

“Incontriamoci”

GIORNATA DELLE FAMIGLIE



26 Maggio 2019





26 MAGGIO 2019 INCONTRIAMOCI

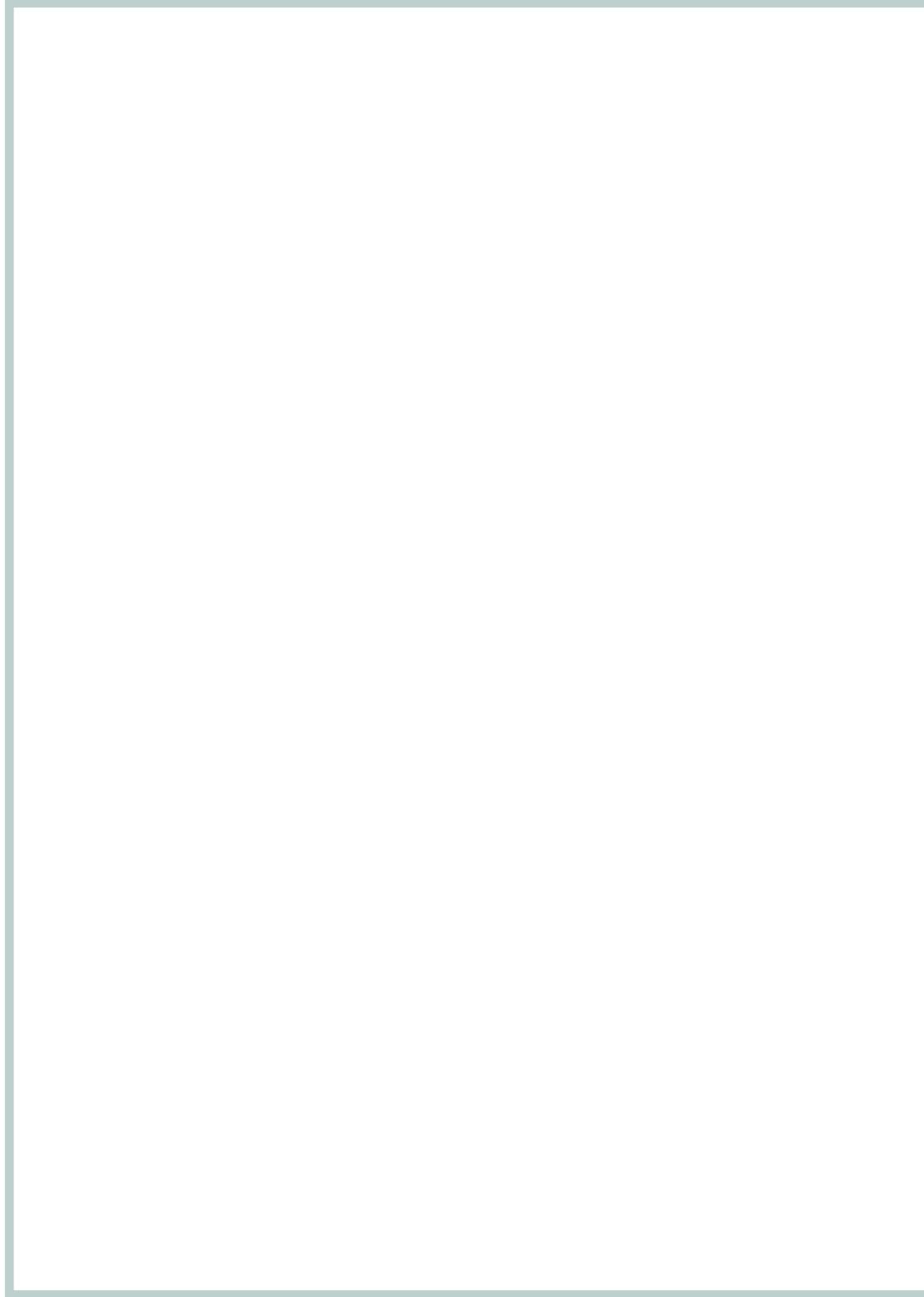
Il 20 Maggio 2018 siamo riusciti a trovarci tutti assieme, come Associazione Fenice, per discutere ed approfondire temi che ci coinvolgono come genitori, compagni ed amici. La giornata è stata proficua, molto positiva ed ha lasciato una sensazione di buono a tutti noi. Ci siamo visti per la prima volta, rivisti piacevolmente ed abbiamo condiviso idee, proposte, sofferenze e soprattutto speranze e certezze.

Insieme abbiamo potuto toccare con mano quanto risorsa siamo e quanto insieme possiamo proporre di fare, di agire.

Con la certezza che ce la faremo e che si può guarire.

Il nostro credo, tutti insieme, con forza e determinazione.

Molto materiale è stato raccolto ed è stato lo spunto per strutturare la giornata di oggi, uno scambio tra familiari e psicologhe per un momento di arricchimento reciproco rispetto a temi che, frequentemente, emergono durante i nostri gruppi di mutuo aiuto, che spesso non hanno una risposta e che, proprio per questo, stimolano la nostra riflessione.



INDICE

PAG.6 __ IL DCA E LE SUE RIPERCUSSIONI ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA.
- Familiari-

PAG.8 __ L'IMPATTO DEL DCA SUI FRATELLI
- Dott.ssa Debora Cattaruzzi - Dott.ssa Alessandra Carola -

PAG.12 __ I DCA E LE LORO RIPERCUSSIONI SULLA FAMIGLIA
- Dott.ssa Debora Cattaruzzi - Dott.ssa Alessandra Carola -

PAG.14 __ DCA E MEDIA: COME COMPORTARSI DAVANTI AI NUOVI MEZZI DI COMUNICAZIONE
- Familiari -

PAG.15 __ DCA E MEDIA: COME COMPORTARSI DAVANTI AI NUOVI MEZZI DI COMUNICAZIONE
- Dott.ssa Chiara Zambon -

PAG.19 __ LA FAMIGLIA E IL RAPPORTO CON L'EQUIPE CURANTE
-Familiari -

PAG.20 __ LA FAMIGLIA E IL RAPPORTO CON L'EQUIPE CURANTE
- Dott.ssa Ketty Giacchetto -

PAG.23 __ IL DCA: QUANDO SI PUO' PARLARE DI GUARIGIONE?
- Familiari -

PAG.24 __ IL DCA: QUANDO SI PUO' PARLARE DI GUARIGIONE?
- Dott.ssa Giorgia Bommarco -

PAG.26 __ COME SOSTENERE L'ASSOCIAZIONE

IL DCA E LE SUE RIPERCUSSIONI ALL'INTERNO DELLA FAMIGLIA -Familiari-

Vivere con un disturbo alimentare è una grande sfida, che mette a dura prova la capacità di resilienza della famiglia.

E' evidente che si tratta di un disturbo complesso e con un carico di stress e sofferenza tale che tutto il nucleo familiare ne risulta investito.

Diverse famiglie hanno evidenziato notevoli difficoltà nelle interazioni all'interno del proprio nucleo: il carico familiare determinato dal compito assistenziale nella gestione dei comportamenti disfunzionali del DCA rende difficile trovare il tempo sufficiente per il resto della famiglia.

Gli altri componenti del nucleo familiare possono quindi sentirsi trascurati.

In particolare, visto l'abbassarsi dell'età d'esordio della patologia, è probabile che ci siano dei fratelli e che anche loro possano aver sviluppato delle idee sulla malattia a loro volta, attivando dei modelli di interazione che non sono utili.

E' naturale che si sentano confusi ed arrabbiati di fronte a questa malattia e anche a quello che essa comporta all'interno della famiglia.

