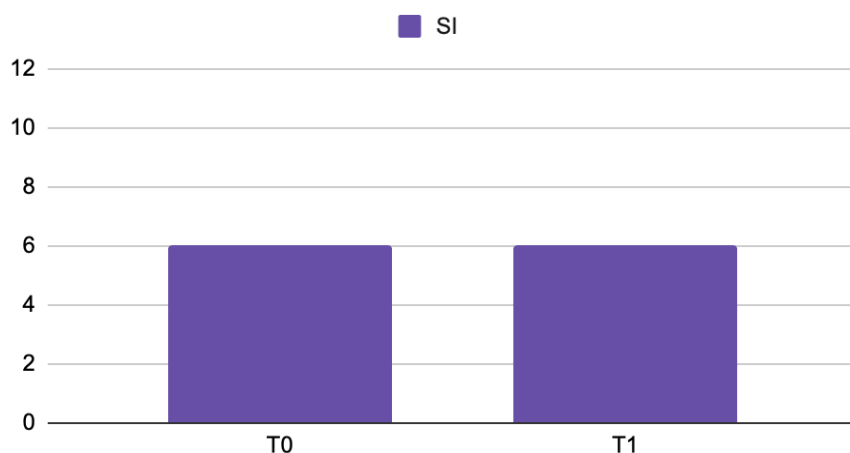


Come si evince dai dati raccolti, il progetto proposto è stato apprezzato da tutti i partecipanti, la maggior parte dei quali ha trovato utile l'intervento erogato, la modalità di svolgimento è risultata buona e tutti i partecipanti consiglierebbero a un altro genitore di partecipare all'attività.

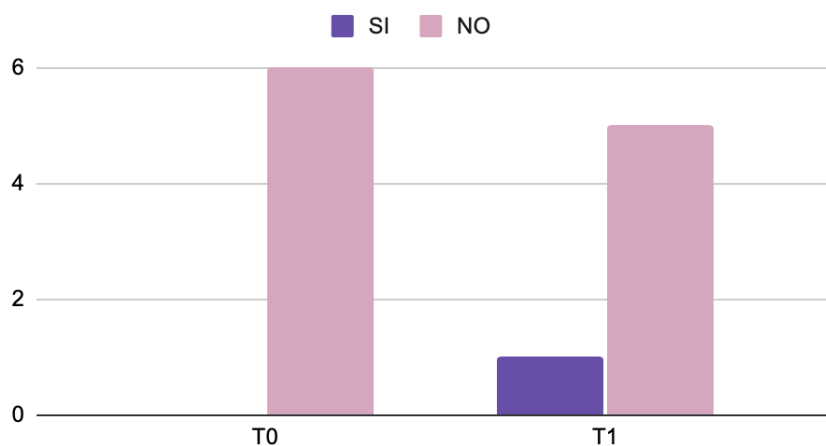
4.5 Discussione e conclusioni

Al termine degli incontri (T1), al fine di valutare se ci fossero stati dei cambiamenti rispetto all'inizio degli incontri (T0), è stato somministrato un “Questionario di Uscita” (Allegato 3.). Di seguito si riportano i dati raccolti paragonati a quelli sopra descritti relativi al “Questionario di Ingresso” (Allegato 2.).

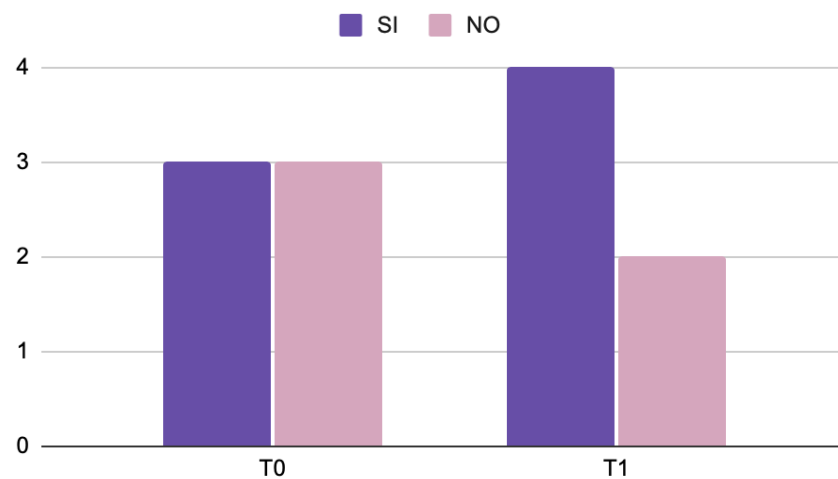
RITIENI CHE IL DA ALTERI IL FUNZIONAMENTO DEL CERVELLO E MODIFICHII I COMPORTAMENTI?



