



# PEGASO

Università Telematica

**“FONDAMENTI DELL’EDUCAZIONE  
TERAPEUTICA DEL PAZIENTE”**

**PROF.SSA NICOLE MIRIAM SCALA**

# **Indice**

<b>1 INTRODUZIONE -----</b>	<b>3</b>
<b>2 LE CAUSE DELL'ABBANDONO DELLA TERAPIA -----</b>	<b>5</b>
<b>3 PROFILI DEL PAZIENTE -----</b>	<b>14</b>
<b>4 TRATTAMENTO -----</b>	<b>18</b>
<b>5 GESTIRE I PENSIERI SABOTANTI -----</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAFIA -----</b>	<b>30</b>

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

## 1 Introduzione

Negli ultimi anni il numero dei casi di disturbi della nutrizione di origine psicosomatica e non, per differenti e numerosi fattori è andato via via aumentando (rapporti ISTISAN, 13/6 <http://www.iss.it/binary/publ/cont/tredici6web.pdf>), con una conseguente richiesta di trattamento a differenti figure professionali o a persone che si ritiene possano essere d'aiuto e che troppo spesso finiscono per complicare la situazione.

Appare evidente, infatti, che molto spesso la ricerca di una soluzione alle diverse problematiche espone ad una richiesta di diagnosi e prognosi, come anche di possibili soluzioni ed indicazioni di carattere terapeutico, quasi a voler condividere con esperti (ed alle volte anche inesperti) del settore non solamente le problematiche ma anche e soprattutto le preoccupazioni.

In tale ottica, per individuare il da farsi e il come farlo, si può anche correre il rischio di affidarsi a sistemi autoindotti, a modelli fai da te costruiti con nozioni apprese su testi rinvenuti in qualche dove o sui social media, così da creare figure di riferimento inesistenti oppure porre se stessi a riferimento dell'ipotesi di soluzione, senza conoscere effettivamente nulla della problematica e, conseguentemente, della possibile soluzione stessa.

Il primo passo da compiere, quindi, in un adeguato percorso di educazione alimentare è promuovere la corretta alimentazione e la possibilità di rivolgersi a professionisti esperti, attraverso percorsi di prevenzione ed educazione rivolti a tutti.

Rivolgersi ad un professionista, infatti, è sicuramente il primo passo verso la consapevolezza del problema ed il primo passo verso la guarigione, ma non sempre è sufficiente, i casi di drop out, ovvero di abbandono della terapia, in dietologia così come nella altre discipline mediche o psicologiche è sempre in agguato.

L'efficacia della terapia così come l'educazione e l'alleanza terapeutica sono il risultato di una alchimia tra il professionista con tutte le sue caratteristiche di personalità, cognitive/comportamentali e professionali e le caratteristiche personali, cognitive/comportamentali e motivazionali del paziente. L'alchimia può non crearsi o essere interrotta da numerosi fattori che vanno ricercate nello stile di personalità del paziente, nella sua motivazione, nel suo momento quindi nell'*hic et nunc*, ma anche nelle caratteristiche, nello stile e nelle modalità di comunicazione del nutrizionista e dello staff che si prende cura del paziente.

Eh si bisogna tenere presente oltre che le caratteristiche del paziente anche quelle dei professionisti, facendo i conti con l'idea di non essere infallibili o perfetti, ma essere umani capaci di grandi imprese ed allo stesso tempo di grandi e piccoli fallimenti.

La riuscita di una terapia dipende dunque da tanti fattori che di seguito andranno analizzati, l'importante è non dimenticare che ciascuna terapia è una nuova avventura, diversa dalle precedenti e dalle successive, ciascuna con le sue peculiarità, difficoltà, punti di forza ed eccellenze. La terapia è un'alchimia la cui riuscita dipende da tutti gli attori coinvolti: personale sanitario, paziente ed eventuale famiglia dello stesso; ciascuno deve svolgere il proprio compito assumendosi le proprie responsabilità, senza tralasciare gli impegni presi ma soprattutto con la giusta motivazione e fiducia in se stessi e negli altri attori della singola terapia stessa.

## 2 Le cause dell'abbandono della terapia

In questo capitolo vengono analizzate nello specifico le motivazioni dell'abbandono della terapia o del drop out causate dal paziente e dal terapeuta.

Cause di abbandono della terapia dovute al paziente:

- Il paziente interrompe il trattamento a causa di motivazioni di carattere cognitivo /comportamentale, che lo inducono ad opporsi alla terapia ed alla consapevolezza dei progressi fatti e da fare insieme.
- Le azioni interruttive vengono poste in essere in misura più o meno consapevole, ma creano sempre e comunque una resistenza pervicace al positivo esito del percorso terapeutico.

Sovente le conseguenze dell'interruzione del trattamento si manifestano con una repentina riassunzione di peso corporeo o della sintomatologia dello specifico disturbo, come anche con una dilatazione, anche significativa, di tempi necessari ad una corretta ripresa dell'azione terapeutica.

Un discorso a parte, poi, deve essere fatto in ordine alle specifiche motivazioni che inducono il paziente ad interrompere la terapia, in un ciclo para-distruttivo che affonda le proprie radici in momenti di difficoltà che possono essere indotti da:

- Scarsa motivazione. La mancanza di motivazione rappresenta uno dei maggiori elementi sabotanti, in relazione alla terapia e in funzione della connotazione “interna” o “esterna” della motivazione stessa. Nel primo caso, infatti, a fronte della consapevolezza da parte del paziente di voler raggiungere e conseguire positivamente un proprio obiettivo, la resistenza dovrebbe essere maggiore, in considerazione del fatto che la motivazione stessa, in quanto presente nel soggetto, risulta meno soggetta a possibili variazioni, maggiormente utilizzabile in funzione di “supporto interiore” e più stabile.

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

In presenza di una motivazione “esterna”, invece, essendo questa legata ad imposizioni da fuori, connesse ad eventi o a persone, più o meno vicine al paziente, si evidenzia una maggiore predisposizione all’abbandono, in considerazione soprattutto del possibile venire meno delle condizioni indotte, degli obblighi motivazionali o della vicinanza della persona e/o della circostanza.

- Irrealtà delle motivazioni. A volte le motivazioni che spingono i pazienti appaiono irrealistiche e del tutto prive di fondamenti oculati e logici, variando dall’inflazionato “voglio perdere 7 kg in 7 giorni” ad un impossibile “voglio riuscire a pesare 50 kg come quando ero bambino”, passando per il “dimagrisco per trovare una fidanzata” e “da magro riuscirò finalmente a trovare il lavoro dei miei sogni”. Ovviamente, in presenza di motivazioni palesemente infondate, come anche incapaci di sostenere qualsiasi sacrificio possibile, il rischio, anzi la certezza, di un fallimento sarà altissimo.

