

Ergoterapia in pediatria

Disturbi del comportamento alimentare

Anoressia nervosa

Presentazione ai pediatri, 4 marzo 2010
Juliana Betschart, Maria Scapolo



Definizione Anoressia nervosa



- Il peso ≤ 15 % del BMI normale $< 17,5$
- Paura di ingrassare e di diventare obeso
- Disturbo dell'immagine corporea
- Rifiuto di giungere o mantenere un peso minimo normale
- Amenorrea, assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.
- Distorsione del comportamento alimentare
- Iperattività
- 2 tipi di AN con prognosi e presa a carico molto diversa:
 - Forma restrittiva
 - Forma con crisi bulimiche /condotte di eliminazione



(DSM-IV)

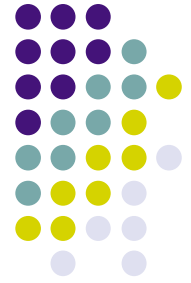
Tabella comparativa delle forme di anoressia restrittiva e bulimica



Segni	Anoressia restrittiva	Anoressia bulimica
Viso e arti inferiori edematosi	Poco o niente	Si
Ipokaliemia	Poco o niente	si
Sentimento prevalente	Grande potenza	Vergogna e disgusto
Stato depressivo	Latente	Spesso presente
Sessualità	Assente	Normale, perturbata o assente
Iperattività fisica	Frequente	Più rara
Restrizione alimentare	Importante	Più variabile
Pasti effettivi	Rari	Variabili
Evoluzione	Perdita di peso	Verso una ripresa del peso, bulimia
Complicazioni	Quelli di denutrizione	Ipokaliemia e suicidio (raro)
Prognosi	Migliore	Meno buona
Decessi	Rari 1% (se trattata la denutrizione)	Meno rari: da 2 a 4%

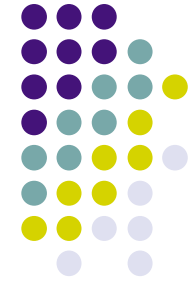
(Rigaud, 2006)

Disturbi alimentari non altrimenti specificati (NAS)



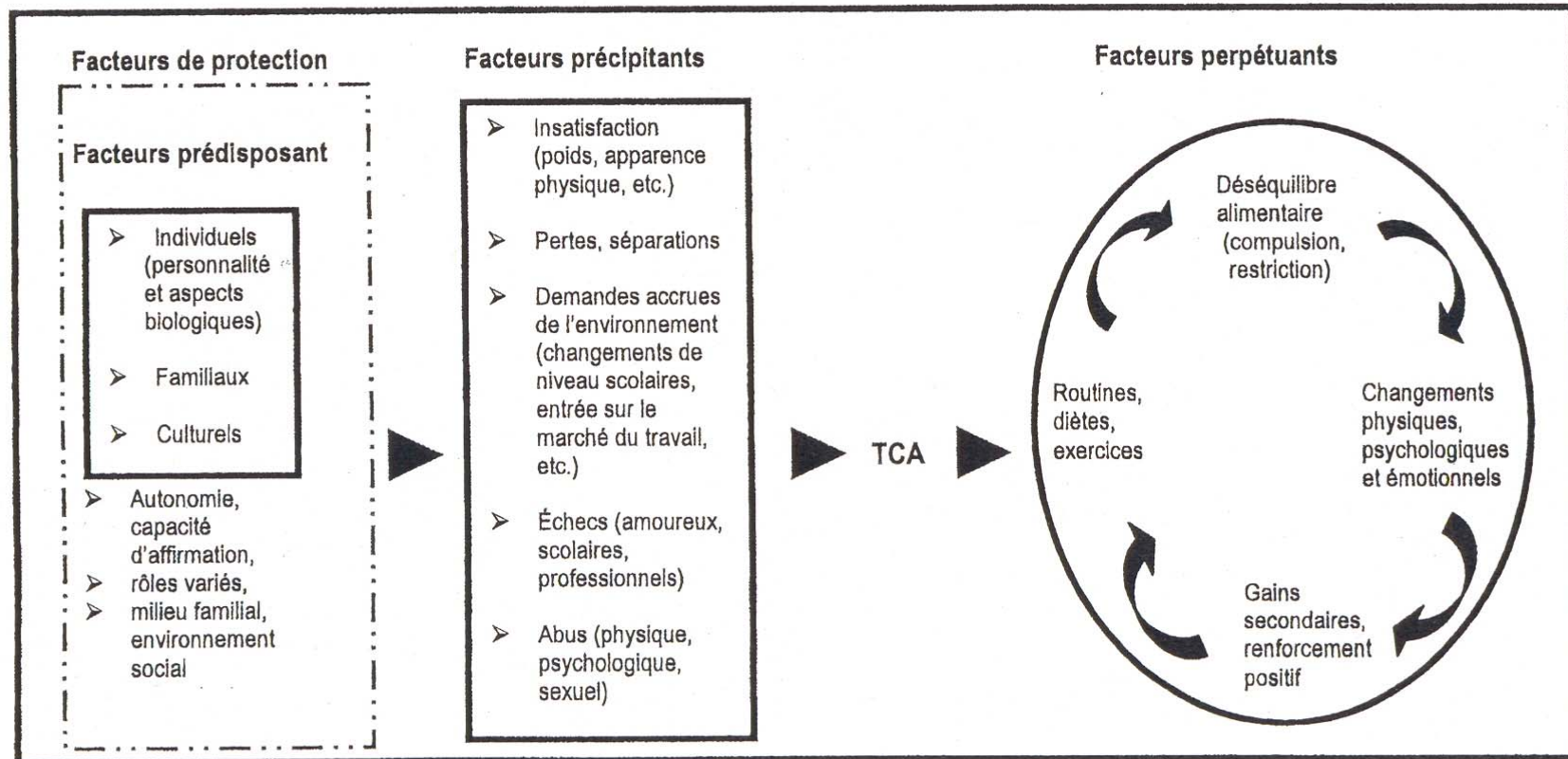
- Disturbi clinicamente significativi e che comportano un notevole disagio per le persone, ma che non soddisfano i criteri per una diagnosi "piena" di anoressia nervosa o di bulimia nervosa.
- Nell'AN vengono soddisfatti tutti i criteri tranne che:
 - la paziente ha il ciclo mestruale
 - il peso della persona, nonostante un calo di peso notevole, rientra nella normalità