A volte vivono un sentimento di responsabilità e s'incolpano per non essere in grado di aiutare.

Quando il resto dei familiari non sa come reagire, si può generare un vissuto in cui si ha paura di dire la cosa sbagliata favorendo così un comportamento di allontanamento.

Quando il proprio caro manifesta la malattia con i noti eccessi comportamentali, tutti provano un forte disagio e ci si scontra perchè si vede minata la routine rassicurante della famiglia, si sente minacciato l'ambiente più intimo da qualcosa che non si è ancora in grado di capire, e ci si scontra apertamente con la persona malata, negandosi la possibilità di rapportarsi in modo equilibrato e razionale.

A volte i fratelli, soprattutto se già maggiorenni e quindi con un certo spirito critico, si informano su pubblicazioni, in internet o sui media per cercare altrove una possibile ragione di quanto stia accadendo alla propria sorella o fratello,

visto che i genitori sono così presi dall'ansia e dal proprio senso di impotenza, indaffarati nel tentativo di ricreare un equilibrio familiare, da non essere attenti, disponibili ed emotivamente vicini agli altri componenti della famiglia.

Gli altri figli crescono così quasi più in fretta, acquisendo una maturità e una sensibilità speciale, oppure si sentono molto arrabbiati, distanti emotivamente da quanto sta accadendo in famiglia, perchè il loro disagio deve essere trattenuto, per non gravare sui genitori già molto preoccupati.

In realtà ai figli dovrebbe essere sempre data la possibilità di esternare la sofferenza ed il conflitto interiore rispetto alla malattia del proprio caro,

che accentra l'attenzione genitoriale, vista la gravità dei sintomi, per evitare quel sentimento divisivo di allontanamento che non aiuta nessuno e che può portare a lacerazioni insanabili.

Dovrebbe essere stabilita un'alleanza educativa e relazionale tra i due genitori, che vada oltre le loro paure e il desiderio di controllare da vicino ogni aspetto della vita del proprio figlio malato, cercando di concentrarsi sui comportamenti positivi per dare la giusta gratificazione, valorizzando anche le piccole conquiste rispetto ai comportamenti disfunzionali, in modo da generare dialogo e positività, utili ed efficaci per tutta la famiglia.

In questo senso sono state condivise nel gruppo anche esperienze di autentica empatia e solidarietà tra fratelli, che, con estrema sensibilità, hanno quasi sentito in anticipo che quelle variazioni di umore non erano legate all'adolescenza ma a un disturbo più complicato.

I problemi maggiori avvengono quando la paziente è maggiorenne e, senza il suo consenso, i familiari non riescono ad agganciarsi al centro e diventare una risorsa indispensabile per aiutare il proprio caro nel trattamento.

Problemi che poi vengono amplificati in una famiglia allargata, dove si creano automaticamente alleanze protettive a favore del proprio consanguineo, magari poco utili a risolvere il problema, ma necessarie a proteggere il malato dagli atteggiamenti giudicanti di chi non conosce fino in fondo il DCA e le sue ossessive manifestazioni.

Cosa fare allora in questi casi? Laddove è possibile, e quando il decorso del disturbo è positivo, si può pensare a favorire la responsabile indipendenza dalla famiglia, in modo che siano valorizzati i legami più autentici e si riesca a trasmettere senso di fiducia e slancio verso il futuro, piuttosto di inutili prese di posizione.

Fondamentali si sono rivelati gli incontri psico-educazionali fatti durante il ricovero nella Casa delle Farfalle, così come quelli organizzati dai servizi del territorio.

E indispensabile e terapeutica è la partecipazione alle attività di mutuo-aiuto organizzate dalle associazioni sul territorio, che consentono di riflettere sulle difficoltà che si vivono in famiglia, sulle proprie ansie e paure, sul senso di inadeguatezza che i genitori e i familiari avvertono rispetto alle cure e al proprio ruolo affettivo ed educativo.

A questo proposito, è stato proposto di poter realizzare degli incontri di mutuo-aiuto informativi per i fratelli, sicuramente dai 16 anni in su, perchè forse in un gruppo di pari troverebbero maggiore espressione certe sofferenze, e quei sensi di colpa dati dal sentirsi arrabbiati con il paziente.

Concludendo, la strategia più utile è quella di evitare di concentrarsi tutti e sempre sugli aspetti disfunzionali del comportamento del proprio caro, concedendosi dei momenti per uscire dalla routine ossessiva della malattia per fare delle esperienze nuove tutti insieme, in uno spazio neutro che possa facilitare il sorriso e la spensieratezza di ognuno.

Parlare di altri argomenti, degli aspetti piacevoli della quotidianità, di quello che accade fuori dalla famiglia, nella propria comunità, a scuola, al lavoro, nel mondo; evitando atteggiamenti polemicici sulle possibili scivolate/ricadute.

L'IMPATTO DEL DCA SUI FRATELLI

- Dott.ssa Debora Cattaruzzi -

-Dott.ssa Alessandra Carola -

La letteratura sulla coppia fraterna con un membro affetto da disturbo del comportamento alimentare non è così vasta come accade invece per altre patologie.

Dalle poche ricerche inerenti il sottosistema fratelli, emerge l'importanza che gli stessi ricoprono all'interno del contesto familiare nel modulare, migliorare o contrastare il rapporto tra i membri della famiglia. In generale il **rapporto tra fratelli** può essere considerato come un "primo laboratorio sociale" che permette di sperimentare le relazioni tra coetanei influenzando lo sviluppo dei suoi membri, cioè i fratelli.

Infatti attraverso le dinamiche tra fratelli, i bambini imparano a conoscere se stessi e gli altri, tale relazione contribuisce alla creazione di un'identità personale che è diversa da quella dell'altro fratello, allo sviluppo della sensibilità e all'apprendimento di quelle abilità sociali atte alla risoluzione dei conflitti. Tutto ciò ha anche, indirettamente, una conseguenza sulla personalità e sulla capacità di coping in situazioni di crisi, come appunto la malattia.

I fratelli sono quindi una risorsa significativa data dalla complicità che si crea in una relazione tra i membri della stessa famiglia e per di più appartenenti allo stesso livello generazionale. L'importanza del sottosistema fratelli, in particolare nei confronti di coloro che presentano un disturbo del comportamento alimentare, ha ottenuto un riconoscimento sempre maggiore a partire dal presupposto che le relazioni tra fratelli sono tra le più lunghe nel corso della vita di una persona e tra le più significative, seconde solo alla relazione genitore-figlio.

Ma cosa succede a questo legame quando interviene la malattia?

Come reagisce il fratello a tale avvenimento?

La relazione con i fratelli di ragazze con disturbo alimentare sembra essere caratterizzata da intensità del legame, non sempre in senso positivo, e forte rivalità.

I risultati dei pochi studi effettuati mostrano che le ragazze con disturbo del comportamento alimentare hanno dei **rapporti "intensi"** con i loro fratelli e in particolare con le sorelle, pur con la presenza di una **forte rivalità**, chiamata anche "gelosia fraterna".