In tali circostanze un operatore del settore che sia sufficientemente esperto, potrà essere in grado di indagare le reali aspettative e le connesse motivazioni del paziente, per poi studiarne e verificarne la fattibilità e la possibile realizzabilità, così da elaborare una efficace road map di obiettivi utilmente raggiungibili, sempre tenendo informato il paziente stesso di tale percorso ed eventualmente consigliandogli un percorso di supporto psicologico parallelo.

- Bassa autostima. Ulteriore elemento di rischio in termini di possibile insuccesso, si configura l’atteggiamento negativo e non propositivo, che passa per la convinzione di non potercela assolutamente fare, trovandosi in presenza di troppi chili da perdere o nell’errata consapevolezza di non essere poi in grado di mantenere il nuovo, corretto peso corporeo faticosamente raggiunto.

In questi casi, infatti, il paziente, per una serie di ragioni contingenti, è stato opportunamente motivato ad intraprendere il percorso, ma non ne assume la consapevolezza propria, sicchè è pervaso dalla sensazione di non riuscire a raggiungere l’obiettivo ovvero di non essere in grado di

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

mantenere i risultati. La motivazione e la spinta che lo hanno portato ad iniziare il cammino e ad intraprendere l'avventura, non appaiono invero sufficienti a farlo credere nella possibilità di ottenere un cambiamento duraturo, dovendosi quotidianamente confrontare con la mancanza di autostima sufficiente a supportarlo nelle decisioni e nelle conseguenti azioni.

- Carenza nelle abilità di coping. Molto spesso il paziente non è in grado di fare fronte efficacemente a possibili situazioni di rischio, non avendo la capacità di adottare strategie appropriate alla gestione di situazioni potenzialmente rischiose, anche in misura significativa, al presentarsi di tensioni personali, stati emotivi particolarmente negativi o sovra eccitanti, momenti sociali di segnato impatto. Solamente la presenza di un corretto grado di resilienza e un sufficiente autocontrollo possono contribuire positivamente a predisporsi per affrontare ed evitare la possibile ricaduta, che potrà essere scongiurata unicamente facendo ricorso alla propria autoefficacia, costantemente guidata ed indirizzata dal terapeuta.
- Uno stile di vita disorganizzato. Può costituire un pesante intralcio all'efficacia della terapia, laddove il paziente abbia assunto o continui ad assumere le proprie decisioni in funzione della prevalenza del criterio del “dovere” su quello del “potere”, sicchè la demotivazione aumenta significativamente ed aumentano esponenzialmente le possibilità di andare incontro ad un bisogno di gratificazione immediata per bilanciare siffatto squilibrio.
- Presenza di psicopatologie associate. Spesso il paziente risulta incapace ovvero impossibilitato a sostenere il programma condiviso trovandosi in presenza di una comorbilità con disturbi del comportamento alimentare come il binge, disturbi dell'umore, ansia, forme psicotiche non in trattamento ed altre patologie che finiscono con l'interferire con la cura e provocare il drop out. In tal caso è necessaria una diagnosi differenziale associata ad una eventuale diagnosi psicologica o psichiatrica, un intervento d'équipe, che consenta di lavorare anche sulle altre patologie e trovando il giusto equilibrio in grado di contemperare le differenti esigenze.

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

- Pensieri sabotanti. I pensieri sabotanti, ovvero tutti quei pensieri che accompagnano l'interruzione della dieta e della terapia alimentare, meritano una attenzione a parte, perché possono essere causa sia di un ritorno ad una alimentazione scorretta, sia dell'interruzione della terapia alimentare.

#### Pensieri sabotanti

L'alimentazione e la nutrizione sono accompagnate e precedute da pensieri.

Nutrirsi o alimentarsi non sono comportamenti involontari, bensì comportamenti volontari al quale si possono attribuire una serie di significati e di piaceri, che vengono provati, assaporati e pensati.

I pensieri sabotanti sono tutti quei pensieri che accompagnano l'incontro con un cibo che non dovrebbe essere ingerito e che invece, al contrario, viene mangiato consapevolmente.

Ad esempio, pensiamo ad un paziente che rientra a casa dopo il lavoro o la scuola e vede una barretta di cioccolata, una caramella, o un qualsiasi cibo dall'aspetto invitante e gustoso, e pensa di poterlo mangiare: “perché è solo un po’ di cioccolata, una sola caramella, perché è stata una giornata faticosa e lo merito, solo un pò non mi farà niente” e così pensando mangia il cioccolato o un altro cibo. Ecco il primo fuori pasto. Molto spesso dopo il primo cibo fuori dalla dieta si mangia anche il secondo e il terzo poiché “ormai oggi è andata, inizierò domani la dieta. Da domani andrà meglio”.

Questi sono esempi di pensieri sabotanti, che portano gli individui a mangiare in eccesso, impedendo loro di seguire una dieta ed una corretta alimentazione.

Il pensiero sabotante come continuo elemento di disturbo di una strada impegnativa e di per sé costellata da insidie e trabocchetti. Una condizione di costante pericolo, se non si conoscono strategie efficaci per gestirla, in funzione della progressiva ricerca di evitare la fatica e le difficoltà,

in un reiterato ritorno di immagini e proiezioni dei momenti precedenti alla dieta e delle funzioni abituali che, con significativa difficoltà, si sta tentando di superare.

Il pensiero sabotante, costante e comune, tende ad eludere, ad evadere, a rimandare. Il sabotaggio è una conseguenza della mancanza di consapevolezza e soprattutto di strategia, una sorta di alibi atteso e risolutivo che consente di rimandare, di rinviare, di modificare, di non concretizzare.

La ricerca ulteriore di un momento che possa e sappia allontanare la decisione e l'azione, perché non si è pronti, perché, forse, manca la consapevolezza, la voglia e la giusta motivazione di mettersi a dieta.

Semplicemente l'alibi perfetto dietro cui nascondersi. Il sabotaggio come elemento fondante dell'incapacità di assumere decisioni. Dell'incapacità di cambiare e di migliorarsi.

Un pensiero che nasce nella mente. Un pensiero che va necessariamente gestito efficacemente attraverso strategie di educazione alimentare.

I pensieri sabotanti. Alcuni esempi.