Epidemiologia



- Prevalenza : 0.3 % (Bulik et al, 2005) a 2% (Favaro et al, 2003) delle ragazze/donne tra 12 e 25 anni
- Ca. 0.1% dei ragazzi
- In CH : 7/1000 adolescenti dai 14 ai 17 anni; 9/10 sono ragazze (Steinhausen, 1997)
- Possibile anche prima della pubertà
- Le ragazze anoressiche con crisi di bulimia e vomito rappresentano una minoranza di soggetti (26%) ma presentano più complicazioni e più rischi di mortalità (Becker et al, 1999; Nielsen, 2001)

Sintomatologia



(Pépin, 2004)

Sintomatologia

„Campanelli d'allarme“



Al livello del **corpo**:

- Ragazza con BMI basso
- Amenorrea o irregolarità delle mestruazioni
- Perdita di massa muscolare, debolezza
- Apatia, rallentamento motorio
- Disturbi gastro-intestinali, segni di fame
- Ragazze consultando con una preoccupazione per il peso (non in sovrappeso)
- Ragazze con diabete di tipo 1
- Ipotermia, bradicardia
- Problemi di pelle (pelle secca, pallidità)
- Perdita di capelli / lanugo



Sintomatologia

„Campanelli d'allarme“



Al livello **individuale**:

- Ragazza perfezionista, molto esigente con se stessa, estremo bisogno di controllo
- Poca fiducia nelle proprie capacità, difficoltà ad affermarsi
- Mancanza di assertività, grande difficoltà ad esprimere i suoi sentimenti, non respinge l'autorità
- Ossessione per l'ordine, la pulizia, la simmetria, come sulla determinata preparazione e disposizione del cibo
- Desiderio di piacere senza disturbare, dipendente dei giudizi degli altri
- Difficoltà ad individualizzarsi, a distinguersi dalla famiglia

Sintomatologia

„Campanelli d'allarme“



Al livello **sociale, familiare e psicologico**:

- Fattori socio-culturali: un contesto sociale che favorisce la magrezza, l'eccessivo bisogno di controllo e autocontrollo, l'elevata competitività, attività fisica intensa, difficoltà di comunicazione interpersonale e nell'espressione delle proprie emozioni
- Fattori familiari genetici e „non genetici“
- Paura della crescita, pubertà precoce, personalità, ansia, traumi/lutti vissuti

(Lask e Bryant-Waugh, 2000)



