

Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione

La teoria cognitivo comportamentale

La teoria analizza principalmente i “pensieri” (teoria cognitiva) e i “comportamenti” (teoria comportamentale) implicati nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione.

E' una teoria transdiagnostica, cioè applicabile con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione.

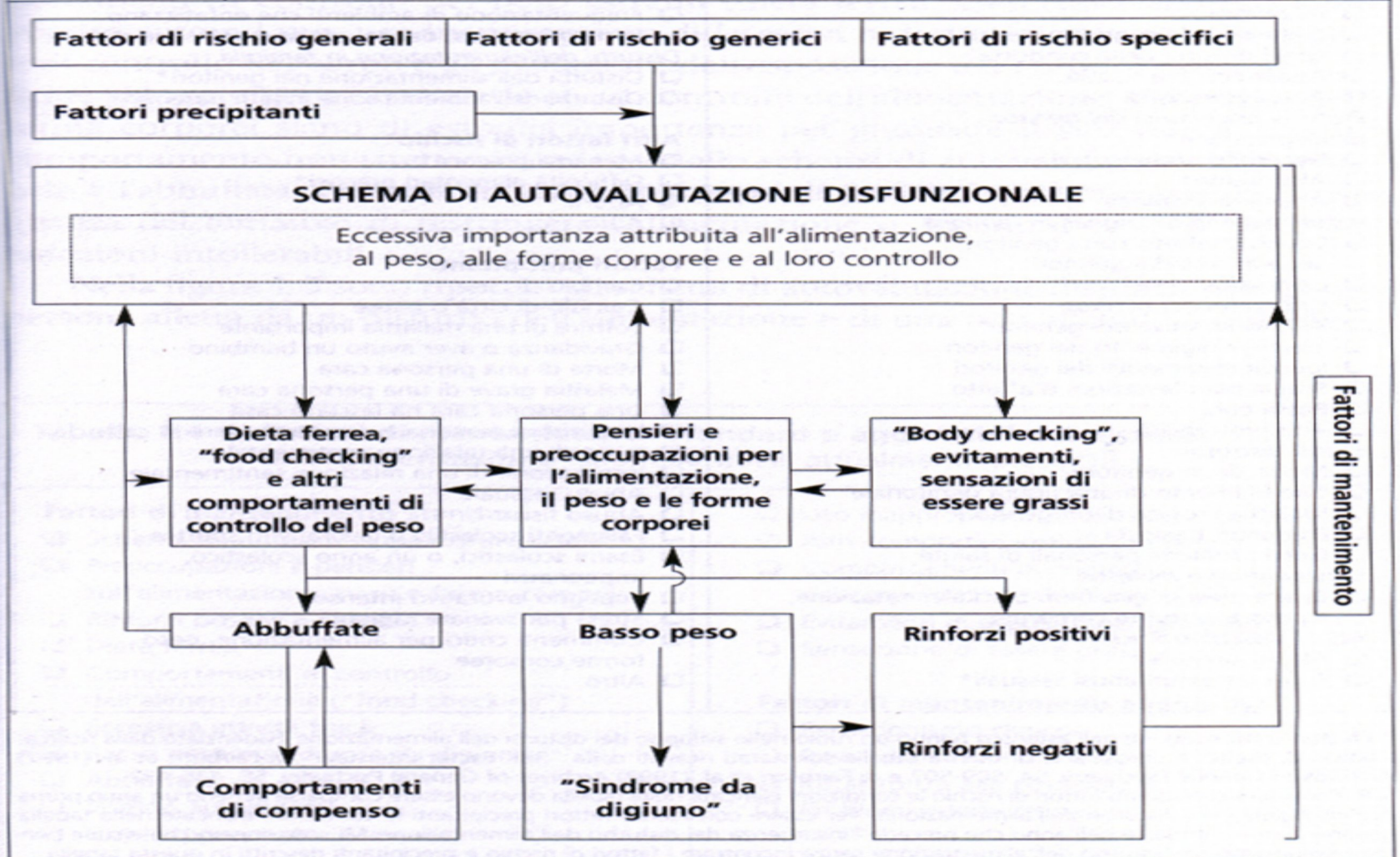
La teoria cognitivo comportamentale

La teoria sostiene che il meccanismo centrale di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione è uno schema di autovalutazione disfunzionale attraverso cui l'individuo attribuisce un'eccessiva importanza all'alimentazione, al peso, alle forme corporee e al loro controllo. Lo schema si sviluppa per il concorso di vari fattori di rischio, è attivato da alcuni fattori precipitanti ed è mantenuto per gli effetti combinati di numerosi fattori di mantenimento.

Lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi

Figura 1.2

Lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione secondo la teoria cognitivo comportamentale



I fattori di rischio

I fattori di rischio sono delle *condizioni antecedenti al disturbo che aumentano la probabilità del suo sviluppo.*

- * *Fattori di rischio generali*: condizioni non modificabili che aumentano in generale il rischio di sviluppare il disturbo;
- * *Fattori di rischio specifici*: sono presenti solo nei disturbi dell'alimentazione;
- * *Fattori di rischio generici*: si trovano anche in altri disturbi mentali.

I fattori precipitanti

I fattori precipitanti sono *situazioni che si verificano nell'anno che precede l'esordio del disturbo dell'alimentazione e che agiscono attivando lo schema di autovalutazione disfunzionale*, gradualmente formatosi per il concorso combinato dei fattori di rischio.

Fattori di rischio e fattori precipitanti

Tabella 1.3

Fattori di rischio e precipitanti indicati nei disturbi dell'alimentazione (spuntare quelli incontrati nella propria vita)

Fattori di rischio generali

- Sesso femminile*
- Adolescenza o prima età adulta*
- Vivere nella società occidentale*

Fattori di rischio generici (presenti anche in altri disturbi mentali)

Caratteristiche dell'infanzia

- Autosvalutazione (bassa valutazione di sé)*
- Timidezza
- Perfezionismo clinico*
- Accondiscendenza (piacere agli altri)
- Assenza di veri amici
- Fobia – paure scolastiche

Disturbi psichiatrici

- Depressione
- Disturbi d'ansia*
- Abuso di sostanze
- Alcoolismo
- Disturbi della condotta
- Gravi disturbi della condotta
- Assenteismo a scuola
- Autoaggressività

Disturbi psichiatrici dei genitori

- Depressione*
- Disturbi d'ansia
- Alcoolismo*
- Abuso di sostanze

Problematiche relazionali in famiglia

- Scarso contatto con i genitori*
- Separazione dai genitori
- Litigi in famiglia*
- Criticismo dei genitori
- Alte aspettative dei genitori*
- Ipercoinvolgimento dei genitori
- Ipocoinvolgimento dei genitori
- Scarse manifestazioni d'affetto
- Bassa cura
- Alta protettività

Eventi distruttivi

- Morte di un genitore
- Cambiamento di una figura genitoriale
- Malattia cronica di un genitore
- Frequenti traslochi
- Gravi problemi personali di salute

Canzonature e molestie

- Essere presi in giro (non per l'alimentazione, il peso e le forme corporee)

Abusi sessuali o fisici

- Abuso sessuale*
- Gravi e ripetuti abusi sessuali*

- Abuso fisico
- Gravi e ripetuti abusi fisici

Fattori di rischio specifici (presenti solo nei disturbi dell'alimentazione)

Rischio di fare diete

- Membro della famiglia a dieta per qualsiasi motivo*
- Membro della famiglia a dieta per peso o forme corporee*
- Critiche di familiari su alimentazione, peso, forme corporee*
- Commenti ripetuti di altri su alimentazione, peso, forme corporee*
- Essere presi in giro per alimentazione, peso, forme corporee*
- Obesità genitori*
- Obesità personale nell'infanzia*
- Frequentazione di ambienti che enfatizzano la magrezza (es. danza, moda, sport, ecc.)*

Disturbi dell'alimentazione in famiglia

- Disturbi dell'alimentazione nei genitori*
- Disturbi dell'alimentazione in altri parenti*

Altri fattori di rischio

- Menarca precoce*
- Difficoltà alimentari precoci*
- Aborti
- Altro

Fattori precipitanti

- Cambio di casa
- Cambio di città o paese
- Soffrire di una malattia importante
- Gravidanza o aver avuto un bambino
- Morte di una persona cara
- Malattia grave di una persona cara
- Una persona cara ha lasciato casa
- Una nuova persona è venuta a vivere in casa
- Inizio di una relazione sentimentale
- Interruzione di una relazione sentimentale
- Abuso sessuale
- Abuso fisico
- Fallimenti scolastici o lavorativi o sportivi
- Esami scolastici, o un anno scolastico, impegnativi
- Impegno lavorativo intenso
- Stress per svariate ragioni
- Commenti critici per alimentazione, peso, forme corporee
- Altro

Fattori di mantenimento standard e aggiuntivi

Tabella 1.4

Fattori di mantenimento standard e aggiuntivi dei disturbi dell'alimentazione (spuntare quelli attualmente presenti)

Fattori di mantenimento standard

- Schema di autovalutazione disfunzionale
- Preoccupazioni e pensieri sull'alimentazione, peso e forme corporei
- Rinforzi positivi e negativi
- Dieta ferrea
- Comportamenti di controllo dell'alimentazione ("food checking")
- Eccessiva attività fisica
- Basso peso e sindrome da digiuno
- Abbuffate
- Vomito autoindotto
- Uso inappropriato di lassativi

- Uso inappropriato di diuretici
- Altri comportamenti di compenso
- Comportamenti di controllo del corpo ("body checking")
- Evitamenti di esposizione del corpo
- Sensazione di essere grassi