Tale gelosia potrebbe essere uno dei fattori chiave della perpetuazione del disturbo alimentare, nonché il motivo del grande cambiamento emotivo del fratello senza patologia, che si può esprimere attraverso sintomi somatici o attraverso lo sviluppo di una disfunzione psicosociale. La prevalenza di una relazione "intensa", ma non sempre positiva, può trovare diverse spiegazioni. La prima è legata alla rivalità tra fratelli nell'ottenere maggiore attenzione da parte dei genitori, un'attenzione spesso caratterizzata dall'ambivalenza tra amore ed odio, frustrazione e conflitto. Una seconda spiegazione, mette in risalto la "responsabilità extra" richiesta alla sorella/fratello sani di prendersi cura della sorella con patologia,

cosa che promuoverebbe un insieme di sentimenti ambigui tra cui frustrazione, rabbia, gelosia, odio e paura di perdere la sorella. Le pazienti con disturbo alimentare, infatti, sono difficili da comprendere; tra i familiari emerge spesso la sensazione che tutto dipenda dalla ragazza malata, la quale non fa nessuno sforzo per mangiare e rende appositamente la vita difficile agli altri. Questa sensazione può intensificare la rabbia e rendere difficile l'empatia e la compassione, in particolare da parte della sorella sana che "porta il peso della relazione" e che a causa di ciò si sente una "vittima secondaria". Non è difficile intuire, quindi, come accanto al senso di vicinanza, dato dall'essere sorelle, siano presenti anche emozioni negative, difficoltà di varia natura e un disagio psicologico.

Alcuni studi qualitativi hanno messo in luce **il parere dei fratelli sani nel rapporto con la sorella affetta da anoressia nervosa**: oltre a descrivere emozioni intense e conflittuali e una "perdita di normalità nella loro relazione con la sorella, avevano vissuto la malattia della sorella come un "fenomeno pervasivo nella propria vita" (Halvorsen Rø & Heyerdahl, 2012).

Il disturbo alimentare diviene così "un nuovo membro della famiglia" con la conseguenza di creare emozioni contrastanti tra fratelli e rendere disfunzionale l'intera famiglia.

Se da una parte l'entrata in scena del disturbo può portare a degli effetti positivi come la crescita personale, l'aumento della vicinanza familiare, dell'empatia, della responsabilità, dell'adattabilità e di strategie di problem-solving efficaci, dall'altra si ripercuote nella famiglia generando preoccupazione, dolore, paura, perdita, gelosia, vergogna rabbia e colpa.

Quali sono le possibili ricadute sui fratelli?

- "Forgotten children", così sono stati definiti i fratelli dei pazienti all'interno della letteratura relativa ai disturbi del comportamento alimentare, in particolare dell'Anoressia Nervosa, poiché spesso sono quelli che, essendo sani e senza alcuna patologia, vengono "trascurati", oltre che dalla stessa ricerca scientifica, anche dalla propria famiglia e dai sistemi di sostegno esterni ad essa. I genitori tendono infatti a concentrarsi sul figlio con la malattia e per questo non sono sempre liberi, sia emotivamente che fisicamente, di prendersi cura anche dell'altro figlio, il quale percepisce i suoi genitori come "psicologicamente distanti". Questo sistema familiare problematico può quindi influenzare il funzionamento emotivo, l'adattamento sociale e la qualità della vita dei fratelli senza malattia.

Inoltre si è visto che:

- Questi fratelli sono più sensibili, rispetto a quei fratelli che hanno una sorella senza disturbo alimentare, alle affermazioni generali sulla forma e le dimensioni del corpo; provano rabbia quando le persone utilizzano termini come "grasso" o "dieta".
- Alcuni iniziano a mettere in discussione i propri atteggiamenti alimentari nonché la forma e le dimensioni del proprio corpo; altri ancora affermano che la patologia della sorella non abbia effetti né sui propri atteggiamenti alimentari né sulla propria immagine corporea.
- I fratelli senza disturbo riportano un cambiamento del ruolo all'interno della famiglia: devono essere "il sano" e "il migliore" in contrasto con "la malata"; descrivono una perdita

del ruolo di bambini; sentono di avere molte più responsabilità, sia per se stessi che per la sorella con il disturbo alimentare.

- Tuttavia alcuni studi confermano come il disturbo alimentare possa produrre anche effetti positivi sulle famiglie, tra cui crescita personale, maggiore unità familiare, maggiore conoscenza ed empatia, contribuendo così allo sviluppo di relazioni familiari più forti.

Quali sono le maggiori difficoltà che incontrano i fratelli?

- Il loro disagio principale si esprime nel sentire di dover bilanciare i propri bisogni con quelli dei loro genitori, degli altri fratelli sani e della loro sorella con patologia.
- I fratelli da una parte vengono messi in secondo piano, e dall'altra vengono indirettamente spinti dalla paziente e dai genitori stessi ad occuparsi della situazione conflittuale, come se fossero loro gli adulti e gli unici capaci di mediare un'accordo. Tale processo è ben descritto in letteratura (Areemit, Katzman, Pinhas e Kaufman, 2010; Latzer, Katz e Berger, 2015): i fratelli si percepiscono "i sani", "i migliori", in contrasto con "la malata", perchè è questo il ruolo che i genitori gli hanno affidato; di conseguenza sentono di avere molte più responsabilità perchè, oltre a se stessi, devono occuparsi anche della sorella e dei propri genitori, che spesso "sono stanchi e non ce la fanno più".
 - La maggior parte di loro esibisce difficoltà nel comprendere il disturbo alimentare e in particolare nel dare un senso ai pensieri e ai comportamenti della loro sorella con tale disturbo. Alcuni fratelli arrivano a pensare che la sorella abbia volontariamente creato il disturbo per ricevere più attenzioni, sebbene siano consci che la stessa sorella non riesca a spiegare come si sente e perchè si comporti così. Allo stesso tempo però, i fratelli sono consapevoli delle scelte alimentari della sorella, dei meccanismi alimentari e dei comportamenti di riduzione del peso. In alcuni casi, si erano accorti di quei comportamenti ancora prima che venisse diagnosticato il disturbo. Riguardo ai conflitti familiari, la negoziazione, la segretezza e le bugie giocano un ruolo importante: i fratelli infatti a volte aiutano la sorella con la patologia a falsificare l'assunzione o l'attività alimentare; spesso non riferiscono la cosa ai genitori a causa della loro lealtà verso la sorella, in particolare i fratelli minori, e perchè sono consapevoli che dirlo comporterebbe una life in famiglia, anche se successivamente si sentono frustrati perchè avrebbero voluto dirlo anche ai genitori.
 - Molti fratelli chiedono di poter avere informazioni riguardo la sorella e il suo attuale stato di salute, in quanto si sentono "esclusi" perchè i genitori credono di proteggerli tenendoli disinformati.
 - Inoltre i fratelli esprimono compassione verso la sorella malata, riferendo preoccupazione per la paura che la sorella non si possa più riprendere e per la paura che possa morire.
 - I fratelli si sentono incapaci di esprimere qualsiasi emozione, come ad esempio la preoccupazione o la rabbia, che porta l'attenzione su di loro. Infatti alcuni preferiscono essere il fratello non esigente e silenzioso; altri scelgono di non fare viaggi di famiglia, partecipare ad attività con i pari o praticare dello sport perchè la sorella non può parteciparvi.

Come reagiscono i fratelli di fronte alla malattia? Quali strategie adottano?

Tra le strategie di coping maggiormente messe in campo dai fratelli si ha l'esternalizzazione del problema e lo sviluppo di appropriati confini con la paziente e gli altri membri della famiglia.

Inoltre la letteratura dimostra come i fratelli "sani" cerchino continuamente di incolpare qualcosa o qualcuno di aver provocato il disturbo alimentare nella sorella passando dall'auto-colpevolgersi all'accusare la pressione dei pari, i modelli di ruolo, la società e i media.

Qual'è l'atteggiamento dei genitori verso i figli sani?