- Il primo tipo di pensiero sabotante è concedersi una autorizzazione a mangiare, razionalizzando ciò che si mangia, ad esempio: “so che mi fa ingrassare e mangiando questo cibo appetitoso non rispetto la dieta, ma non fa niente... cosa può mai farmi...?!”; Per proseguire dandosi giustificazioni del tipo: “oggi è stata una giornata pesante....” oppure “buttarlo è uno spreco...”, ..... e tanti altri pensieri di questo tipo, che aiutano il paziente solamente a mangiare di più!

- Il secondo pensiero riduce la fiducia in se stessi e nella possibilità di seguire una dieta. Questo tipo di pensiero si genera per lo più dopo una trasgressione, in seguito alla quale il paziente si sente in colpa, incapace di seguire una corretta alimentazione e di raggiungere un obiettivo

prefissato. Si sente debole, senza forza, senza volontà! Questo pensiero è forse il più rischioso, perché incoraggia ad arrendersi ed a mangiare sempre di più.

• I pensieri sabotanti aumentano il livello di stress relativo all'alimentazione. Darsi obiettivi irraggiungibili o pensare di dover cambiare vita piuttosto che abitudine e comportamento alimentare, genera uno stato di malessere e stress che contribuisce ad aumentare il consumo di cibo. “Stare a dieta è faticoso, non ce la farò mai...” a me piace mangiare sono fatta così non cambierò mai... vuol dire che rimarrò grassa...” oppure “non ce la faccio a seguire una dieta, non è per me ... l'uomo grasso è bello! La dieta è cosa da donna...”. Si genera in questo modo un circolo vizioso: i continui tentativi di seguire una dieta senza strategia o con obiettivi irraggiungibili creano o aumentano lo stress quotidiano. L'aumento dello stress per alcune persone corrisponde ad un aumento della quantità di cibo da assumere come strumento di gestione dello stress, questa volta causato dalla stesso stress per seguire una dieta!

• Ulteriore pensiero sabotante è quello che riguarda l'interruzione della dieta, “mica posso stare sempre a dieta... posso stare a dieta anche senza nutrizionista e senza psicologo... posso gestire la mia dieta autonomamente”. Seguire una corretta alimentazione senza l'aiuto di un professionista è sicuramente possibile ma non per tutte le persone. Ci sono pazienti che necessitano di uno o più professionisti in grado di insegnare loro non solo i principi della corretta alimentazione ma anche e soprattutto come seguirla e gestirla per tutta la vita.

• “Smetto quando voglio”. Il pensiero dominante consiste nell'idea di essere padroni della capacità di mangiare e di smettere di mangiare a proprio piacimento. In sostanza, presa consapevolezza che mangiare costituisce un gesto volontario, il paziente ritiene di essere pienamente padrone della gestione di tale attività, sostituendo una proiezione psicologica di padronanza soggettiva all'incapacità oggettiva di determinarsi efficacemente. In altre parole, l'incapacità di gestire le richieste del corpo in termini di stimolo di fame viene sopraffatta

dall’erronea convinzione di poterne decidere liberamente, quando interrompere una alimentazione scorretta.

#### Le cause dei pensieri sabotanti

I pensieri sabotanti possono essere incoraggiati da una serie di stimoli sia esterni che interni, che generano il pensiero e l’impulso a mangiare.

Gli stimoli posso essere di diversa natura.

- Stimoli ambientali: vedere cibi, entrare in un bar o in un negozio di alimentari, vedere la pubblicità in televisione, sul personal computer o su un cartellone pubblicitario di cibi particolarmente invitanti. Familiari, amici e colleghi che mangiano e offrono cibo fuori orario o più calorico e in quantità maggiori rispetto al proprio fabbisogno.

- Stimoli interni: la voglia di cibo, la voglia del piacere di un particolare alimento, il ricordo di un cibo, la programmazione di un pasto o di una uscita culinaria, che generano il ricordo del piacere del cibo e l’irrefrenabile voglia di mangiare al momento, senza aspettare il giusto orario per consumare il pasto.

- Stimoli emotivi: il cibo è utilizzato altresì per gestire le emozioni, positive o negative. Si mangia e si brinda per festeggiare. Si mangia e si beve per dimenticare, per tentare di gestire una difficoltà, un dolore, un vuoto affettivo. Talvolta si mangia anche per dimenticare un trauma, che non può essere dimenticato e che non verrà dimenticato solo con il cibo.

- Stimoli sociali: eventi conviviali che non si riesce a gestire in maniera adeguata da un punto di vista alimentare, in cui si vorrebbe mangiare tutto, invece bisognerebbe rispettare il proprio fabbisogno calorico. Come anche l’invito a mangiare fuori pasto, ad assaggiare un alimento, a bere un drink iper-calorico senza regole.

Le motivazioni dell’abbandono della terapia dovute al nutrizionista:

Spesso l'abbandono terapeutico può trovare le proprie cause in alcuni atteggiamenti consapevolmente o inconsapevolmente posti in essere dal professionista e dal suo approcciarsi con il paziente, all'interno di un percorso comune e terapeutico che, se non ottimamente inquadrato e condotto, finisce con il rischiare di non condurre agli esiti positivi auspicati.

E' chiaro, infatti, che ci si può trovare di fronte a diversi approcci, dall'una e dall'altra parte, come anche a diverse capacità di gestire i singoli momenti della terapia, sicchè non appare remota la possibilità che la relazione che si instaura possa essere insoddisfacente, soprattutto a fronte di un approccio che richieda risposte che invece non vengono fornite oppure ad un atteggiamento che possa essere mal compreso o interpretato.

Basti pensare, ad esempio, alla efficacia o inefficacia, a seconda dei casi e delle circostanze, di un approccio richiedente, come anche di uno prescrittivo, tipici dell'approccio "terapeutico puro", laddove il paziente si dove porre in una condizione di accettazione passiva della propria condizione di presunta debolezza, finendo con l'accettare pedissequamente e passivamente ogni condotta relazionale, sottponendosi acriticamente a tutte le prescrizioni indicate e indotte.

Diversamente, risultati più efficaci e maggiormente duraturi, parrebbero emergere dalla corretta comprensione del concetto di "terapia o relazione di aiuto", laddove l'interazione tra il paziente e il terapeuta, genera una adeguata alleanza terapeutica che riesce a produrre risultati fruttuosi, in un sistema virtuoso, o alchimia, di cui sopra, che consente il maggiore e migliore coinvolgimento di entrambi i soggetti interessati, con l'apprendimento reciproco di nuove capacità gestionali, dello stile emotivo, dell'attività e delle capacità relazionali con l'altro da se, anche momentanea o indotta.