Fattori di mantenimento aggiuntivi

- Perfezionismo clinico
- Bassa autostima nucleare
- Intolleranza alle emozioni
- Problemi interpersonali

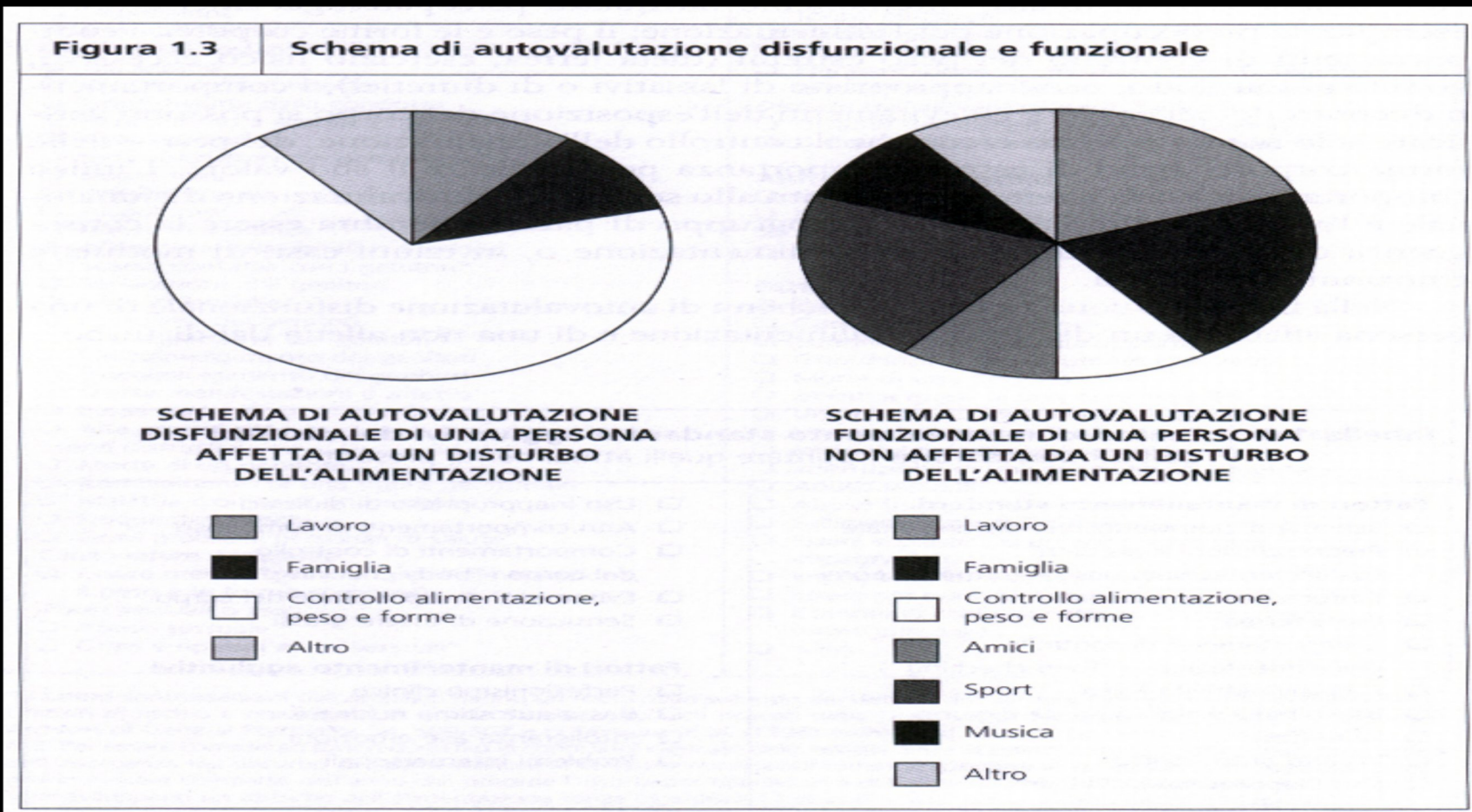
Fattori di mantenimento standard

Schema di autovalutazione disfunzionale

Il meccanismo centrale del mantenimento dei disturbi è uno schema disfunzionale di autovalutazione: le persone affette da disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante sul grado di controllo che riescono ad esercitare sull'alimentazione, sul peso o sulle forme corporee.

Fattori di mantenimento standard

Schema di autovalutazione disfunzionale



Fattori di mantenimento standard

Pensieri e preoccupazioni sull'alimentazione

- * *Pensieri automatici*: pensieri che si verificano istantaneamente quando si incontrano situazioni che attivano lo schema di autovalutazione disfunzionale.
- * *Preoccupazioni sull'alimentazione*: pensieri che si fanno quando si ragiona o meglio si rimugina su un determinato problema.