Dalla letteratura emerge che, talvolta, i genitori utilizzano delle strategie per aiutare i loro figli senza patologia ad adattarsi e a far fronte efficacemente alle loro sorelle con disturbo alimentare. Le strategie genitoriali più comuni comportano la promozione della normalità all'interno della famiglia, il compensare la loro scarsa presenza richiedendo l'aiuto della "famiglia allargata" o impegnandosi in alcune attività "speciali" con il figlio senza malattia, una maggiore vigilanza sui segnali di angoscia o sui problemi di salute dei figli "sani" e l'evitare di dare informazioni sulla gravità della malattia.

Di cosa hanno bisogno i fratelli?

Esiste uno studio del 2009 in cui hanno chiesto ad un gruppo di fratelli in che modo vorrebbero essere aiutati. Le risposte più comuni furono: avere consigli su come facilitare uno stile comunicativo più aperto ed efficace con le proprie sorelle, partecipare a degli incontri insieme alle sorelle per affrontare le problematiche relazionali, trovarsi con altri fratelli nel contesto di un gruppo di supporto al fine di condividere la malattia e i suoi effetti negativi, nonché poter parlare con altre persone che condividono la stessa sofferenza in merito alle emozioni che la malattia suscita in loro tra cui la vergogna, la paura, la colpa e la frustrazione (Dimitropoulos, Klopfer, Lazar e Schacter, 2009). Sarebbe utile prevedere dei trattamenti che coinvolgano anche i fratelli, aiutandoli a comprendere la patologia e ad avvicinarli al percorso di cura della sorella/fratello. Genitori e fratelli possono essere un ostacolo alla guarigione, ma anche una grande risorsa e fonte di supporto. Includere i fratelli nel trattamento significa, inoltre, migliorare la comunicazione all'interno della famiglia. Per quanto riguarda, nello specifico, il coinvolgimento dei fratelli e delle sorelle delle pazienti con anoressia nervosa, Dimitropoulos e colleghi ed anche altri autori ribadiscono l'importanza di informare i fratelli sulle caratteristiche e la gravità della malattia, coinvolgendoli nel trattamento attraverso la consulenza individuale e di gruppo (Areemit, Katzman, Pinhas, e Kaufman, 2010; Latzer, Katz, e Berger, 2015).

Da quanto detto emerge che conoscere il punto di vista dei fratelli può dimostrarsi fondamentale per la cura di questa patologia, in quanto può aiutare a capire non solo il funzionamento delle famiglie ma anche le sue dinamiche interne.

I DCA E LE LORO RIPERCUSSIONI SULLA FAMIGLIA

- Dott.ssa Debora Cattaruzzi -

-Dott.ssa Alessandra Carola -

Quando è presente un disagio psicologico in generale, e in particolare quando questo ha a che fare con un DCA, la sofferenza non riguarda solo la singola persona ma coinvolge tutto il sistema familiare. Il sintomo irrompe all'interno della vita della famiglia modificandone la routine, gli schemi relazionali l'omeostasi e la struttura. I familiari possono quindi provare preoccupazione, senso di colpa, impotenza, hanno domande a cui a volte non è facile riuscire a dare una risposta, non sanno quali comportamenti mettere in atto per evitare che il sintomo si mantenga. Per questo è importante coinvolgere i familiari stessi nel processo terapeutico: per offrire anche a loro un supporto per affrontare concretamente il problema, ma soprattutto come risorsa assieme alla quale lavorare. Si possono individuare alcune costanti nel modo di relazionarsi all'interno della famiglia come conseguenza del manifestarsi di un DCA, che possono essere disfunzionali e fungere da fattori di mantenimento del sintomo stesso. Il DCA diventa il **centro** attorno a cui ruotano tutte le attenzioni, le preoccupazioni e i comportamenti della famiglia: diventa difficile trovare argomenti alternativi all'alimentazione che pertanto diventa l'unico tema di conversazione e spesso di conflitto. Non c'è spazio per gli altri bisogni della famiglia, e spesso neanche per i fratelli. Quando uno dei figli manifesta i sintomi di un DCA, tuttavia, può capitare che i genitori tendano a concentrarsi su di lui e per questo non siano sempre liberi, sia emotivamente che fisicamente, di prendersi cura anche dell'altro figlio, il quale può percepire i suoi genitori come "psicologicamente distanti". Il nucleo familiare tende a **chiudersi e isolarsi**: può capitare che i vari membri della famiglia si sentano dominati dal potere del DCA, spesso anche a causa di sentimenti di colpa e fallimento, e che le famiglie possano chiudersi nel tentativo di reagire, dedicando ogni energia al problema, ma negandosi così la possibilità di confrontarsi e comunicare apertamente il problema.

Aumenta l'**iperprotettività** e il **controllo** in risposta alla preoccupazione per il malessere manifestato dal/la proprio/a figlio/a: questo può comportare un rafforzamento dei dubbi che la persona già nutre su se stessa riguardo alle proprie capacità di reagire e di essere autonoma. I **confini tra le generazioni** si offuscano: l'intensa preoccupazione porta spesso uno dei genitori a dedicarsi totalmente al/la figlio/a che manifesta il sintomo trascurando tutto il resto, creando quindi una sorta di fusione che può avere ripercussioni sui rapporti con gli altri membri della famiglia.

Facendo riferimento alle teorie sistemiche in ambito psicologico, si possono individuare dei modelli di interazione familiare connessi al mantenimento di sintomi, i quali individuano

4 caratteristiche fondamentali:

L'invischiamento, inteso come una forma estrema di vicinanza e intensità delle relazioni familiari, in cui l'interesse reciproco tra i membri sembra essere molto alto.

L'iperprotettività, come effetto del forte interesse che ogni membro della famiglia ha nei confronti del benessere dell'altro, e che determina una particolare sensibilità a qualsiasi tipo di malessere, portando così il sistema a livelli di forte tensione o conflitto.

La rigidità, ossia la difficoltà a gestire i periodi di transizione in cui sarebbero necessari cambiamento e crescita.

L'evitamento del conflitto, che fa sì che i problemi vengano lasciati irrisolti, impegnando tutti nel cercare di mantenere il conflitto al livello che risulta gestibile.

È fondamentale quindi fare caso all'effetto del sintomo sulle dinamiche interne al nucleo familiare: più questo ha un'influenza nel regolare l'equilibrio interno della famiglia, più vengono rinforzate le dinamiche relazionali che contribuiscono al suo sviluppo e mantenimento. Gran parte delle attenzioni si concentrano sulla persona che manifesta il malessere, e paradossalmente i comportamenti che si organizzano intorno al sintomo stesso, spesso non fanno altro che rinforzarlo involontariamente.

Che fare quindi?

1. Trovare un riferimento terapeutico adeguato
2. Fare fronte comune e coerente
3. Rinforzare le parti sane
4. Porre attenzione ai comportamenti
5. Porre attenzione alla comunicazione