Maggiore relazione, maggiore funzionalità del comportamento, attraverso una compiuta organizzazione dei ruoli e del lavoro, in grado di condurre ad una migliore qualità della terapia e della vita stessa.

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

In pratica ci si trova dinanzi a due differenti approcci, caratterizzati rispettivamente da un assioma che vede il terapeuta imporre una soluzione ad un problema oggettivo e ben conosciuto o individuato e da uno che lo vede partecipare, quasi a livello egualitario, alla ricerca di una soluzione condivisa da parte di un paziente che ha richiesto e cercato il suo aiuto (relazione di aiuto).

Quale possa essere la soluzione migliore, a prescindere dai diversi orientamenti della letteratura e dai successi di questo o quel momento, è questione discussa e dibattuta, fermo restando che le relazioni tra due persone, e quindi anche tra paziente e terapeuta, risultano sempre e comunque fortemente influenzate dai singoli, diversi ed imprevedibili comportamenti di attaccamento, come riconducibili al bagaglio proprio formatosi già durante l'infanzia.

### 3 Profili del paziente

Per meglio comprendere quale approccio dedicare a coloro che ci troviamo di fronte, occorre comprendere che una persona va inquadrata preliminarmente in una sorta di approccio globale, complessivo, in grado di mettere a fattor comune il modo di presentarsi, di vestirsi, di approssiarsi, di parlare. E' necessaria una immediata, preliminare, analisi contestualizzata dei contenuti del discorso, anche finalizzata a meglio comprendere le idee, i bisogni espressi e non, magari riuscendo ad interrogarsi utilmente sul bagaglio culturale e sullo stile relazionale del soggetto, per riuscire ad adottare uno stile coerente con le caratteristiche ed esigenze inconsce del paziente.

Relativamente agli stili relazionali, peraltro, numerosi studi individuano diversi approcci, che affondano le proprie radici nelle teorie della "Attaccamento di Bowlby" (1969) Ainsworth M, (1979), riconducibili allo schema sotto riportato:

- Sicuro – Il paziente si sente a posto e a suo agio con il terapeuta, che vede capace di metterlo a sua volta a proprio agio e nel quale trova la giusta sicurezza. Ci si trova di fronte ad una reciproca e positiva fiducia.

Il paziente appare pienamente consapevole delle proprie scelte e del percorso da intraprendere, sicchè si configura come soggetto ideale con cui lavorare, spinto dalla fiducia in se stesso e negli altri, in grado pienamente di affidarsi al giusto terapeuta.

Generalmente è dotato di una buona autostima e percepisce correttamente il proprio problema, essendo peraltro in grado di controllare opportunamente le proprie emozioni. In molti casi possiede una solida storia personale, con una famiglia alle spalle in grado di supportarlo e di condividerne ideali e prospettive di vita, alla quale risulta ben attaccato, anche poiché in possesso di un carattere positivo.

Costituisce il perfetto, e raro, esempio di paziente con cui far crescere l'alchimia e l'alleanza terapeutica, attraverso un costante e costruttivo dialogo, più aperto e completo possibile.

- Evitante/Resistente – Il paziente si sente sicuro e pronto ad affrontare un cammino terapeutico ma non ritiene il professionista alla sua altezza. Ci si trova dinanzi ad una sfiducia nei confronti del terapeuta e della terapia stessa.

Il paziente evitante di norma ripone più fiducia in sé stesso che nel terapeuta, così da risultare aggressivo nel considerarsi migliore di chiunque e da non ascoltare nessuno, non prestando attenzione a quello che gli viene detto. Tale comportamento, però, è dovuto al fatto che risulta così spaventato per la propria patologia e per le possibili conseguenze da non riuscire a sostenere il grado di tensione e a gestire le sue paure.

Tale condizione causa il continuo, esasperato eludimento delle prescrizioni che non vengono seguite, così da vanificarne l'efficacia terapeutica.

Il migliore approccio da tenere in presenza di tali soggetti consiste in un continuo lavoro di riduzione dell'ansia, così da poterli mettere a proprio agio e instaurare con loro un rapporto in grado di aiutarli a riflettere sui motivi e sulle cause che hanno determinato l'ansia eccessiva che li caratterizza.

Il paziente resistente, invece, generalmente sembra avere perso la fiducia in se stesso e negli altri, esasperando l'interlocutore con mille domande, tutte inconcludenti e soffermandosi sui più inutili particolari, anche al fine di indispettire colui che si trova di fronte. Caratterizzato da tratti di personalità molto rigida, si dimostra particolarmente svalutante, ossessivo, pervaso dalla necessità di non perdere mai il controllo e di esercitarlo anche sugli altri. Il migliore approccio terapeutico appare quello di un dialogo paziente e capace di spostare l'attenzione sulle cose davvero importanti e di focalizzare gli obiettivi da raggiungere, evitando, però, ogni nota di autoritarismo, che produce, normalmente, la rottura del dialogo con il paziente resistente.

- Dipendente – Il paziente si pone in una situazione di sottomissione nei confronti del professionista, del quale non si ritiene all'altezza, così da palesare da subito una propria inadeguatezza che inficia il corretto approccio terapeutico. Ci si trova dinanzi ad una condizione di fiducia indotta o imposta correlata ad un senso profondo di inadeguatezza.

L'interlocutore si fida più degli altri che di se stesso, in conseguenza della propria bassa autostima e del continuo bisogno di essere sostenuto e sorretto in ogni propria azione e decisione. Soprattutto in termini di decisioni ci si trova dinanzi ad una continua delega in bianco nei confronti del terapeuta, sul quale si scarica ogni responsabilità attraverso l'affermazione: “decida lei per me...quello che decide è ben fatto...”.

L'approccio da tenere si caratterizza in un corretto dialogo, nel corso del quale spiegare compiutamente la diagnosi, il piano terapeutico e l'obiettivo comune da raggiungere, così da coinvolgere appieno il soggetto e condurlo alla consapevolezza della necessità ed opportunità di assumere ogni decisione in prima persona, riacquistando la piena fiducia nelle proprie possibilità.

- Disorganizzato – Il paziente non nutre fiducia né in sé stesso né nel terapeuta e si approccia al percorso comune con criterio disorganizzato e privo di motivazione e di scopo. Ci si trova dinanzi alla completa mancanza di fiducia in ogni cosa e in ogni persona, congiunta alla consapevolezza di non volersi correttamente approcciare alla terapia.