Fattori di mantenimento standard

Rinforzi positivi e negativi

Lo schema di autovalutazione disfunzionale è mantenuto in uno stato di continua attivazione dai rinforzi positivi (es. senso di trionfo) e dai rinforzi negativi (es. evitare situazioni avverse).

Fattori di mantenimento standard

Dieta ferrea

La dieta ferrea è caratterizzata da tre strategie generali:

- * saltare i pasti;
- * ridurre le porzioni;
- * eliminare certi alimenti.

Fattori di mantenimento standard

Comportamenti di controllo dell'alimentazione

I comportamenti di controllo che possono essere adottati sono: il contare le calorie, il pesare il cibo più volte, il tagliuzzare il cibo in piccoli pezzi, lo scolare il condimento dai cibi e il mangiare lentamente.

Fattori di mantenimento standard

Esercizio fisico eccessivo

L'esercizio fisico si considera eccessivo se è tale da interferire con attività giornaliere importanti, oppure se è praticato in ore e posti impropri e protratto nonostante precarie condizioni mediche.

Fattori di mantenimento standard

Basso peso e sindrome da digiuno

La perdita di peso, secondaria alla dieta e ad altri comportamenti non salutari di controllo del peso, porta a sviluppare la cosiddetta sindrome da digiuno che contribuisce a mantenere i disturbi dell'alimentazione.

Fattori di mantenimento standard

Abbuffate

L'abbuffata è un comportamento caratteristico definito come: mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore del solito e avere la sensazione di perdere il controllo durante l'episodio.

Fattori di mantenimento standard

Vomito autoindotto

Nei casi tipici il vomito è autoindotto dopo un' *abbuffata sia oggettiva che soggettiva*. Le persone si inducono il vomito nella speranza di eliminare il cibo che pensano di aver assunto in eccesso.

Fattori di mantenimento standard

Uso inappropriato di lassativi e diuretici

L'uso di lassativi e diuretici per controllare il peso è una pratica meno diffusa del vomito autoindotto, ma comunque rilevante, molto pericolosa e poco efficace.

Fattori di mantenimento standard

Altri comportamenti di compenso

Una minoranza di soggetti usa altri comportamenti di compenso, come ad esempio le pillole dimagranti o gli ormoni tiroidei. Tali mezzi, oltre a non essere nel determinare una prolungata perdita di peso, possono determinare gravi complicazioni fisiche.

Fattori di mantenimento standard

Comportamenti di controllo del corpo

I comportamenti di controllo del corpo più tipici sono il continuare ad ispezionare i presunti o reali difetti corporei allo specchio, il pesarsi di continuo, il tastare ripetutamente alcune parti del corpo (es. la pancia e le gambe).

Fattori di mantenimento standard

Evitamenti dell'esposizione del corpo

Un sottogruppo di persone con disturbi dell'alimentazione evita in ogni modo l'esposizione del proprio corpo. In certi casi i comportamenti di evitamento sono estremi, e portano ad un completo isolamento sociale.

Fattori di mantenimento standard

Sensazione di essere grassi

Molte persone affette da disturbi dell'alimentazione riportano spesso la sensazione di essere grassi, in realtà si tratta di etichettare in modo non accurato gli eventi avversi che incontrano.

Fattori di mantenimento standard e aggiuntivi

Tabella 1.4

Fattori di mantenimento standard e aggiuntivi dei disturbi dell'alimentazione (spuntare quelli attualmente presenti)

Fattori di mantenimento standard

- Schema di autovalutazione disfunzionale
- Preoccupazioni e pensieri sull'alimentazione, peso e forme corporei
- Rinforzi positivi e negativi
- Dieta ferrea
- Comportamenti di controllo dell'alimentazione ("food checking")
- Eccessiva attività fisica
- Basso peso e sindrome da digiuno
- Abbuffate
- Vomito autoindotto
- Uso inappropriato di lassativi

- Uso inappropriato di diuretici
- Altri comportamenti di compenso
- Comportamenti di controllo del corpo ("body checking")
- Evitamenti di esposizione del corpo
- Sensazione di essere grassi