DCA E MEDIA: COME COMPORTARSI DAVANTI AI NUOVI MEZZI DI COMUNICAZIONE

-Familiari-

I Social media, dove gli utenti scambiano foto e si formano community su interessi comuni, sono diventati un'opportunità enorme per chi soffre di disturbi alimentari. Immagini di gambe affusolate, stomaci concavi e costole sporgenti emergono su vari siti cercando hashtags come #thinspogram #thhighgap o #bonespo. I siti "pro-ana" (pro-anoressia) e "pro-mia" (pro-bulimia) esistono fin dalla nascita di Internet, ma i social network come Facebook, Twitter, Tumblr, Instagram e Pinterest hanno dato a queste community una piattaforma globale su cui condividere idee e fotografie. Gli utenti sostengono i comportamenti autodistruttivi gli uni degli altri condividendo suggerimenti e trucchi e promuovono l'idea che un disturbo alimentare sia una scelta di vita, non una grave malattia mentale. I messaggi riferiti all'ideale di magrezza non sono, come sarebbe opportuno, presentati come irraggiungibili e puramente frutto dell'immaginazione e gli stessi media tendono a confondere i limiti tra un ideale di fantasia e la realtà. È necessario imparare a "difendersi" da queste fonti di informazione, necessarie e fondamentali per la diffusione di notizie ed idee che contribuiscono alla crescita delle nostre conoscenze, sviluppando nel contempo un senso critico per affrontarle. Già partendo dalle case di moda si hanno modelli in taglie che corrispondono alla realtà virtuale e malata e che, nella maggioranza dei casi, non corrispondono a un fisico sano. Questo suscita una mancanza di consapevolezza da parte di chi si trova di fronte ad una ragazza/ o con un DCA, come, ad esempio, una commessa di un negozio che dice "Che bella, potresti essere una modella!". Le immagini che ci propongono sulle riviste o sul web sono per la maggior parte ritoccate, abbondanti in certi punti e ridotte in altre il make-up trasforma il viso di una persona, creando falsi miti da imitare, estremizzando il comportamento di una persona sensibile o malata di un DCA in quel momento. Nell'informazione e nella vita di tutti i giorni la società porta a creare un mito per chi è magro, bello e salutare. Non sempre questo corrisponde alla realtà. Palestre, sport o scuole di ballo possono essere causa o effetto di pratiche che inducono una persona predisposta ai DCA a sviluppare la malattia. Sarebbe utile informare gli addetti ai lavori (personal trainer, maestre di ballo, allenatori ecc.) di quali siano i metodi, i modi ed i parametri con cui approcciarsi nel modo corretto con i giovani che noi genitori affidiamo loro. Un altro aspetto è la difficoltà per i familiari nel seguire cosa un familiare con DCA ricerca in rete. Un ruolo importante dei familiari è quello di essere attivi, informando, partendo dal basso (scuole, medici di base, pediatri, farmacie, società sportive...) ognuno con le proprie conoscenze, con gli amici ed i familiari, portando documentazione informativa che crei quella conoscenza di base che permetta di riconoscere e dare un'informazione corretta e mirata alla soluzione del problema già nelle prime fasi.

Utili le serate a tema (parrocchie, gruppi scolastici, altre associazioni sanitarie, ecc.) con la presenza di tecnici che possono dare indicazioni utili per la sintomatologia per sensibilizzare sulla gravità e l'incidenza delle malattie DCA con statistiche, oltre ad informare sulle attività dell'Associazione. Fondamentali sono i numeri telefonici a cui rispondono tecnici preparati che possono ascoltare ed informare in modo adeguato. Sarebbe utile diffondere questi numeri a cui qualsiasi persona possa fare riferimento.

DCA E MEDIA: COME COMPORTARSI DAVANTI AI NUOVI MEZZI DI COMUNICAZIONE

- Dott.ssa Chiara Zambon -

In media, circa la metà degli studenti - il 45% - passa su Internet almeno 5-6 ore al giorno, con la stessa intensità sia durante la settimana (quando dovrebbero essere più impegnati) che nel week-end. Con picchi ancora più alti tra chi ha meno di 19 anni. In base all'analisi, si stima che l'utente medio controlli tra le 10 e le 20 volte all'ora, in pratica fino a un check ogni 3 minuti, se gli sono arrivate nuove notifiche. Oltre 6 giovani su 10, poi, pubblicano almeno un autoscatto a settimana sui vari social network. Nel 14% dei casi si sale fino ad uno al giorno. Per condividere, però, bisogna essere sicuri che tutto sia perfetto; per questo la metà del campione, prima di postare un selfie ne scatta almeno quattro. Mentre 1 su 3, se vede che non riceve abbastanza like, è molto propenso a cancellarlo. Dai dati emerge che gli adolescenti, a causa della familiarità con i mezzi multimediali, sono sovraesposti alle immagini mediatiche del corpo, il più delle volte irrealistiche. Negli ultimi decenni ci si è chiesto se la presentazione di modelli estetici irrealistici possa costituire un ostacolo alla formazione dell'identità corporea negli adolescenti. Se da una parte le adolescenti sembrano essere consapevoli del fatto che nei media la percentuale di corpi filiformi non rappresenta la realtà (Fougts e Buggraf, 2000), dall'altra parte molte adolescenti tendono a ritenere l'ideale di magrezza normativo, reputando che la quantità di corpi mediatici magrissimi sia un riflesso della realtà (Lopez-Guimera et al., 2010).

Per spiegare l'influenza che le immagini mediatiche hanno sull'immagine corporea ricorriamo alla teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1997). Vi è oggettivazione quando un individuo viene pensato come oggetto e dunque viene deumanizzato, divenendo merce e strumento.

Le fasce più giovani sono particolarmente vulnerabili alle immagini mediatiche oggettivizzanti. In particolare, gli adolescenti sono impegnati in un delicato processo di costruzione della propria identità di genere, in cui il corpo gioca un ruolo importante. La percezione del proprio corpo è strettamente legata all'autostima. Sono infatti proprio le ragazze con una bassa autostima ad essere più colpite dal fenomeno dell'oggettivazione (Tolman et al., 2006).

I ragazzi più giovani sono particolarmente vulnerabili all'esposizione a questo tipo di immagini, non solo a causa della particolare fase evolutiva che stanno attraversando, ma anche per la quantità di televisione con cui sono a contatto fin da giovanissimi.

Molte ricerche hanno provato il legame fra esposizione ai media, preoccupazioni per il proprio aspetto e disturbi alimentari (Grabe et al, 2008).

Anche la frequenza di fruizione di riviste di moda è correlata coi disturbi alimentari e la diminuzione dell'esposizione alle riviste ed ai programmi televisivi riduce il rischio di disturbo alimentare.

Tipo dato		usano Internet, tutti i giorni	una o più volte alla settimana	qualche volta al mese	qualche volta all'anno	non usano Internet
		▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼	▲ ▼
Selezione periodo	Classe di età					
2017	15-17 anni	93,9	82	10,7	1	0,1
2018		95,5	84,4	9,7	1,2	0,2
2017	20-24 anni	92,4	80,8	9,8	1,6	0,2
2018		93,6	85,2	7,6	0,5	0,2
2017	18-19 anni	92,7	82,2	9,9	0,5	0
2018		93,3	85,5	7,5	0,2	0,1
2017	25-34 anni	89,8	72,9	15	1,5	0,4
2018		91,4	79,5	10,6	0,9	0,4
2017	35-44 anni	85,7	65,6	17,5	1,8	0,7
2018		87,3	71,5	14	1,4	0,4
2017	11-14 anni	80,1	59,8	23	2,8	0,6
2018		85,9	62,1	20,5	2,7	0,6
2017	45-54 anni	77,6	55,6	18,4	2,5	1,1
2018		81,7	61,2	17,5	2	1

(dati ISTAT, 2017-2018)

DISTURBI ALIMENTARTI E MEDIA

I disturbi del comportamento alimentare sono stati definiti, infatti, anche come "sindromi legate alla cultura", cioè tipici di alcuni paesi e culture e non presenti in altre.