Sintomatologia

„Campanelli d'allarme“

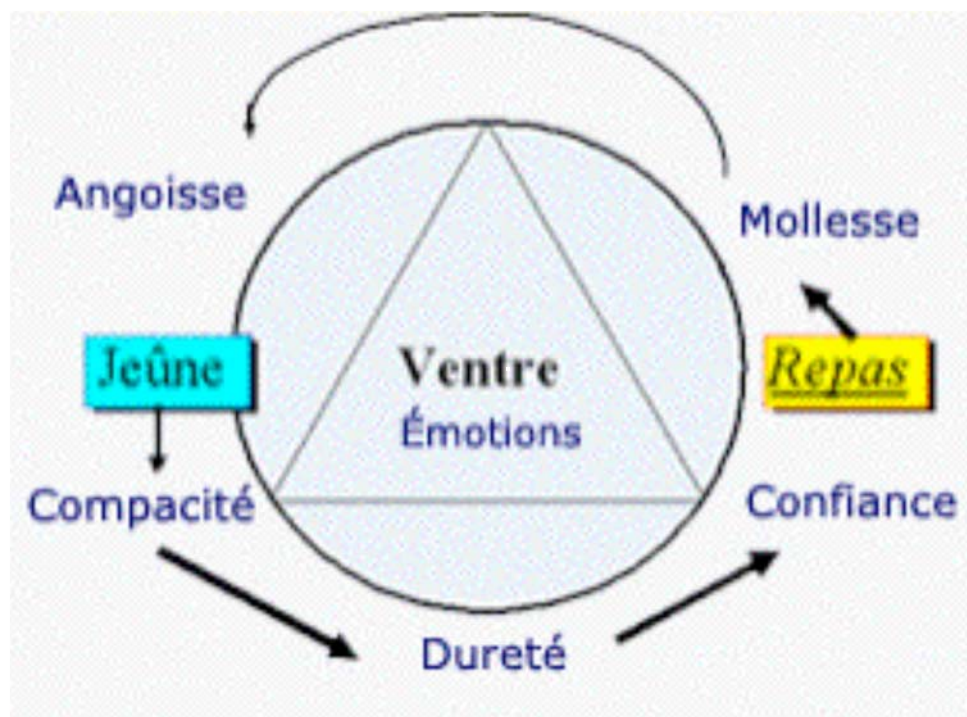


Al livello del **comportamento**:

- Alimentazione restrittiva, fa dieta
- Evita i pasti in famiglia o con gli amici
- Importanza sproporzionata del peso e della nutrizione
- Abitudini o riti alimentari non comuni
- Isolazione
- Comportamenti aggressivi verso se stessi e gli altri, irritabilità, depressione
- Aumento delle attività fisiche
- Investimento importante nelle attività in generale

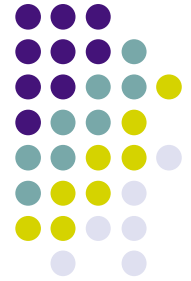


Un cerchio vizioso...



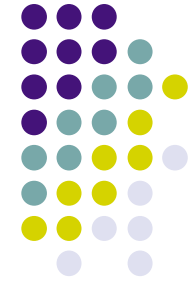
(Rigaud,2006)

Perché cambiare?



- Per la maggior parte delle pazienti con disturbo alimentare non c'è la consapevolezza di avere un problema ma un tentativo di affrontare una situazione di disagio, una sorta di soluzione o di "diversivo" rispetto ai "veri" problemi.
- E allora perché cambiare? Questo è il motivo per cui molte persone affette da DCA (soprattutto nelle fasi iniziali della malattia) non chiedono aiuto o rifiutano addirittura un approccio terapeutico.

Terapia



- **Trattamento multidisciplinare integrato:** che prevede la collaborazione tra diversi professionisti e la condivisione di obiettivi terapeutici

(Golden, 2003; Lask, 2000; Robin, 1998)

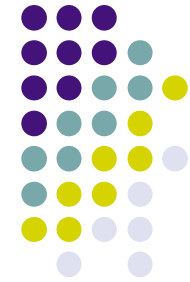
- Costruire un'**alleanza terapeutica**, qualsiasi sia il modello di riferimento terapeutico

(Lask e Bryant-Waugh, 2000)

- La **relazione terapeutica** è fondamentale per condizionare l'esito della malattia e deve considerare non solo il paziente ma anche la famiglia

(Pereira, 2006; Garcia 2002; Halmi, 2005)

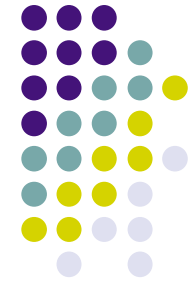
Tappe fondamentali del trattamento



- Diagnosticare e trattare le complicanze
- Aumentare la motivazione e collaborazione al trattamento
- Aumentare il peso corporeo
- Ristabilire un'alimentazione adeguata per quantità, qualità e regolarità
- Correggere cognizioni e atteggiamenti patologici riguardo al cibo e al peso
- Cercare la collaborazione e fornire sostegno ed informazioni ai familiari
- Aumentare l'autostima
- Prevenire le ricadute