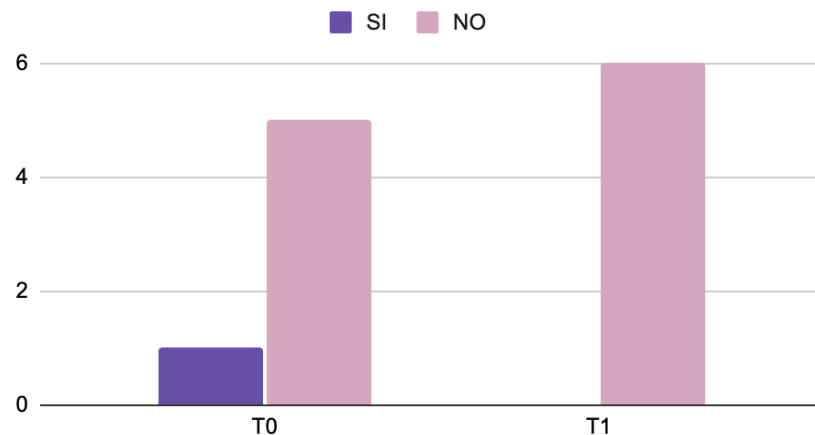
NON RIUSCIAMO A PARLARE CON MIA FIGLIA, LEI NEGA TUTTO, DICE CHE NON HA PROBLEMI