Esiste un'ampia documentazione che testimonia la prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare nei paesi occidentali e industrializzati, in cui viene sempre più spesso pubblicizzato il messaggio socioculturale dell'importanza della ricerca della magrezza e di percezione di un corpo femminile magro come attraente e piacente (Benton et al., 2015). Questo tipo di standard sociale viene spesso divulgato e propagato dai mass media e riguarda ed influenza quella che è l'immagine corporea e il concetto di bellezza. In particolare, la necessità di ottenere approvazione da parte del gruppo dei pari in base al proprio aspetto esteriore è un concetto molto popolare tra gli adolescenti e le giovani donne ed è molto importante per l'autostima, il senso di autoefficacia e di sentirsi capaci nelle relazioni sociali (Clark et al., 2008). È importante, infatti, esplorare le variabili che mediano l'effetto dell'esposizione alle immagini mediatiche. Bisogna considerare, non solo il ruolo che hanno le caratteristiche di personalità individuali, ma anche l'influenza del gruppo dei pari. I pari, infatti, hanno un ruolo importante in questa fase evolutiva e possono contribuire a indebolire o rinforzare gli effetti negativi dei media sull'immagine corporea. Il commento dei pari, quindi, ha il potere di creare una idealizzazione del corpo che lo rende lo standard estetico a cui ispirarsi.

A partire da queste osservazioni, diversi studi hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione positiva tra l'esposizione ai mass media (TV, pubblicità, riviste e giornali) e l'insoddisfazione corporea, interiorizzazione del concetto di magrezza e disturbi alimentari (Thomsen et al., 2002).

Diverse ricerche hanno confermato che le donne dei paesi industrializzati riportano regolarmente e più frequentemente sentimenti di insoddisfazione per il proprio aspetto fisico e una forte tendenza ad inseguire l'ideale di bellezza proposto dalla società moderna occidentale e promossa dai mass media, basata sulla ricerca della magrezza e della snellezza e mostrando un'immagine irrealistica della figura femminile magra (Grabe et al., 2008). Uno studio che mostra l'importanza dei media nella costruzione dell'immagine del corpo degli adolescenti è quello condotto da Becker (2004) alle isole Fiji. La ricercatrice ha trovato che i disturbi alimentari e le preoccupazioni per il proprio aspetto fisico hanno fatto la loro comparsa con l'avvento della televisione.

Sono bastati tre anni per cambiare gli standard della cultura tradizionale che prediligeva fisici morbidi e fondava l'identità dei suoi attori sociali sul ruolo che essi svolgevano all'interno della comunità e della famiglia. In particolare furono gli adolescenti i soggetti maggiormente colpiti dal cambiamento, aumentando in generale l'ossessione per la perdita di peso, iniziando a sottoporsi a diete e manifestando insoddisfazione per le proprie forme corporee.

Un altro aspetto fondamentale riguarda il ruolo dei social network sulla costruzione della propria immagine corporea. Uno studio (Meier, 2013) ha indagato la relazione fra le attività delle ragazze sui social network e l'immagine corporea. I risultati della ricerca hanno rivelato che una elevata esposizione a contenuti relativi all'aspetto estetico è positivamente correlata con un incremento dei disturbi dell'immagine corporea fra le ragazze, e l'associazione è particolarmente forte nel caso di Facebook. In particolare, non era l'uso del social network in sé a predire l'insoddisfazione corporea, il desiderio di essere più magre e l'internalizzazione dell'ideale mediatico, ma specificamente il tempo trascorso guardando e postando foto su internet. Un recente studio del 2018, inoltre, si è proposto di verificare l'impatto che i modelli socio culturali proposti dai mass media e dalla società hanno sull'insoddisfazione corporea, il desiderio di magrezza, il ricorso ad un atteggiamento perfezionista, e lo sviluppo di tendenze tipiche dei disturbi alimentari in adolescenti e donne di diverse età. Gli autori hanno misurato l'influenza dei mass media nella costruzione dell'immagine di sé e i fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo alimentare in un gruppo di 234 donne polacche tra i 12 e i 35 anni. I risultati hanno dimostrato che il gruppo di ragazze più giovani (12-15 anni) avevano riportato i livelli più alti di rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare. Tutto il gruppo preso in esame mostrava che l'interiorizzazione dei modelli presentati e la pressione sociale veicolata dai mass media erano alla base della tendenza ad avere un aspetto magro, indipendentemente dall'età e dall'indice di massa corporea.

Interventi possibili

- Un monitoraggio periodico dell'adulto di riferimento, nel rispetto della privacy dell'adolescente, si rivela quanto mai importante. Berson, Berson e Ferron (2002) hanno infatti individuato l'utilità del dialogo su questi temi tra adolescente e genitori, caregiver o insegnanti. Nello studio è emerso che la supervisione diretta o il monitoraggio periodico delle attività online degli adolescenti hanno contribuito a ridurre i comportamenti a rischio in internet.

- Lo scopo preventivo dovrebbe essere ridurre la vulnerabilità dei giovani rispetto alle informazioni e interazioni provenienti dal web, non tanto focalizzando l'attenzione sul restringere l'accesso a certi tipi di comunicazione virtuale, ma puntando su interventi che educino ad un uso responsabile di Internet affinché tali acquisizioni si applichino a tutti i tipi di interazione online.
 - Creazione di programmi educativi che possono fungere da strumenti molto utili per la prevenzione e lo sviluppo del benessere per adolescenti e pre-adolescenti, fasce d'età che più vengono influenzate dalla pressione sociale (Izydorczyk et al., 2018).
 - O'Dea e Abraham hanno esaminato gli effetti prodotti sull'immagine corporea e le abitudini alimentari, di un programma educativo e interattivo, basato sull'autostima, in 470 studenti tra gli undici e i quattordici anni. L'intervento prevedeva un potenziamento dell'immagine corporea attraverso l'incremento e lo sviluppo di una buona autostima. Il programma, dal titolo "Everybody's Different", si basava sulla presentazione di teorie educative centrate sulla cooperazione e su un apprendimento plasmato sullo studente, attraverso l'utilizzo di lavori di gruppo, giochi di ruolo, rappresentazioni teatrali. Tali tecniche stimolavano il coinvolgimento, l'apprendimento vicario e la costruzione di un ambiente positivo, con un aumento dell'apprendimento e un miglioramento delle abilità sociali. I risultati hanno evidenziato che gli studenti che avevano partecipato al programma educativo mostravano, anche dopo dodici mesi dalla fine dell'intervento, un miglioramento della soddisfazione della propria immagine corporea, dell'immagine di sé con la conseguenza di non mettere in atto diete per perdere peso, rispetto al gruppo di controllo che non aveva beneficiato del programma. Dallo studio emerge la possibilità di modificare alcune credenze e opinioni che i ragazzi si possono creare su stessi e, tramite un intervento che stimoli la condivisione e il lavoro di gruppo, aumentare la competenza sociale e la qualità e la quantità delle relazioni tra pari, con una conseguente soddisfazione verso la propria immagine corporea e la propria autoefficacia. Un intervento di questo tipo si dimostra utile come approccio per prevenire lo sviluppo di un disturbo alimentare.

In conclusione

Programmi educativi e di prevenzione focalizzati su:

- Utilizzo consapevole e positivo di internet (accompagnamento e monitoraggio da parte dei genitori e delle figure di riferimento, fare della navigazione internet un'esperienza di famiglia, aggiornamento continuo da parte delle figure di riferimento riguardo il mondo dei social media, comprendere i diversi media e le varie tipologie di messaggi, utilizzarli correttamente, saper interpretare in maniera critica il messaggio, essere in grado di generare un messaggio e quindi usare in maniera propositiva i media)
 - Interventi per il potenziamento life skills e social skills

LA FAMIGLIA E IL RAPPORTO CON L'EQUIPE CURANTE

-Familiari-

Creare una collaborazione solida tra equipe e familiari rappresenta un'importante risorsa per il trattamento. Quando un familiare affida il proprio figlio o la propria figlia in difficoltà all'equipe curante, le reazioni che si evidenziano possono essere molteplici e possono modificarsi durante il corso del trattamento. Inizialmente, è fondamentale costruire un'alleanza tra famiglia ed equipe attraverso la condivisione chiara del processo di cure. Aiutare la famiglia nell'affidare i propri figli e nell'affidarsi in prima persona è fondamentale per una buona riuscita del trattamento.