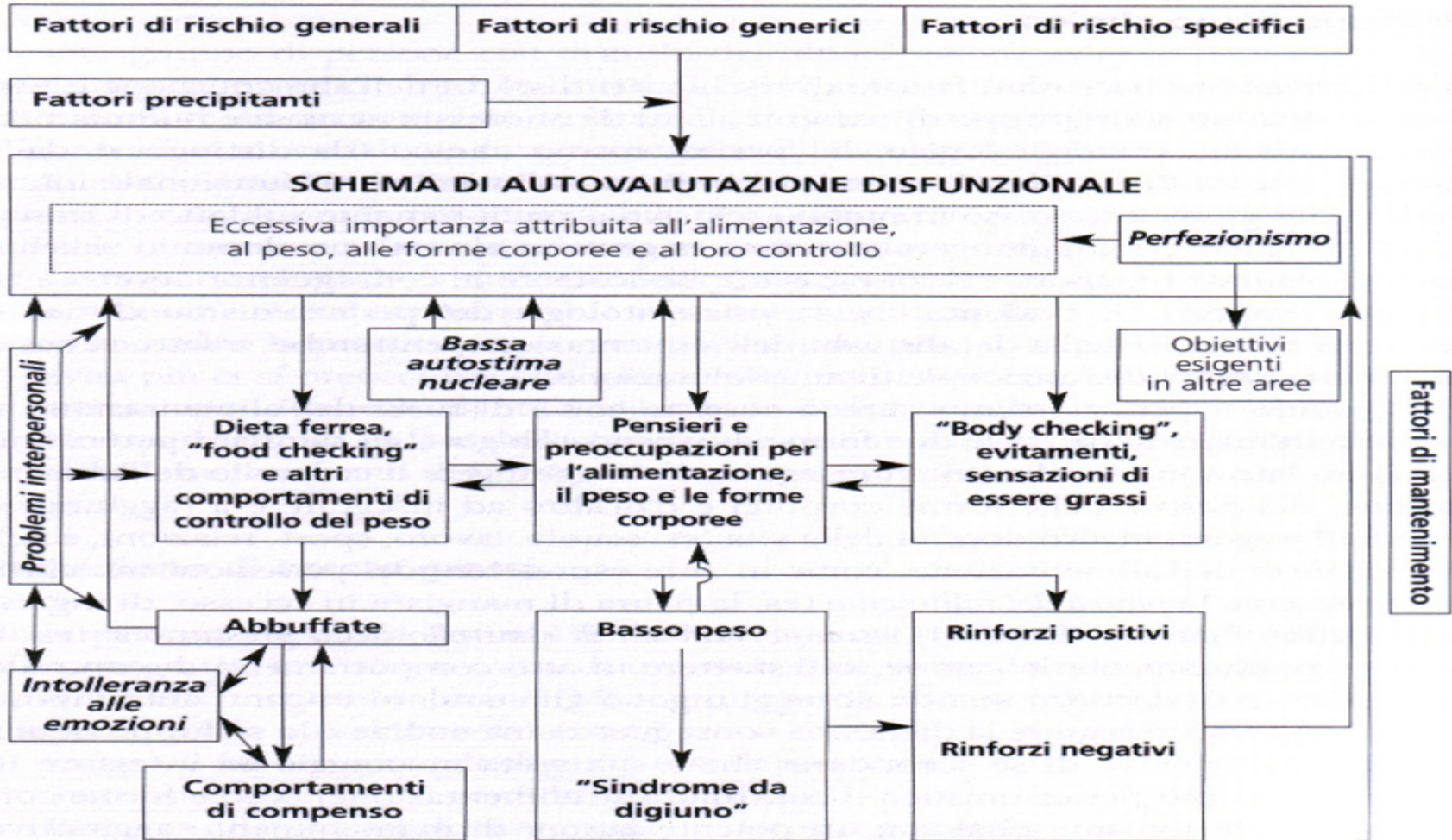
Fattori di mantenimento aggiuntivi

- Perfezionismo clinico
- Bassa autostima nucleare
- Intolleranza alle emozioni
- Problemi interpersonali

Fattori di mantenimento aggiuntivi

Figura 1.4

Lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione con i fattori di mantenimento aggiuntivi



Fattori di mantenimento aggiuntivi

Perfezionismo clinico

Il nucleo psicopatologico del perfezionismo clinico è un sistema di autovalutazione disfunzionale in cui l'individua giudica se stesso in modo esclusivo o predominante sul fatto di riuscire ad inseguire e a raggiungere standard esigenti in almeno un dominio saliente (es. scuola, lavoro, sport, ecc.), nonostante le conseguenze avverse che questo comporta.

Fattori di mantenimento aggiuntivi

Bassa autostima nucleare

La maggior parte delle persone con disturbi dell'alimentazione è autocritica se non riesce a raggiungere i suoi obiettivi, un sottogruppo di pazienti ha una visione negativa di sé più globale, incondizionata e pervasiva che è un costituente permanente dell'identità.

Fattori di mantenimento aggiuntivi

Intolleranza alle emozioni

Con tale termine ci si riferisce all'incapacità di gestire in modo adeguato certi stati emotivi. Chi soffre di questo problema, invece di accettare e di gestire in modo funzionale le modificazioni dell'umore, adotta dei comportamenti disfunzionali di modulazione dell'umore che riducono la consapevolezza dello stato emotivo comportando, però, un costo personale.

Fattori di mantenimento aggiuntivi

Problemi interpersonali

I problemi interpersonali possono essere di varia natura, ad esempio ambienti difficili, tensioni familiari, lutto, ecc. e tutti contribuiscono in modo predominante a mantenere il disturbo dell'alimentazione.