E' un paziente ansioso che non riesce a fidarsi di nessuno e che durante il colloquio con il terapeuta non è in grado di capire ciò che gli viene illustrato e sottoposto perché soggetto ad un livello di ansia incontrollabile e con emozioni, generalmente a carattere negativo, che ne sovrastano la ragione, sicchè sovente interrompe ogni illustrazione e, incapace di dialogare seguendo un filo logico, salta da un argomento all'altro.

Il metodo di lavoro consigliato presuppone un'azione indirizzata alla riduzione dell'ansia così da consentire al soggetto di stare a proprio agio, aiutandolo a riflettere sui motivi alla base del suo stato di particolare agitazione.

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

## 4 Trattamento

In questo capitolo verranno illustrate possibili modalità di approccio con pazienti con difficoltà del comportamento alimentare o obesità.

È fondamentale che il trattamento inizi bene, con fiducia e motivazione. Molti studi hanno dimostrato che una buona fase iniziale sia un buon predittore per un cambiamento efficace e duraturo, sia del risultato che del trattamento stesso.

Nella prime fasi è necessario dare al paziente lo slancio iniziale per poter continuare il trattamento in maniera costante e duratura. Le modifiche apportate in questa prima fase del costituiscono le fondamenta su cui si baserà tutto il percorso.

Imparare a dimagrire e a mangiare sano è fondamentale per raggiungere il proprio benessere psicofisico e migliorare la propria autostima ed autoefficacia percepita.

È, però, importante adottare un metodo corretto di educazione alimentare. Un percorso efficace e duraturo che richiede impegno ed esercizio quotidiano almeno nella fase di apprendimento, per poi diventare una piacevole abitudine. Metodo che, comunque, non può fare a meno della motivazione, della consapevolezza dello scopo prefissato e di strategie predefinite, senza sottovalutare la motivazione interna e lo status nel *hic et nunc* del paziente.

Durante il trattamento è importante raggiungere questi obiettivi o step:

1. Preparare e coinvolgere il paziente nel trattamento e nel cambiamento;
2. Riconoscere le proprie motivazione e difficoltà oltre che dei benefici della corretta alimentazione;
3. studiare e creare insieme al paziente un percorso personalizzato, con la possibilità di scelta di 2 diete bilanciate;
4. fornirgli tutte le informazioni necessarie sulla sua problematica e sul trattamento;

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

5. programmare il percorso:

- programmare incontri settimanali con il nutrizionista e se necessario (come nei casi di disturbi del comportamento alimentare) con lo psicologo; programmare una pesata a settimana presso lo studio del nutrizionista;

- Programmare i tempi, i pasti e le uscite settimanalmente;

- Programmare l'attività fisica;

6. Iniziare a familiarizzare con il percorso.

7. Apprendere le strategie per riconoscere e gestire i pensieri sabotanti (questo punto verrà trattato nel capitolo successivo);

8. Stabilire un automonitoraggio in tempo reale.

9. Coinvolgere gli altri significativi.

1. Preparare e coinvolgere il paziente nel trattamento e nel cambiamento

Il primo step prevede una adeguata diagnosi e comprensione del problema realizzata e condivisa con il paziente. Il quale deve non solo conoscere le caratteristiche del suo disturbo, la prognosi e la terapia, ma deve poter sapere che può contare su un professionista che ha compreso il suo problema.

Condividere la diagnosi e la capacità di comprendere ed affrontare il problema è un passo importante per iniziare e proseguire un percorso efficace. Il paziente deve potersi sentire accolto nella sua unicità di essere umano e nel sua problematica, da parte di un professionista in grado di supportarlo e “curarlo”.

Bisogna inoltre curare supportare ed incoraggiare la motivazione del paziente, attraverso la condivisione della stessa e degli obiettivi terapeutici. Risulta utile invitare il paziente a scrivere le proprie motivazioni ed a conservare il foglio, condiviso con il proprio nutrizionista, in un luogo dove è possibile leggerlo quotidianamente, per non dimenticare i buoni propositi e leggerli quando

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

si è scoraggiati. È possibile anche avere più fogli della motivazione, in più parti della casa come la cucina e l'armadio o anche l'ufficio.

2. Riconoscere le proprie motivazioni e difficoltà oltre che dei benefici delle corretta alimentazione

Molti pazienti con disturbi alimentari sono ambivalenti riguardo al trattamento e al cambiamento. Motivare i pazienti è il primo passo necessario per iniziare il trattamento in maniera efficace.

La motivazione può essere migliorata attraverso una buona valutazione della problematica del paziente, adeguatamente condivisa con lo stesso e attraverso un percorso personalizzato dove il paziente è invitato ad assumere le proprie responsabilità a conoscere ed a condividere i suoi impegni, in un percorso che preveda non solo un cambio dell'alimentazione ma anche delle sue abitudini e comportamenti alimentari, attraverso un diverso e più adeguato pensiero relativo al cibo ed al comportamento alimentare, senza cambiare le abitudini generali della vita. Questa è una preoccupazione ricorrente delle persone obese, dover cambiare vita per cambiare alimentazione. I pazienti vanno rassicurati che potranno continuare la loro vita e le loro sane abitudini ma in maniera più sana, pensando in maniera efficace all'alimentazione, nei tempi giusti, senza rinunciare alla propria vita sociale e familiare, ma con uno stile e abitudini sane e corrette e potenziando la propria attività fisica quotidiana.

3. Studiare e creare insieme al paziente un percorso personalizzato, con la possibilità di scelta di 2 diete bilanciate;

Questo di solito viene fatto nella prima sessione di trattamento ed è una rappresentazione visiva personalizzata dei processi che sembrano mantenere il problema alimentare. Il terapeuta disegna gli step della terapia alimentare in collaborazione con il paziente, incorporando le esperienze e le parole del paziente stesso. Di solito è meglio iniziare con qualcosa che il paziente

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

desidera cambiare (ad esempio, abbuffate). La formulazione aiuta i pazienti a rendersi conto che il loro comportamento è comprensibile e che è mantenuto da una serie di meccanismi di auto-perpetuazione e dai pensieri sabotanti.

È importante spiegare che "il diagramma" fornisce una guida visiva e concreta degli step da seguire e degli obiettivi da raggiungere. È necessario spiegare inoltre che il disegno iniziale può essere provvisorio e potrebbe essere necessario modificarlo man mano che il trattamento progredisce e la comprensione del problema alimentare del paziente aumenta.