Interferire continuamente nelle decisioni prese dai curanti o togliersi dai percorsi terapeutici, in attesa che il trattamento si concluda, sono due modalità opposte ma, in egual modo, ostacolanti rispetto al percorso terapeutico delle persone con dca.

Molti familiari riportano l'esperienza vissuta dell'impreparazione dei medici e pediatri di base tanto nel riconoscimento dei sintomi della malattia quanto nella valorizzazione di quanto riportato dai familiari che spesso diventa oggetto di sottovalutazione, ridimensionamento, scarsa attenzione.

Le azioni proposte sono la predisposizione di un vademecum informativo/operativo da parte dell'associazione e l'impegno da parte dei genitori a portarlo al proprio medico e, ove esistente, all'equipe curante, la richiesta alle Asl di promuovere la preparazione specifica per medici di base e pediatri, con informazione centrata sulla necessità di un approccio multidisciplinare alla malattia e la sensibilizzazione sull'importanza di una presa in carico tempestiva e adeguata, infine alla promozione di campagne di informazione attraverso i media e, possibilmente, anche attraverso il Ministero della Salute con spot specifici analoghi a quelli contro il fumo, il gioco d'azzardo, o a quelli per la prevenzione. L'affidamento che viene chiesto alle famiglie può nascere solo dalla fiducia e la fiducia nasce dalla relazione. Spesso le famiglie arrivano ad un'equipe curante dopo lunghi percorsi inutili, e nei casi peggiori anche deleteri.

L'alleanza è frutto di un percorso, di una conoscenza. Non è un punto di partenza ma di arrivo.

È necessaria la "presa in carico" della famiglia, attraverso colloqui individuali con l'equipe o un referente fin dall'inizio del percorso. Solo dopo una presa di contatto consapevole con la malattia la famiglia potrà diventare una risorsa. Molte esperienze sono iniziate con figure professionali inadeguate e solo successivamente con contesti multidisciplinari e sul territorio si riscontra una presenza a macchia di leopardo di strutture adeguate. Le azioni proposte sono il sollecito da parte delle associazioni alle Asl di riferimento per la costituzione di equipe formate da figure professionali specificamente preparate, l'informazione capillare sulla gravità della malattia e sulle sue ricadute e la diffusione dei dati sui costi delle cure a fronte di una patologia in crescita per una sensibilizzazione anche a livello politico. Molte e gravi le criticità condivise dal gruppo sul post-ricovero per assenza di continuità, mancanza di sbocchi, insufficiente, inadeguata e talvolta assente comunicazione tra equipe, strutture, ecc. Anche al fine di non vanificare il lavoro svolto da un'equipe o da una struttura, è necessaria, prima della dimissione, una presa di contatto con l'equipe di destinazione, con le strutture sul territorio, con medici curanti ecc. ed è opportuno prevedere controlli/verifiche periodiche a scadenze fisse dopo la dimissione.

LA FAMIGLIA E IL RAPPORTO CON L'EQUIPE CURANTE

- Dott.ssa Ketty Giacchetto -



FAMIGLIA

ALLEATO

STRUMENTO DI AIUTO
AL TRATTAMENTO

I disturbi del comportamento alimentare sono disturbi complessi con un'eziologia multifattoriale (in cui nessun fattore di per sé è causa del disturbo) e come tali sono malattie da curare attraverso percorsi riabilitativi che coinvolgano equipe multidisciplinari. Partendo dal presupposto che un bambino nasce e cresce all'interno di una famiglia, che è un sistema in cui ciascun membro gioca un ruolo importantissimo per lo sviluppo affettivo di tutti gli altri membri, la famiglia diventa una preziosa risorsa nel processo di cura, irrinunciabile. Il percorso riabilitativo vive di quello che pensano i genitori, pertanto si rende necessario che essi, impauriti, disorientati e dilaniati dai sensi di colpa, si lascino ingaggiare in prima persona nel trattamento per partecipare al processo di guarigione come soggetti attivi della cura.

Il Ministero della Salute nelle "Raccomandazioni per Familiari" del 26 marzo 2018 scrive: "Il ruolo della famiglia è prezioso: alleata nel processo di cura. Fare ponte con l'equipe e lavorare verso una direzione comune è un fattore importante. Bisogna ricordarsi sempre che non si parla di volontà ma di malattia e che vi sono dei tempi soggettivi nel percorso di cura. La famiglia, così come il paziente, deve poter essere sostenuta dall'equipe curante".

Un programma di riabilitazione nutrizionale dovrebbe sempre prevedere un'attenzione particolare al rapporto con la famiglia dei pazienti, la sua esclusione può comportare anche l'abbandono del trattamento. Occorre fornire ai familiari, con approccio psicoeducativo, le informazioni sulla malattia, sintomi, evoluzione, trattamento, prognosi. Il team multidisciplinare dovrà effettuare incontri con i familiari separatamente utilizzando un approccio collaborativo affinché i familiari si sentano partecipi del programma terapeutico. In ogni caso il team potrà valutare se all'interno della famiglia ci sono delle conflittualità che vanno considerate. Coinvolgere i familiari e altre persone significative nel processo di recupero di peso.

Pazienti adolescenti

Il coinvolgimento dei genitori nella riabilitazione nutrizionale dei pazienti adolescenti è sempre consigliabile per i seguenti motivi:

- 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;
- 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;
- I genitori possono essere coinvolti nel trattamento per fornire assistenza agli adolescenti durante i pasti;
- I genitori possono creare un ambiente che faciliti il cambiamento degli adolescenti stessi.

In generale è consigliabile fare sempre un incontro solo con i genitori per valutare l'ambiente familiare e in particolare:

- (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 (per es. pensare che il disturbo dell'alimentazione sia auto provocato o una forma di autodistruzione conseguente delle loro scarse abilità genitoriali);
- (3) la presenza di reazioni di sfiducia 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.

I genitori dovrebbero essere successivamente educati sui seguenti punti:

- (1) le cause dei disturbi dell'alimentazione non sono ancora note, anche se sembrano derivare da una complessa e non ancora pienamente compresa interazione tra fattori di rischio genetici e ambientali (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) il disturbo dell'alimentazione è tenuto in vita da numerosi meccanismi di mantenimento, incluso la restrizione calorica e il sottopeso e l'obiettivo primario del trattamento è quello di identificarli e affrontarli spiegando i sintomi da malnutrizione;
- (4) molti pazienti guariscono completamente dal disturbo dell'alimentazione e non c'è ragione di pensare che questo non accadrà al loro figlio/a (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)

Pazienti adulti

Il coinvolgimento dei genitori o del partner o di altre persone significative, con il consenso del paziente, va considerato in due casi:

- (1) se possono essere d'aiuto ai pazienti stesso nell'attuare alcuni cambiamenti (per es. aiutandolo a gestire i pasti e le difficoltà quotidiane) e (2) se rendono difficoltoso il cambiamento (per es. perché fanno commenti critici sul modo di mangiare o sull'aspetto fisico del paziente). Se le altre persone significative sono coinvolte, va spiegato loro, in presenza del paziente, il percorso, rispondendo alle loro domande e ascoltando il loro punto di vista. Poi va discusso come possono essere d'aiuto. L'aiuto delle altre persone significative, che deve essere sempre concordato e accettato del paziente, varia da caso a caso e può essere fornito nella gestione dei pasti, nel creare un ambiente familiare sereno o nei momenti di crisi. Un adeguato programma di informazione e di guida da parte dell'equipe curante contribuisce a diminuire le emozioni negative, limitare i fattori di mantenimento della malattia, ad aumentare i sentimenti di autoefficacia, a ridurre lo stress e l'ansia correlati. Il genitore che affida il proprio figlio può delegare in toto o essere polemico e critico: il primo passo è costruire un'alleanza tra famiglia ed equipe attraverso la CONDIVISIONE chiara degli obiettivi del percorso di cura.