(secondo l'American Psychiatric Association, 2000)

Criteri per l'ospedalizzazione



- Grave o rapida perdita del peso
- Complicanze mediche
- Frequenza molto elevata di crisi bulimiche, vomito
- Multimpulsività, comportamenti autoaggressivi
- Elevata conflittualità o scarso sostegno familiare
- Mancata risposta al trattamento ambulatoriale
- Lunga durata di malattia e fallimento precedenti trattamenti

Ergoterapia

Valutazione



- Valutazione della capacità di agire (Bieler Model)
- Difficoltà e risorse
- Osservazioni, colloquio, COPM - Canadian Occupational Performance Measure - (AVQ, produttività e tempo libero)

Ergoterapia

Valutazione (Bieler Model)



Forme di base del comportamento:

Postura / Movimento	Manipolazione / utilizzo degli oggetti	Interazione sociale
<ul style="list-style-type: none">● Posizioni rigide● Movimenti esagerati	<ul style="list-style-type: none">● Poche esperienze● Insicurezza● Perfezionismo● Repulsione verso le attività di grandi dimensioni e il materiale „sporco“	<ul style="list-style-type: none">● Isolazione● Trascuratezza dei contatti sociali● Relazione fusionale con un genitore● Rapporto più difficile con i genitori

Ergoterapia

Valutazione (Bieler Model)



Funzioni di base

Funzioni motorie - sensoriali	Funzioni percettive - cognitive	Funzioni affettive
<ul style="list-style-type: none">● Propriocezione ridotta● Non sente più bisogni del corpo● Ipertono volontario per bruciare calorie	<ul style="list-style-type: none">● Controllo● Importanza della „mente“, pensieri, razionale● Poche strategie per risolvere problemi	<ul style="list-style-type: none">● Stima di se ridotta● Mancanza di percezione dei propri bisogni● Mancanza di espressività● Concentrazione ridotta● Difficoltà di decisioni● Mancanza di interessi● Poca flessibilità● Mancanza di identità

Ergoterapia

Obiettivi



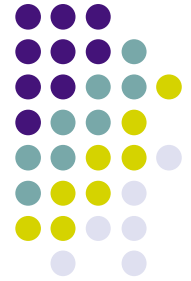
Finalità: ampliare la capacità di agire

- Aumentare le competenze (nuove esperienze manuali, espressive, gestione delle difficoltà)
- Migliorare la percezione del corpo
- Migliorare la percezione di se stesso, identità
- Aumentare la stima di sé
- Migliorare l'espressione delle emozioni / bisogni / desiderio
- Ridurre il bisogno di controllo / perfezionismo / l'iperattività
- Sviluppare le interazioni sociali

(Probst, Van Coppenolle, Vandereycken, 1995; Ikiugu, 2007)

Ergoterapia

Metodi di trattamento



- Lavorare sulle competenze
- Lavorare sull'espressione
- Lavorare sulla percezione del corpo
- Lavorare sull'interazione

_ Attraverso **attività** (libere, strutturate, creative, ludiche)

Metodi di trattamento



Lavorare sulle competenze

Vengono utilizzati lavori manuali o esercizi di attività del tempo libero e vita quotidiana pratica in modo da imparare e allenare le capacità perse

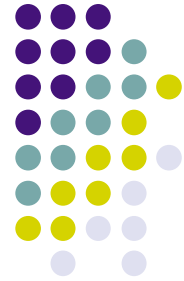
Obiettivi:

- migliorare la manualità
- aumentare la tolleranza alla frustrazione e la capacità di carico fisica e psichica
- sostenere la stima di sé
- migliorare le capacità di risolvere problemi / ostacoli

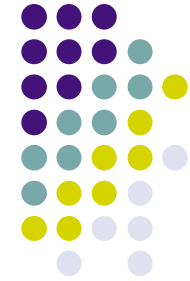
Mezzi

Lavorare sulle competenze

- Trovare un'idea
 - Prendere decisioni (materiale, tecnica, procedere)
 - Come si risolvono i problemi?
 - Quando è finito?
-
- Il processo è importante!
Riflessione e transfert nella vita quotidiana



Metodi di trattamento



Lavorare sull'espressione

Materiali, letteratura, musica e altro vengono utilizzati in maniera creativa per migliorare la percezione di sé, la capacità di espressione, l'identificazione e la comunicazione

Obiettivi

- favorire la capacità di espressione e d'identificazione
- favorire il contatto e capacità di contatto