#### 4. Fornirgli tutte le informazioni necessarie sulla sua problematica e sul trattamento

Dalla prima sessione in poi, un elemento importante del trattamento è l'educazione alimentare e la gestione del peso corporeo, poiché molti pazienti hanno idee sbagliate che mantengono il loro disturbo alimentare. Alcuni degli argomenti principali da trattare possono essere:

- Le caratteristiche dei disturbi alimentari, inclusi i loro effetti fisici e psicosociali associati.
- Peso corporeo e regolazione: l'indice di massa corporea e interpretazione; fluttuazioni del peso naturale; gli effetti del trattamento sul peso.
- Inefficacia di vomito, lassativi e diuretici come mezzo per il controllo del peso.
- Effetti collaterali della dieta: i tipi di dieta che promuovono l'abbuffata; regole dietetiche rispetto alle linee guida dietetiche.
- Conoscere e gestire i pensieri sabotanti (questo step viene approfondito nel capitolo successivo).

Per fornire informazioni affidabili su questi argomenti, si può invitare i pazienti a leggere libri autorevoli e divulgativi inerenti i disturbi alimentari, fornendo i successivi chiarimenti e rimando disponibile ad eventuali domande da parte dei pazienti.

#### 5. Programmare il percorso:

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

- Programmare incontri settimanali con il nutrizionista e se necessario (come nei casi di disturbi del comportamento alimentare) con lo psicologo;

Il successo della terapia risiede nella capacità di una efficace programmazione degli incontri e nel rispetto della loro cadenza, così da poter costruire insieme, paziente e nutrizionista, un strategia comune in grado di passare attraverso una serie di step di guida, osservazione e verifica. In caso di presenza di disturbi alimentari a sospetta insorgenza psicologica, sarà necessario l'invio del paziente presso uno psicologo e psicoterapeuta al fine di determinare un più efficace percorso integrato, con la medesima cadenza di incontri.

- Stabilire una "pesatura settimanale"

Il paziente e il terapeuta controllano il peso una volta alla settimana e lo tracciano su un grafico di peso individualizzato. I pazienti sono fortemente incoraggiati a non pesarsi da soli in altri momenti.

La pesatura settimanale allo studio ha diversi scopi:

- Innanzitutto, offre al terapeuta l'opportunità di educare i pazienti sul peso corporeo e aiutarli a interpretare i numeri sulla scala;
- Secondo, fornisce ai pazienti dati accurati sul loro peso in un momento in cui le loro abitudini alimentari stanno cambiando.
- In terzo luogo, e soprattutto, affronta i processi di mantenimento del controllo eccessivo del peso corporeo o la sua elusione.
- Programmare i tempi, i pasti e le uscite settimanalmente;

Stabilire un modello di consumo regolare del cibo è fondamentale per il successo del trattamento indipendentemente dalla forma del disturbo alimentare.

Si può utilizzare uno schema settimanale o mensile in cui vengono programmati i pasti, i tempi, i cibi e le loro quantità.

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

Avere un programma da seguire è fondamentale in tutti i tipi di dieta; evita la maggior parte degli episodi di alimentazione incontrollata; struttura le giornate delle persone e per i pazienti sottopeso, introduce pasti e snack che possono essere successivamente aumentati di dimensioni. Nelle prime fasi del trattamento ai pazienti viene chiesto di mangiare 3 pasti programmati ogni giorno, più 2 o 3 spuntini programmati in modo che raramente vi sia più di un intervallo di 4 ore. Ai pazienti viene anche chiesto di limitare il cibo durante i pasti e gli spuntini. Dovrebbero scegliere ciò che mangiano, con la sola condizione che i pasti e gli spuntini non siano seguiti da alcun comportamento compensatorio (es. Vomito autoindotto o uso scorretto del lassativo). Il nuovo schema alimentare dovrebbe avere la precedenza su altre attività, ma non dovrebbe essere così inflessibile da precludere la possibilità di adeguare i tempi per soddisfare gli impegni dei pazienti ogni giorno.

- Programmare l'attività fisica;

È importante invitare il paziente, soprattutto se abituati a non fare alcun tipo di attività fisica e a prendere la macchina anche per fare pochi metri, ad iniziare a muoversi, ad esempio a lasciare la macchina gradatamente più lontano rispetto al luogo dove si è diretti e magari a lasciarla se bisogna fare piccoli spostamenti, se possibile programmare anche una attività fisica strutturata come ginnastica o nuoto con cadenza bi o trisettimanale.

Per i pazienti con disturbi come l'anoressia ove al contrario è possibile riscontrare una attività fisica eccessiva anche in questo caso è importante programmare ed adeguare al proprio status psico-fisico l'attività .

#### 6.Iniziare a familiarizzare con il percorso.

I pazienti devono essere aiutati ad aderire al loro programma alimentare regolare e a resistere al cibo tra i pasti e gli spuntini previsti. Per raggiungere questi ultimi obiettivi possono essere utilizzate due strategie piuttosto diverse:

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

• aiutare i pazienti a identificare le attività che sono incompatibili con l'alimentazione e che potrebbero distoglierle dalla voglia di abbuffarsi (ad esempio, facendo una camminata veloce) e strategie che rendono meno probabile l'abbuffata (ad esempio, lasciando la cucina).

• aiutare i pazienti a riconoscere che la voglia di abbuffarsi è un fenomeno temporaneo che può essere "superato". Alcune "abbuffate residue" probabilmente persisteranno, tuttavia, queste saranno trattate più avanti.

#### 8. Stabilire auto monitoraggio in tempo reale

Il diario alimentare è una conquista che il paziente può cominciare ad assumere già nella prima fase. Il diario alimentare consente di registrare tutto il cibo che mangia. L'auto-monitoraggio è introdotto nella sessione iniziale e continua ad occupare un ruolo essenziale e centrale durante la maggior parte del trattamento.

Il diario o automonitoraggio alimentare è fondamentale, consente di comprendere il proprio comportamento alimentare e rendersi conto delle reali quantità di cibo ingerito al di là dei pretesti e dei pensieri sabotanti. Oltre ad individuare il problema consente di monitorare i progressi e di concedersi dei rinforzi positivi.

Aiuta i pazienti a essere più consapevoli di ciò che sta accadendo in modo che possano iniziare a modificare il comportamento che può sembrare automatico o al di fuori del loro controllo.

Fondamentale per stabilire una registrazione accurata è la revisione congiunta del diario ad ogni sessione, con la discussione dei progressi, delle difficoltà e delle modalità di registrazione. Il diario aiuta anche a monitorare le difficoltà che possono essere scritte sul diario stesso.