Valutazione diagnostica

Valutazione diagnostica all'entrata

- * Visita medica e anamnesi;
- * Anamnesi alimentare eseguita dal dietista di riferimento;
- * Esami bioumorali di routine;
- * Esami strumentali di routine;
- * Esami bioumorali e strumentali specifici per valutare la presenza di eventuali patologie concomitanti;
- * Valutazione del peso e dell'altezza per il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI);
- * "Eating Disorder Examination (EDE.12.0D)";
- * Questionario per i Disturbi dell'Alimentazione (QDA);
- * "Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2)";
- * "Simptom Ceck List 90 (SCL-90)".

Valutazione diagnostica

Valutazione diagnostica alla dimissione

- * Esami biumorali di routine;
- * Esami strumentali di routine;
- * Valutazione del peso e dell'altezza per il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (BMI);
- * “Eating Disorder Examination (EDE.12.0D)”;
- * “Eating Disorder Inventory – 2 (EDI-2)”;
- * “Simptom Ceck List 90 (SCL-90)”.

Formulazione iniziale del disturbo

La formulazione iniziale ha lo scopo di aiutare a comprendere i principali fattori di mantenimento standard del disturbo.

Si chiama formulazione iniziale perché è effettuata sulla base delle *informazioni iniziali* raccolte nella prima settimana.

Soglia minima di BMI

Il BMI (peso corporeo in chilogrammi per l'altezza al quadrato in metri) è l'indice usato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per classificare i livelli ponderali degli adulti secondo la seguente classificazione:

- * Sottopeso: $< 18.5 \text{ kg/m}^2$
- * Normopeso: $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$
- * Soprappeso: $24.9\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$
- * Obesità: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

Lo scopo della terapia è quello di raggiungere il BMI naturale

Esposizione al cibo

Chi soffre di disturbi dell'alimentazione, quando cerca di regolarizzare l'alimentazione, si trova di fronte a due problemi: *non riesce a capire quando ha fame o è sazio e ha pensieri disfunzionali nei confronti dell'alimentazione, del peso e delle forme corporei.*

Per superare questi problemi, la strategia più efficace è quella di mangiare meccanicamente, che consiste nel cercare di assumere cibo considerandolo come una *medicina* che va assunta indipendentemente da quello che si pensa e percepisce e dagli eventi che si possono incontrare.

Esposizione al cibo

Per riuscire a mangiare meccanicamente si possono usare due strategie:

- * tecnica del decentramento o disidentificazione: consiste nel non fidarsi, non solo delle proprie sensazioni di fame e sazietà, ma anche dei pensieri e delle preoccupazioni che si hanno nei confronti dell'alimentazione, del peso e delle forme corporei;
- * tecnica del distanziamento dei comportamenti dai pensieri: consiste nel non seguire i comportamenti dettati dai pensieri e dalle preoccupazioni sull'alimentazione.

Formulazione allargata

Importante è sviluppare la formulazione allargata del disturbo dell'alimentazione, quindi:

- * Analizzare i fattori di rischio;
- * Analizzare i fattori precipitanti;
- * Analizzare i fattori di mantenimento standard;
- * Analizzare i fattori di mantenimento aggiuntivi.

Formulazione allargata

Tabella 10.1

Domande per identificare i fattori di mantenimento aggiuntivi
(spuntare quelli rilevanti)

Perfezionismo clinico

- Pongo un impegno estremo per raggiungere i miei obiettivi in una o più aree della mia vita (es. scuola, lavoro, relazioni, sport, lavori domestici, cura di sé, tempo libero)
- Per valutare se mi sono impegnato abbastanza uso le conseguenze avverse (es. essere stanco, avere fame, ecc.)
- Uso regole dicotomiche per valutare la mia prestazione (es. "Se arrivo primo valgo, altrimenti sono una nullità")
- Controllo ripetutamente la mia prestazione (es. ripeto lo stesso lavoro più volte)
- Pongo un'attenzione selettiva agli errori della mia prestazione e non considero le parti che ne sono prive
- Mi preoccupo in modo eccessivo della mia prestazione
- Ho una paura morbosa di fallire (es. scuola, lavoro, relazioni, sport, lavori domestici, cura di sé, tempo libero)
- Se non raggiungo i miei standard esigenti mi autocritico
- Se raggiungo i miei standard esigenti me ne pongo subito di più elevati
- Evito o procrastino le prestazioni per paura di fallire

Bassa autostima nucleare

- Penso di valere nulla
- Penso di non essere amabile
- Mi pongo delle regole di vita rigide (es. "Non devo mai fallire")
- Provo molta ansia quando devo effettuare una prestazione
- Quando devo effettuare una prestazione faccio delle previsioni negative (es. "Non ce la farò mai")
- Uso dei comportamenti di precauzione (es. evito di affrontare le sfide, mi scuso spesso, non guardo le persone negli occhi, controllo ripetutamente quello che devo fare)
- Pongo un'attenzione selettiva alle mie qualità negative e non considero quelle positive
- Ogni errore che faccio è la conferma che sono un fallimento come persona