Mezzi

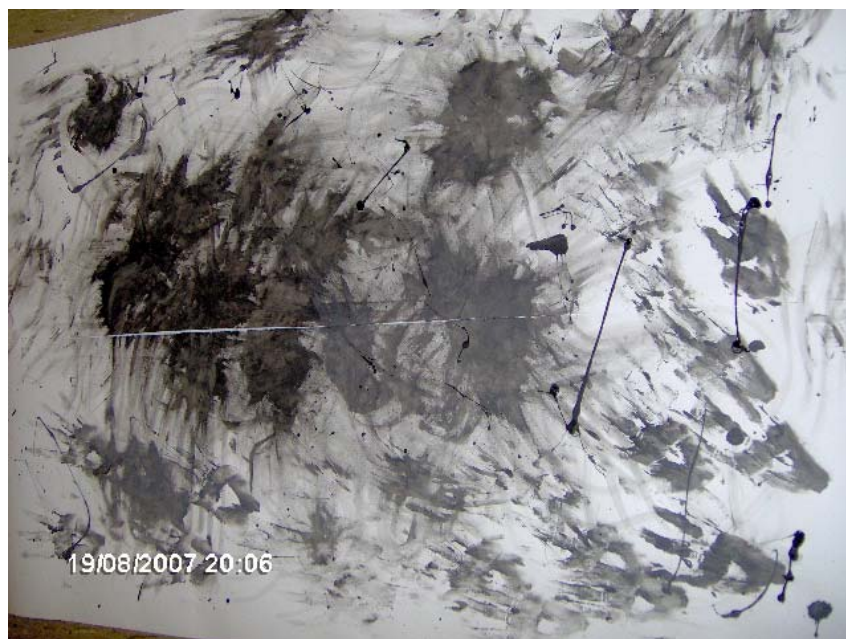


Lavorare sull'espressione delle emozioni

- collage
- pittura
- altre tecniche creative (creta, gesso, colla di pesce...)
- espressione corporale / fotografie
- scrittura

Mezzi

Lavorare sull'espressione



Mezzi





Metodi di trattamento

Lavorare sulla percezione del corpo

Il movimento, la respirazione, i materiali visivi e di propriocezione vengono utilizzati per migliorare la percezione del corpo e le percezioni sensoriali

Obiettivi

- migliorare la percezione del corpo, permettere la percezione del “vuoto interiore” e trovare delle alternative
- ritrovare un agio nel proprio aspetto e corpo

Mezzi

Lavorare sulla percezione del corpo

- movimento / posizioni
- percezione del peso
- percezione delle dimensioni
- lavorare con occhi chiusi
- disegno del corpo
- comunicazione non verbale



Mezzi



Metodi di trattamento



Lavorare sull'interazione

Attività in gruppo, stare e fare insieme e il processo del gruppo sono al centro dell'attenzione

Obiettivi:

- percezione delle proprie emozioni, bisogni e comportamenti
- trovare capacità di agire con altre persone
- adattarsi, imporsi, integrarsi agli altri
- migliorare la tolleranza ai conflitti e critiche
- riuscire a prendere delle decisioni



Altri possibili mezzi...

- Esercizi di gestione di stress
- Tecniche di rilassamento
- Social skills training
- Attività connesse al cibo / pianificazione dei pasti
- Shopping di abbigliamento
- Psicodramma
- Massaggi
- Tai Chi, danza

(Martin, 2005)



Presentono un disturbo del comportamento alimentare cronico e certe moriranno

Analizzare i fattori che permettono di agire a questo livello e favorire la risoluzione precoce prima della cristallizzazione dei sintomi

25% non saranno aiutati da servizi specializzati

25% saranno aiutati da servizi specializzati

50% mantengono i disturbi

50% guariscono senza aiuto specialistico

Dei 100% che presentano i disturbi nell'adolescenza

(Desrosiers, 2003)

Grazie della vostra attenzione!



Bibliografia parziale



- Keel, P., Haedt, A.(2008). Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (1), 39-61
- Lask, B., Bryant-Waugh, R. (2000). Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. Eds: Psychology Press Ltd.
- Martin, J. E. (2005). *Eating disorders, food and occupational therapy*, Paperback
- Pépin, G., Boulard, M., Bergeron, F. (2004). Anorexie et boulimie. Sherbrook: Ed. du CRP.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., Vandereycken, W. (1995). Body experience in anorexia nervosa patients: an overview of therapeutic approaches. *Eating disorders*, 3, 2, 145-157
- Steinhausen, H.-C. et al. (1997). Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *International Journal Eating Disorders*, 22, 147-151.