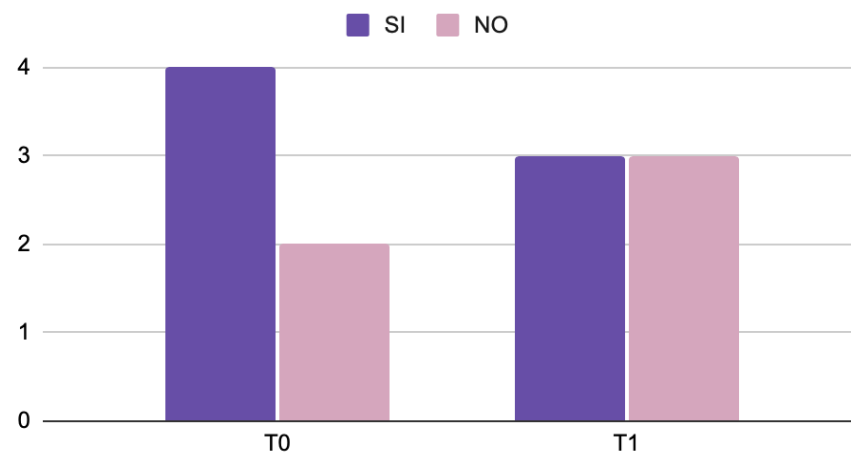
IL MANGIARE E' DIVENTATO PROTAGONISTA DELLA NOSTRA VITA



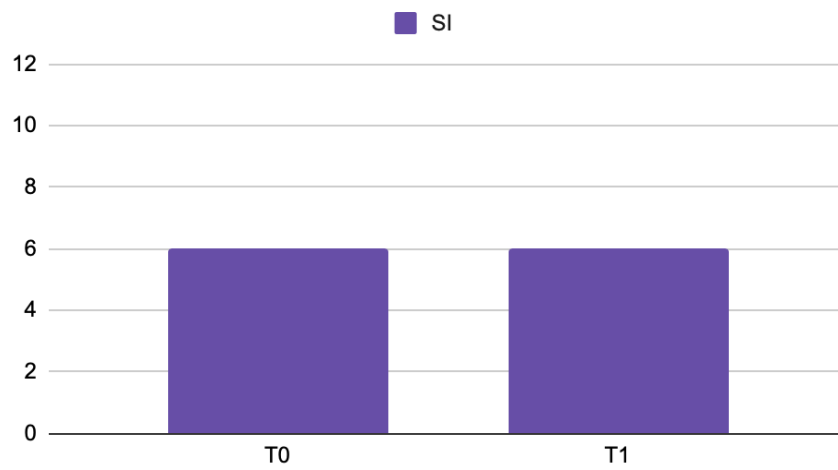
SECONDO TE E' SOLO QUESTIONE DI VOLONTA', STA A TUA FIGLIA METTERCELA TUTTA.



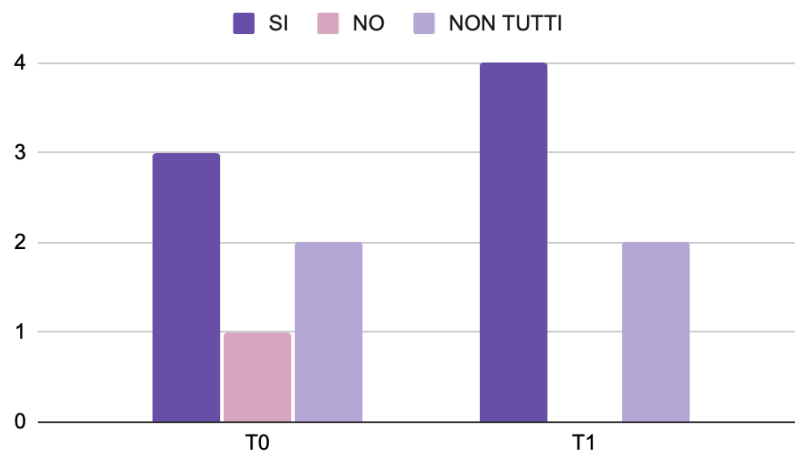
IN FAMIGLIA SIAMO TUTTI ALLINEATI E D'ACCORDO SU COME GESTIRE NOSTRA FIGLIA A TAVOLA



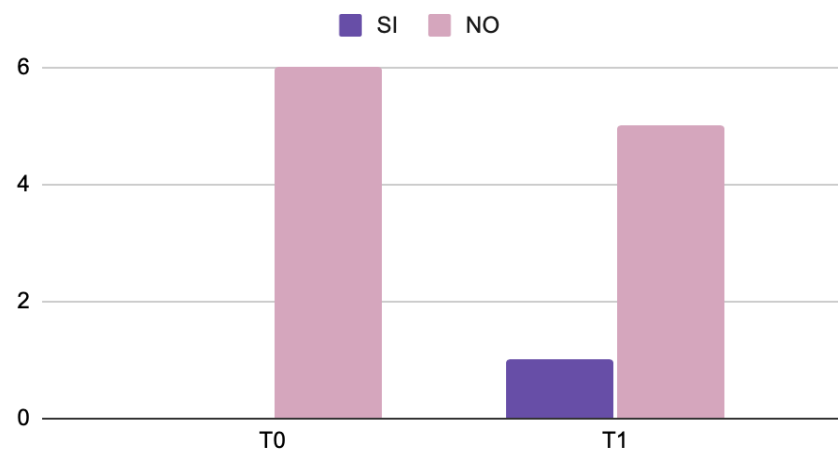
SONO DISPONIBILE A CAMBIARE?



ABBIAMO UNA POSIZIONE FERMA, MA OTTIMISTA SUL PROBLEMA?



RIESCO AD ESSERE EMPATICO, CALMO E COMPRENSIVO CON MIA FIGLIA?