- Sono spesso depresso
- Continuo a criticarmi

Intolleranza alle emozioni

- Il mio umore varia improvvisamente
- Non riesco a tollerare le emozioni
- Ho sentimenti cronici di vuoto
- Provo emozioni intense
- Ho comportamenti autolesionistici per modulare le emozioni (es. tagliarsi, bruciarsi, ecc.)
- Assumo alcool o droghe per modulare le emozioni
- Assumo psicofarmaci per modulare le emozioni
- Ho abbuffate o episodi di vomito per modulare le emozioni
- Tendo a spendere in eccesso
- Ho dei comportamenti sessuali senza controllo

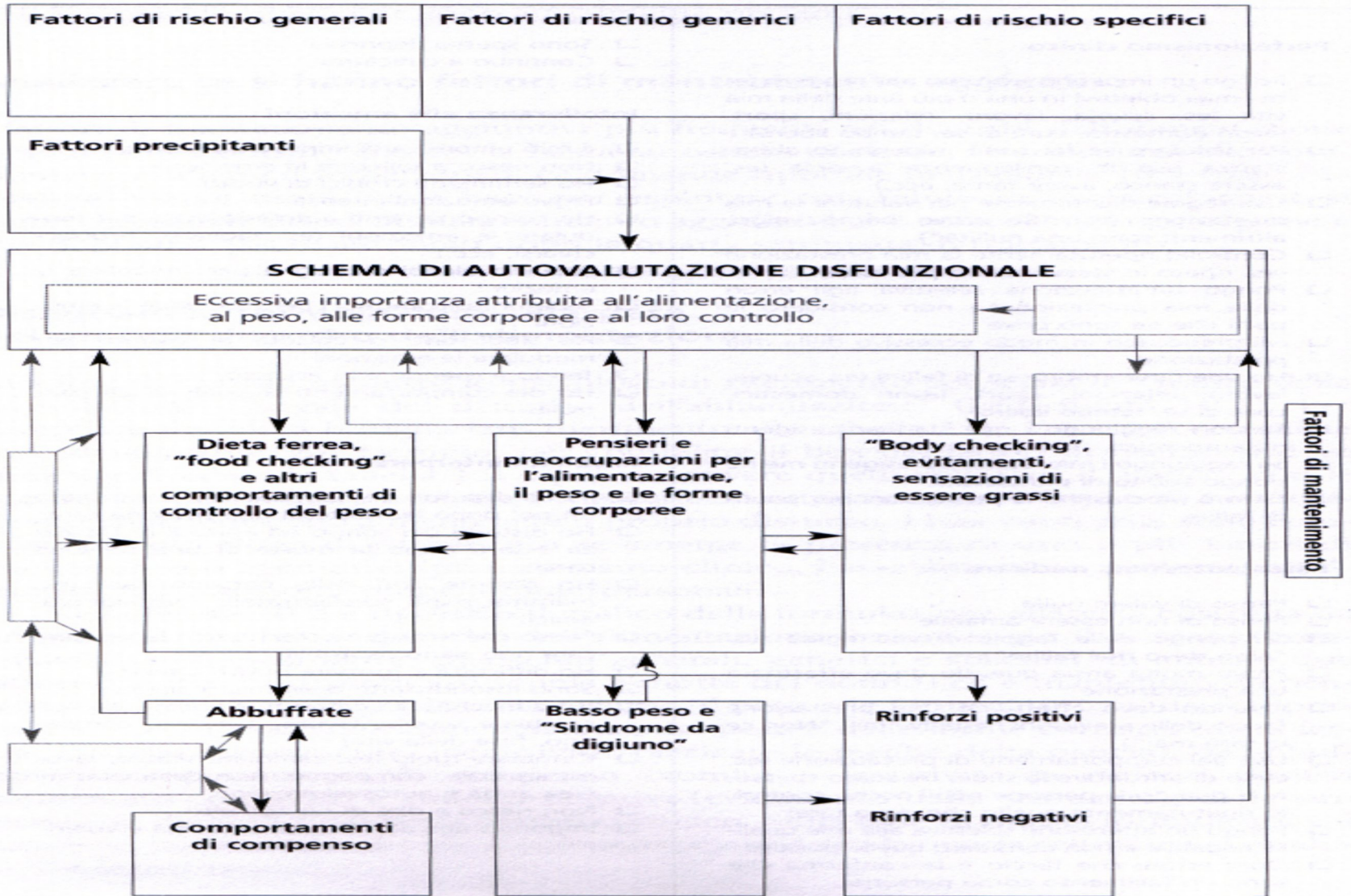
Problemi interpersonali

- Il mio disturbo dell'alimentazione è iniziato un po' dopo la morte di una persona cara
- Ho disturbi del sonno ed episodi di tristezza insorti dopo la morte di una persona cara
- Ho dispute con delle persone care (es. mamma, papà, sorelle/fratelli, compagno/a, amici)
- Penso che le dispute che ho con le persone care non siano risolvibili
- Ho difficoltà a formare nuove amicizie
- Sono insoddisfatto delle mie relazioni
- Ho difficoltà ad adattarmi a nuovi ruoli (es. cambiare scuola, lavoro, amicizie, compagno, fase della vita)
- Cambiare ruolo (es. cambiare scuola, lavoro, amicizie, compagno, fase della vita) mi crea ansia e autosvalutazione
- Non riesco a dire di no agli altri
- Impongo agli altri le mie necessità e voleri