IL DCA: QUANDO SI PUO' PARLARE DI GUARIGIONE?

-Familiari-

I disturbi alimentari, se non trattati precocemente ed adeguatamente, tendono ad avere un andamento cronico con frequenti ricadute. Questo aspetto è molto importante da considerare per un familiare poiché le aspettative in merito alle cure e alla guarigione non devono essere "magiche" e devono tener conto del fatto che il disturbo alimentare può ripresentarsi, anche dopo un periodo di miglioramento. E' importante dunque considerare il DCA in una sorta di linea continua dove per guarigione possiamo intendere un benessere complessivo nel quale l'individuo arriva a gestire in modo funzionale le difficoltà che via via incontra, non consentendo che il DCA invada ed inquina le aree di vita (salute, scuola, lavoro, relazioni con gli altri...) e investendo nel proprio benessere individuale, diverso per ciascuna persona.

Le riflessioni del gruppo sottolineano il fatto che le possibilità di guarire da questo tipo di disturbi sono maggiori se la persona viene trattata precocemente e da un'equipe multidisciplinare che possa valutare e trattare gli ambiti psicologici, psichiatrici e nutrizionali. I dca sono quasi sempre solo la manifestazione di problemi ben più complessi e spesso le persone che guariscono devono poi continuare a convivere ed affrontare i disagi che hanno portato al manifestarsi di tale patologia. È per questo che molto spesso è difficile parlare di una guarigione completa. A volte basta poco perché questi individui, sensibili e fragili al tempo stesso, ricadano nella malattia, e solo se forniti degli strumenti necessari riescono a risollevarsi. Sotto questo punto di vista, una persona può considerarsi "guarita" quando riconosce di avere un disagio (ossia quando c'è consapevolezza), riconosce di avere dei limiti e riesce ad affrontare le ricadute, i fallimenti e le sconfitte; ha gli strumenti, in autonomia, per padroneggiare, dirigere la malattia e non esserne prigioniera. Infine, si può parlare di guarigione quando la persona riesce ad avere una vita sociale pienamente vissuta (amici, lavoro, hobby...) ed è in grado di affrancarsi dalla famiglia, di tagliare definitivamente il cordone ombelicale. Famiglia che, fino a quel momento, deve essere stata risorsa, supporto, deve amare e far sentire amata la figlia e credere sempre nella possibilità di cambiare, di guarire.

IL DCA: QUANDO SI PUÒ PARLARE DI GUARIGIONE?

- Dott.ssa Giorgia Bommarco-

Quando si è in presenza di un disturbo alimentare è fondamentale attivarsi tempestivamente affidandosi ad un'equipe multidisciplinare e specializzata la quale attiverà un progetto terapeutico riabilitativo stabilendo gli obiettivi specifici per quella persona. Al termine di detto percorso si può parlare di guarigione quando la persona raggiunge un benessere complessivo in cui riesce a gestire in modo funzionale le difficoltà che via via incontra impedendo al Disturbo Alimentare di invadere ed inquinare le diverse aree di vita (lavoro, studio, amicizie, passioni ...) investendo nel proprio benessere individuale, diverso per ciascuna persona. Importante in questo senso non avere una visione tutto o nulla con aspettative magiche di completa guarigione da una parte o completa assenza di quest'ultima dall'altra, ma adottare una visione realistica con la consapevolezza che, in alcune situazioni, il disturbo alimentare potrebbe rimanere il tallone d'Achille della persona.

Questo significa che, in determinati momenti di stress/tensione emotiva, ci potrebbe essere una scivolata ma con la possibilità che non si trasformi in una ricaduta. Quando si parla di scivolata si intende un momento di crisi (un singolo episodio di abbuffata/restrizione) mentre si parla di ricaduta quando la crisi è prolungata e riporta l'individuo al punto di partenza. Per assicurarsi che i progressi ottenuti durante il proprio percorso vengano mantenuti anche dopo la fine della terapia, risulta fondamentale minimizzare il rischio di ricaduta a lungo termine gestendo eventuali scivolate. Questo significa avere la consapevolezza che per ogni scivolata è possibile adottare azioni correttive per ritornare in carreggiata in tempi brevi senza catastrofizzare ed etichettare il singolo episodio come una ricaduta, cosa che porterebbe a stati emotivi negativi, frustrazione con conseguente maggior passivizzazione e abbandono dei tentativi atti a migliorare la propria situazione. Funzionale, invece, imparare dalle scivolate reagendo in modo costruttivo, senza ignorarle, ma affrontandole riprendendo gli strumenti appresi durante il percorso e affidandosi ai curanti.

Per gestire il disturbo dell'alimentazione bisogna quindi lavorare sui risultati ottenuti, ovvero:

- Avere delle aspettative realistiche;
- Distinguere le scivolate dalle ricadute;
- Sapere come affrontare i periodi di crisi;
 - Ridurre la vulnerabilità.

Per prevenire le ricadute, invece, è utile:

- Evitare reazioni catastrofiche durante la scivolata;
 - Non negare la scivolata ma affrontarla;
 - Accettare di non essere perfetti;
- Imparare a reagire in modo costruttivo cercando risposte più efficaci di fronte alle difficoltà;
 - Sapere che la scivolata è un segnale da non sottovalutare;
 - Riprendere gli strumenti appresi durante il percorso;
- Essere consapevoli del fatto che la scivolata non è una delusione rispetto alle aspettative degli altri.

Situazioni che possono accrescere il rischio di ricadute:

- Cambiamenti di vita o difficoltà;
 - Perdita o recupero del peso;
 - Gravidanza;
- Abbassamento del tono dell'umore.

Segni di allarme precoce del rischio scivolata:

- Cambiamenti nell'alimentazione/peso;
- Ricominciare a leggere certi articoli o frequentare determinati siti web;
 - Aumentare i comportamenti di check o evitamento del corpo;
 - Riprendere o aumentare i confronti;
 - Pesarsi più volte o aumentare l'attività fisica;
 - Aumento insoddisfazione corporea;
- Presenza di impulso al vomito o abbuffata o uso di lassativi.

Come far fronte ai fattori scatenanti:

- Non definire una difficoltà come ricaduta;
 - Identificare il fattore scatenante;
 - Stroncare la scivolata sul nascere;
 - Chiedere aiuto.

Aiutano l'esito favorevole:

- L'intervento tempestivo tra l'esordio dei sintomi e la presa in carico;
 - La motivazione al cambiamento;
 - L'assenza di complicanze mediche;
- La presenza di supporto da parte del contesto.

COME SOSTENERE L'ASSOCIAZIONE

E' POSSIBILE:

EFFETTUARE UNA DONAZIONE
AL NOSTRO CONTOCORRENTE

Banca Popolare Friuladria

Agenzia di Portogruaro

c/c n. 301294/20

ABI 05336 CAB 36240 CIN X

IBAN IT49X0533636240000030129420

Codice fiscale Associazione Fenice

92028740279

Sede: Via Giacosa 2, 30026 Portogruaro (VE)

DONARE IL 5X1000

scrivendo il Codice Fiscale dell'Associazione

92028740279



Genice