I dati raccolti mostrano alcuni cambiamenti in positivo: per quanto riguarda il grafico “il mangiare è diventato il protagonista della nostra vita” si vede un aumento di 1 pt nella colonna dei “NO”, nel grafico “secondo te è solo questione di volontà, sta a tua figlia mettercela tutta” notiamo che la colonna del “SI” a T1 non è più presente, nel grafico “abbiamo una posizione ferma, ma ottimista sul problema” c’è un miglioramento per quanto riguarda la colonna del “SI” e la scomparsa di quella del “NO”, nell’ultimo grafico “riesco ad essere empatico, calmo e comprensivo con mia figlia” se a T0 avevamo la presenza solo di risposte negative, a T1 abbiamo 1 pt per la risposta positiva.

Non possiamo dire che i dati raccolti siano significativi in quanto non avevamo un campione abbastanza ampio e uno di controllo, ma i pochi dati raccolti vanno a confermare l’assunto che ci ha portate a strutturare il progetto di tesi e l’intervento svolto, ovvero la necessità di includere i familiari nel trattamento di pazienti con DA al fine di migliorare la relazione all’interno del nucleo familiare, la gestione dei comportamenti e della malattia.

Da quanto emerso si evince la necessità di proseguire con questi interventi multidisciplinari anche per i familiari di pazienti che sono seguiti privatamente in quanto è inscindibile dalla cura del DA, la presa in carico della famiglia o dei caregivers anche al fine di abbattere il senso di colpa e di esclusione che i familiari possono provare.

I dati possono dare un rimando oggettivo dell’efficacia dell’intervento e dei punti da migliorare, ma, in aggiunta a questi, vogliamo concludere questo lavoro di tesi con il nostro vissuto personale e le considerazioni che sono emerse dopo mesi di lavoro insieme.

Dott.ssa Biondi: l’esperienza di tesi con il gruppo di genitori mi ha permesso di verificare l’apprendimento delle nozioni apprese durante le lezioni del master e dagli approfondimenti consigliati. Temevo che la modalità a distanza complicasse il lavoro

tra membri dell'èquipe e la partecipazione dei genitori; tuttavia, sono rimasta piacevolmente sorpresa dall'affinità con le colleghe e la serietà che tutti (professioniste e genitori) hanno dimostrato. I riscontri emersi dal questionario di gradimento confermano la mia personale impressione di efficacia degli incontri e mi fa pensare alla possibilità di poter riproporre questa modalità anche in futuro.

Dott.ssa Capuzzello: quando abbiamo scelto questo argomento di tesi non avrei mai immaginato diventasse così vivo e così partecipativo. Questo viraggio posso affermare sia accaduto grazie all'idea della dott.ssa Spotti, cioè quella di inserire attivamente un gruppo di genitori al progetto, rendendo quest'ultimo molto più proficuo ed interessante. Il nostro dubbio principale era relativo proprio al gruppo genitori. Non sapevamo se avessero accettato di entrare a far parte di questo studio, né se avessero poi abbandonato durante i vari incontri. La prima sorpresa positiva è stata quella di ricevere da parte di tutti loro un buon riscontro a questa proposta. Inoltre, alla richiesta di rispondere ai nostri questionari e di inserire dati sensibili, hanno acconsentito senza remore. In ultimo, ma non meno importante, abbiamo ricevuto presenza al 100% per ogni incontro, e chi arrivava in ritardo all'appuntamento preposto ha avuto sempre la gentilezza di avvisarci.

Se questo progetto ha avuto dei risultati tangibili è ovviamente anche merito dei partecipanti e non solo di noi professionisti.

Inizialmente abbiamo notato delle difficoltà da parte di alcune famiglie nel raccontare la loro storia, ma abbiamo anche osservato come il clima ad ogni incontro diventava sempre più spontaneo e meno rigido.

Dott.ssa Spotti: l'esperienza di tesi in équipe è stata arricchente e dinamica. Lavorare con delle persone fino ad aprile 2022 praticamente estranee, è stato faticoso ma stimolante; tutte però avevamo ben chiaro gli obiettivi di tesi e realizzazione del progetto e questo è stato motivante e ci ha permesso di supportarci, sostenerci e collaborare in modo organizzato e disponibile l'una verso l'altra.

Essendo terapeuta di tre pazienti ho avuto modo di testare a caldo la “ricaduta” degli incontri dentro le famiglie. Le ragazze mi hanno riferito che i genitori dopo gli incontri erano più tranquilli e che è stato motivo di scambio a tavola (essendosi svolti in fascia serale per dare a tutti la possibilità d’essere presenti) in modo più rilassato.

