

## **DISTURBI ALIMENTARI: ANORESSIA E BULIMIA, OBESITA'**

Secondo la teoria cognitivo – comportamentale, alla base di tutti i disturbi alimentari vi è la presenza di *schemi e pensieri disfunzionali* riguardanti se stessi ed il rapporto con il proprio corpo: l'idea, condivisa dalla maggior parte delle persone che ne soffrono, è che il valore personale dipenda dal peso corporeo, che si è validi ed amabili solo se magri.

Tale interpretazione psicologica non trascura la complessità del disturbo alimentare, per la cui insorgenza e mantenimento la teoria cognitivo – comportamentale considera sia predisposizioni genetiche e familiari che condizionamenti sociali che fanno della ricerca della magrezza uno standard di perfezione da raggiungere.

Nell'anoressia, così come nella bulimia, la preoccupazione per il peso, che diventa una profonda paura di ingrassare, conduce alle diete eccessive responsabili sia dell'estrema malnutrizione dell'anoressia che delle abbuffate della bulimia.

Nel caso della bulimia, il corpo reagisce alla dieta restrittiva con meccanismi fisiologici di *conservazione* che tendono a riequilibrare le calorie perse, in tal modo si scatenano le abbuffate, con assunzioni di enormi quantità di controllo; successivamente il paziente cerca di eliminare le calorie introdotte attraverso *tecniche di compensazione*, come il vomito o l'abuso di lassativi, che finiscono con l'indebolire il corpo e danneggiare organi e tessuti.

A differenza di quanto avviene per l'anoressia e la bulimia, non si ritiene che l'obesità sia necessariamente legata a problematiche psicologiche, l'ipotesi più accreditata è, infatti, che, sulla base di una marcata predisposizione genetica e di scorrette abitudini alimentari, la persona obesa sia portata a sperimentare fallimenti nella perdita del peso corporeo con conseguenti difficoltà nelle relazioni interpersonali e nei livelli di autostima.

Questi problemi psicologici secondari mantengono il peso elevato in un circolo vizioso che si autoalimenta.

Alla luce di quanto sopra detto, la terapia dei disturbi alimentari deve essere concepita in termini interdisciplinari ed integrati: poiché in essa si trovano coinvolti aspetti medici, psicologici, familiari e sociali, è essenziale il coinvolgimento in parallelo di differenti figure professionali, psicoterapeuti, nutrizionisti, endocrinologi, psichiatri, ... che collaborano fin dall'inizio per integrare le proprie conoscenze in un progetto terapeutico "unico" nel rispetto della complessità della patologia alimentare e dell'unicità della persona.

Tradizionalmente, Il trattamento dell'anoressia e della bulimia è suddiviso in **3** parti.

Nella *prima fase*, l'aspetto predominante è posto, innanzitutto, sull'analisi delle conseguenze mediche e psicologiche della restrizione alimentare, delle abbuffate e dei successivi metodi

compensativi, per poi puntare sulla ripresa di un'alimentazione *regolare*, monitorando la *frequenza*, la *qualità* e la *quantità* del cibo.

I progressi ottenuti saranno misurati attraverso il regolare controllo del peso, essenziale a questo punto è la figura del nutrizionista o del dietista, e mantenuti attraverso opportune strategie comportamentali utili a prevenire, ad esempio, nella bulimia nevosa, il ricorso alle abbuffate: tra queste, si possono citare il fare la spesa a stomaco pieno, l'eliminare dalla dispensa, o comunque rendere poco accessibili, cibi ipercalorici, ...

Il coinvolgimento della famiglia diventa essenziale per evitare che i progressi ottenuti in terapia vengano compromessi.

La *seconda fase* è dedicata all'analisi degli aspetti cognitivo - comportamentali che contribuiscono al mantenimento del disturbo al fine di modificare i pensieri *disfunzionali* responsabili della bassa autostima e della disregolazione alimentare, sostituendo pensieri più razionali e produttivi, ad esempio al pensiero negativo "*Devo essere magra per piacere*" farà gradualmente posto un pensiero del tipo "*Non posso misurare la mia bellezza sulla magrezza, ho tante altre qualità che mi rendono unica e speciale*".

A questo scopo sarà utile il classico *diario dei pensieri disfunzionali*.

La *terza fase* della terapia è incentrata sulla prevenzione delle ricadute allo scopo di mantenere nel tempo i cambiamenti prodotti durante il trattamento.

E' anche un momento di riflessione fondamentale in merito alla verifica del percorso finora fatto e all'individuazione di ulteriori aree problematiche.

Un discorso a parte merita il trattamento cognitivo-comportamentale dell'obesità, ideato da *Delle Grave*, che si basa su un programma di mantenimento del peso corporeo.

Il modello terapeutico è diviso in **2** fasi: la prima che si occupa della perdita di peso corporeo e l'altra dedicata al *mantenimento*, quest'ultima fase è centrata sull'acquisizione di una mentalità e dei relativi comportamenti necessari per il mantenimento nel tempo del peso corporeo perduto.

Gli obiettivi principali dell'intero programma sono fondamentalmente **3**:

- 1.** Ottenere una perdita di peso corporeo di almeno il 10%
- 2.** Fronteggiare gli ostacoli al mantenimento del peso corporeo ottenuto
- 3.** Mantenere costante nel tempo la perdita di peso conseguita

Tra le tecniche utili a raggiungere tali obiettivi vi sono il monitoraggio dell'alimentazione adottata e dell'attività fisica svolta ed il controllo settimanale del peso corporeo.

Per mantenere nel tempo i risultati raggiunti è fondamentale lavorare sulla *motivazione* al trattamento, che risulta altalenante nel corso della terapia, e sull'*accettazione* del peso raggiunto: infatti, si è visto che, a causa delle critiche ricevute dall'ambiente sociale di appartenenza, il paziente obeso presenta aspettative *non realistiche* sulla perdita di peso, eccessive rispetto alle reali possibilità di dimagrimento.

Il più delle volte con la perdita di peso, inoltre, si intendono raggiungere obiettivi quali il miglioramento delle relazioni interpersonali e dell'autostima, che non sono sempre collegati al dimagrimento o lo sono solo in parte.

In questo caso l'intervento del terapeuta deve essere mirato a far scoprire al paziente che il miglioramento della fiducia in sé e negli altri non dipende unicamente dalla perdita di peso, che può essere utile nei rapporti interpersonali, ma da un'accettazione globale dei propri limiti e dalla valorizzazione delle proprie risorse.

E' stato osservato che si ottiene, in questo modo, una maggiore soddisfazione da parte del paziente nei confronti del peso raggiunto e, di conseguenza, viene favorita una migliore accettazione del suo mantenimento