#### 9. Coinvolgere altri significativi

Il trattamento è principalmente un trattamento individuale per gli adulti. Nonostante questo, è importante coinvolgere familiari o "altri significativi" se ciò può aiutare il paziente e lui sia disposto a farlo.

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

## 5 Gestire i pensieri sabotanti

Per riuscire a gestire gli eventi sabotanti è fondamentale individuare gli stimoli ed affrontarli, con serenità, in maniera efficace, senza riduzioni della propria vita sociale, affettiva e lavorativa, ma imparando a modificare i comportamenti alimentari in tutte le situazioni sopra elencate e non solo, senza cambiare vita, ma utilizzando strategie cognitivo – comportamentali efficaci.

Una volta appresa l’arte della gestione degli stimoli sabotanti è importante imparare ad affrontare i pensieri negativi sostituendoli con pensieri funzionali, attraverso una educazione, semplice e costante, che consente di interrompere la catena degli eventi e delle proiezioni che portano a mangiare male, fuori pasto e al di là della dieta.

Il circolo dei pensieri sabotanti verso il cibo può essere così semplificato:

stimolo si riceve un invito a mangiare un biscotto fuori pasto.

- pensiero quel biscotto ha proprio un bell’aspetto, cosa potrà farmi?!
- decisione lo prendo.
- azione si mangia il biscotto.
- conseguenza oggi è andata! Ne prendo un altro. Inizio la dieta domani.

L’educazione cognitivo e comportamentale è volta ad interrompere il pensiero sabotante, attraverso un pensiero funzionale che inciti a non mangiare il biscotto e ad aspettare l’ora del pasto: “non posso prenderlo, l’orario di cena è vicino, mangerò qualcosa di sano e gustoso tra poche ore!”

E’ possibile sperimentare il corretto pensiero funzionale, senza abbandonarlo, con una adeguata educazione alimentare, di cui si parlerà più diffusamente nei prossimi paragrafi.

Le motivazioni dei pensieri sabotanti e la loro gestione.

I pensieri sabotanti oltre ad avere delle cause interne o esterne, nascono da una serie di motivazioni caratteristiche di chi non riesce a dimagrire. Di seguito vengono elencate le principali:

1. Non saper distinguere la fame dalla voglia di cibo. Alla prima sensazione proveniente dallo stomaco o dall'apparato gastrico, le persone tendono a convincersi di avere fame e bisogno di cibo, perché non mangiano da tanto o hanno mangiato poco, o almeno così pensano. Spesso, addirittura, taluni soggetti non riescono ad uscire di casa senza cibo, per paura di avere fame all'improvviso e conseguente timore di non sapere come comportarsi e gestire eventuali situazioni emergenti dinanzi a tale evenienza. In realtà in molti casi queste persone non riescono a distinguere il desiderio di cibo dalla fame, quindi al primo stimolo tendono a mangiare per tutta una serie di motivazioni o giustificazioni, ma soprattutto a causa dell'incapacità a gestire opportunamente la voglia di cibo. Ciò che è fondamentale è insegnare al paziente a distinguere il desiderio di cibo dalla fame, la voglia di mangiare, e il piacere di mangiare dall'avere lo stomaco vuoto. Per fare ciò è necessario operare esercizi specifici di discriminazione.
2. Avere una bassa tolleranza alla fame ed alla smania di cibo. La differenza tra l'essere magri e in sovrappeso o obesi sta nel saper gestire la fame ed il desiderio di cibo. Quando si ha fame o si ha voglia di mangiare molte persone, sane ma in sovrappeso, non riescono a resistere e tendono a procurarsi cibo in breve tempo, anzichè pensare che sia possibile attendere senza riscontrare problemi, dedicandosi ad altro e distogliendo il pensiero dal cibo. Cosa fare con questi pazienti? Bisogna insegnare loro a gestire la fame e la voglia di cibo attraverso pensieri funzionali e dedicandosi ad altre attività, che distolgano la mente dal cibo.

3. Generalmente le persone in sovrappeso amano la sensazione di sazietà e di super – pienezza. Insomma, sembra difficile smettere di mangiare prima di avere lo stomaco satollo e bisogna mangiare tutto. Questo comportamento ha differenti cause. Si può essere preoccupati di

avere nuovamente fame, si ci può sentire deprivati se non si mangia tutto ciò che si desidera. Ci si sente in colpa se non si mangia tutto, si è stati educati a mangiare tanto, tutto e più del necessario.

4. Tendenza ad ingannarsi sulle quantità di cibo. Siamo di fronte a un meccanismo di autoinganno per mangiare di più e non smettere, pensando: “cosa vuoi che abbia mangiato....” e qui inizia una lista non sempre breve!! Queste persone tendono ad ingannarsi sulle quantità e sulle porzioni, una sorta di scrematura dei cibi mangiati, quasi come se il non pensarli non concorra all'aumento di calorie assunte e di conseguenza all'aumento di peso. È importante imparare a dare la giusta importanza a tutti i cibi ingeriti, anche attraverso un diario alimentare dove registrare tutti, ma proprio tutti, i cibi mangiati. Senza inganni! È anche importante dare la giusta importanza al pasto, concedendosi del tempo, sedendosi a tavola ed evitando di mangiare mentre si fa altro o in piedi. Concedersi tempo e spazio per mangiare aiuta a prendere consapevolezza di ciò che si mangia.

5. Gestire le emozioni con il cibo. Molto spesso, troppo spesso, le persone utilizzano il cibo per gestire le emozioni, positive o negative. Il cibo procura piacere e nei momenti più difficili, il piacere donato dal cibo diviene qualcosa di indispensabile, da non poterne fare a meno. Ci si rivolge al cibo per qualsiasi motivazione negativa o per qualsiasi delusione, nell'incapacità di riuscire a gestire diversamente il problema o cercando altrove il benessere tanto agognato. In questi casi è opportuno imparare a gestire in maniera diversa le emozioni e le delusioni, utilizzando ad esempio il rilassamento, la mindfulness o consigliando al paziente di consultare un aiuto professionale, che possa e sappia aiutarlo nell'imparare a gestire le proprie emozioni.