Una ragazza mi ha detto che i genitori avrebbero bisogno di continuare con questi incontri. È mia intenzione riproporre questo progetto con l’anno nuovo ad altri caregiver.

Dott.ssa Zanotti: lavorare in un contesto multidisciplinare e creare un progetto di psicoeducazione da zero, con professionisti sconosciuti è stata una sfida che mi ha consentito di mettere alla prova le mie conoscenze, ma soprattutto la capacità di lavorare in équipe. Il progetto di tesi poteva apparire inizialmente come qualcosa di poco definito e incerto, ma piano piano ha preso forma fino a diventare qualcosa di attivo e concreto. La risposta che abbiamo avuto da parte dei familiari coinvolti, è stata positiva, ci sono state delle difficoltà e a volte sono state mosse delle critiche, ma averle affrontate in équipe, ha alleggerito il mio vissuto personale. Nonostante la modalità di svolgimento e di pianificazione degli incontri, siamo riuscite a creare affinità tra di noi e a portare avanti il lavoro in modo coerente. Il lavoro di tesi conferma ancora una volta quello in cui credo fermamente ovvero la necessità di lavorare in équipe multidisciplinare; la nostra è stata a distanza, coprendo molti chilometri, ma, nonostante ciò, le nostre competenze si sono integrate perfettamente e siamo riuscite a mettere in campo il sapere personale, ma anche le nostre emozioni, condividendo continuamente i nostri vissuti emotivi, rinforzandoci e supportandoci vicendevolmente.

Bibliografia e sitografia

- American Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
- Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: A multicentre European study of associated eating disorder factors. *British Journal of Nutrition*, 101, 909-918;
- Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr*. 2000 May;71(5):1054-61;
- Fairburn, C. G. (1997). Eating Disorder. In D. M. Claek & C. G. Fairburn (Eds.), *Cognitive behaviour therapy: Science and practice*, pp. 209-242;
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioural response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272;
- Fortier M, Harvey J. Intervention psychoéducatrice de groupe pour les parents d'adolescents avec un trouble des conduites alimentaires: faisabilité et satisfaction [Psychoeducational Group Intervention for Parents of Adolescents with an Eating Disorders: Feasibility and Satisfaction]. *Sante Ment Que*. 2017 Fall;42(2):219-228. French. PMID: 29267422.
- Gillett, K., Harper, H., Larson, H., Berrett, E., & Hardman, K. (2009). Implicit family process rules in eating-disorder and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.;
- Hannah, L., Cross, M., Baily, H. et al. A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders. *Eat Weight Disord* (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01338-7>;
- Krug, L., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Collier, D., Fernández-Aranda, F. (2009);

- Laghi F, Baiocco R, Ghezzi E, Cacioppo M, Family functioning and eating disorders in adolescence, in Counseling, vol.5, n.1, pp. 55-69, 2012;
- Linee guida italiane 2017;
- Lock, Le Grange, 2018; Treasure, 2010, 2017;
- Treasure, J., Nazar, BP Interventi per gli assistenti di pazienti con disturbi alimentari. Rep.Psichiatria Curr **18**, 16 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0652-3>;
- Wisotsky W, Danceger I, Fornari V, Katz, Wisotky W L, Swencionis C, The Relationship Between Eating Pathology and Perceived Family Functioning in Eating Disorder Patients in a Day Treatment Program, Eating Disorder, 2003, 11(2):89-99.
- <https://studylibit.com/doc/34085/attachamento-e-disturbi-alimentari>
- <https://www.stateofmind.it/2020/06/fbt-disturbi-alimentari-adolescenza/>

ALLEGATI

Allegato 1.

RACCOLTA DATI

1. Nome e Cognome

2. Età

3. Titolo di studio

4. Qualcuno in famiglia ha sofferto di disturbo del comportamento alimentare prima di oggi?

SI

NO

5. Stato civile

Sposato

Separato/Divorziato

Convivente

6. Che lavoro svolgi?

Allegato 2.