6. Sensazione di impotenza di fronte all'aumento di peso. Tutti posso aumentare di peso, non è poi così difficile e tutti posso attraversare momenti in cui assumono quantità di cibo superiori alle proprie necessità. Molte persone quando aumentano di peso tendono a scoraggiarsi, avvertono sensazioni di impotenza, inadeguatezza, riduzione dell'autostima e dell'autoefficacia percepita, ma

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

soprattutto pensano che non potranno mai cambiare e quindi riuscire a perdere peso e a rientrare nel peso forma. Al contrario, dopo un aumento di peso o una giornata di mancato rispetto della sana alimentazione, è importante non scoraggiarsi, aumentare la fiducia in sé stessi, credere nelle proprie possibilità e ricominciare a mangiare bene sin da subito, senza aspettare domani o lunedì. Il paziente deve sapere che se è incorso in un fuori pasto non è una catastrofe che ha come unica soluzione continuare a mangiare per essere poi costretto ad intraprendere drasticamente una dieta nella data X, che forse non troverà mai. Bisogna cominciare subito. Dopo un fuori pasto è necessario riorganizzare immediatamente i pasti della giornata.

7. Le strane idee di ingiustizia. Molte persone in sovrappeso o obese sono convinte che in realtà sono semplicemente ed inesorabilmente sfortunati, perché, pur mangiando poco, ingrassano, mentre chi è magro mangia tanto senza ingrassare! Una vera e propria ingiustizia! E' importante far comprendere che chi è magro lo è anche e soprattutto perché mangia meno di una persona grassa, magari perché riesce a ridurre le porzioni e le dosi o perché è in grado di organizzare la propria alimentazione in maniera tale da non ingerire cibi in eccesso, come anche svolgendo una corretta attività fisica. L'aumento di peso, il sovrappeso e l'obesità, invece, sono quasi sempre, se non esclusivamente, correlati ad una assunzione costante di calorie, grassi e zuccheri in eccesso, rispetto al proprio fabbisogno giornaliero. Da qui l'importanza di dare il giusto peso, la giusta attenzione e gli adeguati tempi e spazi alla propria corretta alimentazione.

8. Interrompere la dieta dopo aver perso peso. Questo è un vero e proprio problema, la causa del famoso effetto fisarmonica. Dopo un periodo più o meno lungo di dieta, magari rigida, si passa pian piano a riprendere le vecchie abitudini alimentari e con esse i vecchi chilogrammi in eccesso. E' importante, quindi, intraprendere un percorso di educazione alimentare, possibilmente di tipo cognitivo – comportamentale, che possa aiutare il paziente a pianificare la propria alimentazione, scegliere alimenti sani, resistere alla smania di cibo, riuscire a gestire le proprie emozioni attraverso

*Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)*

metodi alternativi all'eccessiva alimentazione. In tale maniera riuscirà a sostituire le abitudini scorrette con abitudini adeguate, ad imparare a gestire e a modificare i pensieri sabotanti e ad affrontare gli stimoli negativi. Cambiare il modo di rapportarsi al cibo, in maniera convinta e duratura, come soluzione efficace.

9. Interrompere la dieta se non si ottengono subito i risultati sperati. “Sono a dieta da una settimana e non è accaduto nulla, se oggi mangio non accadrà nulla lo stesso! Sarà utile fare questa dieta...?! Forse non funziona...!”. Anche in questo caso è opportuno seguire una strategia di educazione alimentare efficace, che consenta di non interrompere la dieta. Secondo l’educazione cognitivo comportamentale (Beck, 2013), prima di mettersi a dieta è importante fare degli esercizi cognitivo – comportamentali due settimane prima di iniziare la dieta, per prepararsi ad affrontare un cambio alimentare (vedi Metodo Beck nel prossimo paragrafo).

10. Interrompere l’attività fisica dopo aver perso i primi chilogrammi. Essere convinti che si possa dimagrire solo con la dieta senza alcuna attività fisica. In questo caso è importante programmare una attività quotidiana e costante.

## Bibliografia

- Agras W.S., Walsh B.T., Fairburn C.G. A multicenter comparison of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;
- Ainsworth M. , Blehar M., Waters E. , Wall S.N., Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation, 1979
- Bowlby J. Attachment and Loss Trilogy, Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, 1969
- Brownley K.A., Berkman N.D., Sedway J.A. Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007;
- Christopher G. Fairburn; La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione; Eclipsi, 2010
- Dalle Grave R, Fairburn CG. Intensive CBT for eating disorders. New York: Guilford Press, in press.
- Dalle Grave R., Calugi S. Eating disorder not otherwise specified on an inpatient unit. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;
- Fairburn C.G. Guilford Press; New York: 2008. Cognitive behavior therapy and eating disorders.
- Fairburn C.G., Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther.* 2005;

- Fairburn C.G., Cooper Z., Bohn K. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther.* 2007;
- Fairburn C.G., Cooper Z., Doll H.A. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry.* 2009;
- Fairburn C.G., Harrison P.J. Eating disorders. *Lancet.* 2003;
- Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C. Psychotherapy and bulimia nervosa: the longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;
- Gren M.M., Elliman N.A., Kretsch M.J.; Weight loss strategies, stress, and cognitive functions; supervised versus unsupervised dieting; *Psychoneuroendocrinology*, vol. 30, 2005
- Hay P.P.J., Bacaltchuk J., Stefano S. Psychological treatments for bulimia nervosa and binging. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;
- Miller G., Holden C. Proposed revisions to psychiatry's canon unveiled. *Science.* 2010;
- Mitchell J., Devlin M., de Zwaan M. Guilford; New York: 2008. *Binge eating disorder. Clinical foundations and treatment.* p. 65–9.
- Montano A. edizione italiana a cura di; Judith S. Beck; *Dimagrire con il metodo Beck. Impara a pensare da magro;* Editore: Erickson, Collana: Capire con il cuore, 2008
- Montano A. edizione italiana a cura di; Judith S. Beck; *Più testa, meno chili. Guida pratica per far funzionare la tua dieta con il metodo Beck;* Erickson, 2011
- Murphy R., Straebler S., Cooper Z., Fairburn C.G., *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders,* Psychiatr Clin North Am. 2010

- Rapporti ISTISAN 13/6 “Conferenza di consenso Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti” Istituto Superiore di Sanità Roma, 24-25 ottobre 2012;
- Shapiro J.R., Berkann N.D., Brownley K.A. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2007;
- Wilson G.T., Fairburn C.G. Treatments for eating disorders. In: Nathan P.E., Gorman J.M., editors. *A guide to treatments that work.* 3rd edition. Oxford University Press; New York: 2007.
- Wilson G.T., Grilo C.M., Vitousek K.M. *Psychological treatment of eating disorders.* Am Psychol. 2007;
- Wilson G.T., Wilfley D.E., Agras W.S. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;
- Wing R, Phelan S.; Long term weight maintenance; *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 82, 2005
- Zafra Cooper, Christopher G. Fairburn, Deborah M. Hawker; *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide;* Guilford Publications, 2013