QUESTIONARIO DI INGRESSO

1. Ritieni che il disturbo alimentare alteri il funzionamento del cervello e modifichi il comportamento?
SI
NO
 2. Il mangiare è diventato il protagonista della nostra vita.
SI
NO
 3. Non riusciamo a parlare con mia figlia, lei nega tutto, dice che non ha problemi.
SI
NO
 4. Secondo te è solo questione di volontà, sta a tua figlia mettercela tutta.
SI
NO
 5. Perché devo cambiare io se ammalata è mia figlia?
-
6. Sono disponibile a cambiare?
SI
NO
 7. In famiglia siamo tutti (padre-madre-nonni-fratelli) allineati e d'accordo su come gestire nostra figlia a tavola?
SI
NO
 8. Abbiamo una posizione ferma, ma ottimista sul problema?
SI
NO
NON TUTTI
 9. Riesco ad essere empatico, calmo e comprensivo con mia figlia?
SI
NO
NON SEMPRE
RARAMENTE

Allegato 3.

QUESTIONARIO DI USCITA

1. Ritieni che il disturbo alimentare alteri il funzionamento del cervello e modifichi il comportamento?
SI
NO
 2. Il mangiare è diventato il protagonista della nostra vita.
SI
NO
 3. Non riusciamo a parlare con mia figlia, lei nega tutto, dice che non ha problemi.
SI
NO
 4. Secondo te è solo questione di volontà, sta a tua figlia mettercela tutta.
SI
NO
 5. Perché devo cambiare io se ammalata è mia figlia?
-
6. Sono disponibile a cambiare?
SI
NO
 7. In famiglia siamo tutti (padre-madre-nonni-fratelli) allineati e d'accordo su come gestire nostra figlia a tavola?
SI
NO
 8. Abbiamo una posizione ferma, ma ottimista sul problema?
SI
NO
NON TUTTI
 9. Riesco ad essere empatico, calmo e comprensivo con mia figlia?
SI
NO
NON SEMPRE
RARAMENTE

Allegato 4.

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

1. Rispetto alle tue aspettative iniziali, il lavoro proposto ti ha soddisfatto?
Per niente
Poco
Abbastanza
Molto
 2. Le informazioni emerse in questi incontri sono state:
Insufficienti
Sufficienti
Utili
Molto utili
 3. Il metodo utilizzato per la conduzione degli incontri ti è sembrato
Abbastanza buono
Buono
Molto buono
 4. Dai un voto all'esperienza vissuta (1. pessima - 10. perfetta)
-
5. Consigliaresti ad un altro genitore di partecipare a questa attività?
SI
NO

Allegato 5.

LOCANDINA DEL GRUPPO PSICOEDUCAZIONALE PER CAREGIVER (FAMILIARI) inviata ai partecipanti prima dell'inizio degli incontri.



GRUPPO PSICOEDUCAZIONALE PER CAREGIVER (FAMILIARI)

L'obiettivo degli incontri è quello di fornire strategie necessarie per gestire il Disturbo del Comportamento Alimentare e affrontare i comportamenti problematici.

Il programma prevede quattro appuntamenti con cadenza quindicinale, da Settembre a Ottobre 2022, della durata di 1 h e 15', dalle 18:45 alle 20:00, che si terranno attraverso la piattaforma Skype, il link verrà inviato tramite mail.

I meeting vedranno quattro professionisti che lavorano in ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

PROGRAMMA

DATA	CONTENUTO
06/09/2022	Cos'è un disturbo del comportamento alimentare e come affrontarlo
20/09/2022	Affrontare il momento del pasto, prima durante e dopo.
04/10/2022	Confronto sulle difficoltà che un familiare incontra quando entra un disturbo alimentare in casa
18/10/2022	Gestire i comportamenti disfunzionali

DOCENTI

SOFIA BIONDI Dietista Nutrizionista Libera professionista Cento (FE)	LAURA CAPUZZELLO Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica DSM DCA ASL Taranto	EMANUELA SPOTTI Psicoterapeuta Libero professionista Cremona	LAURA ZANOTTI Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica ASST Spedali Civili Brescia
--	--	--	---