Formulazione allargata

Figura 10.1

Formulazione allargata del disturbo dell'alimentazione

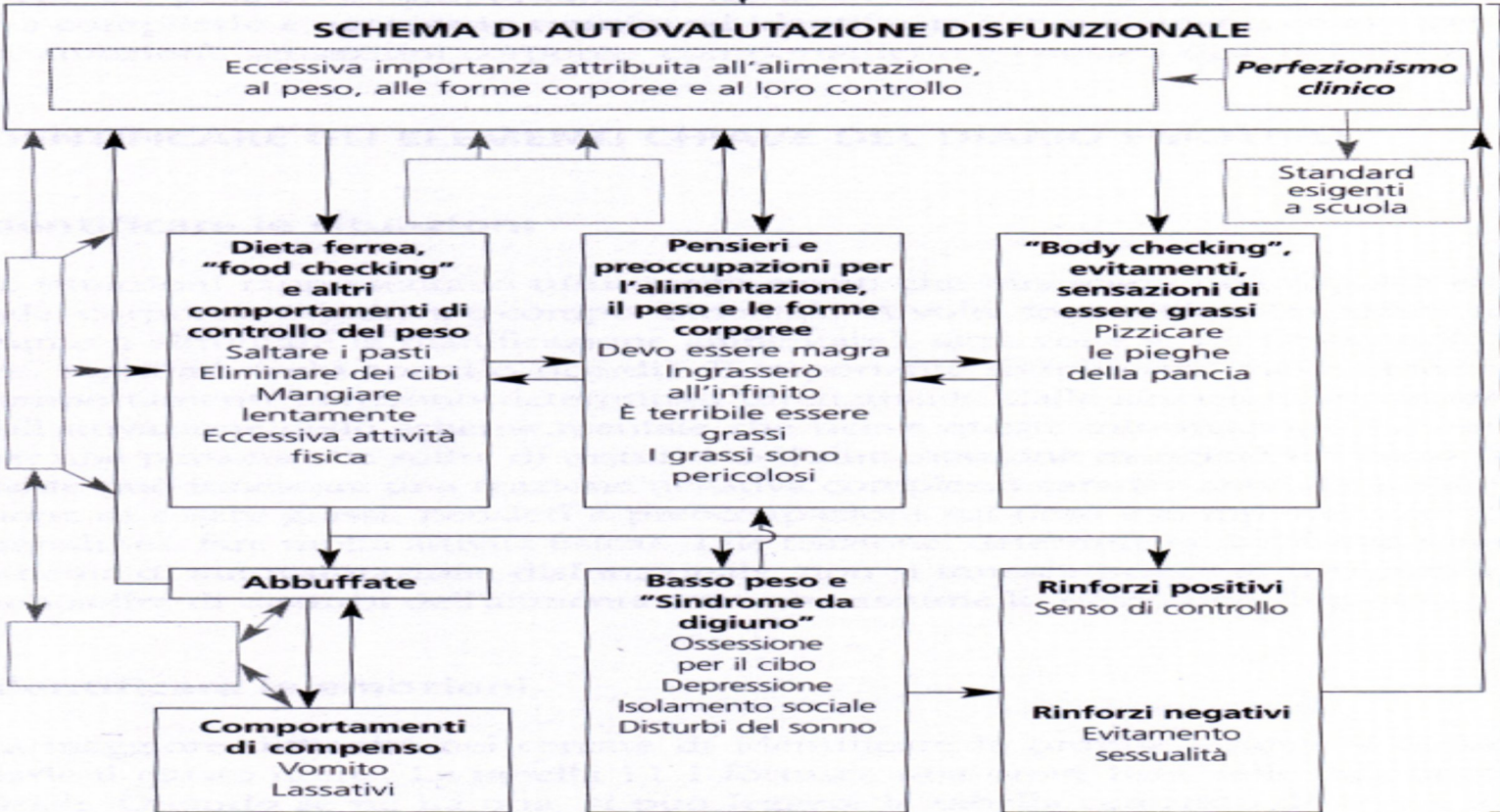


Formulazione allargata

Figura 10.2 Formulazione allargata del disturbo dell'alimentazione di un paziente

Fattori di rischio generali Sesso femminile Adolescenza Vivere in una società occidentale	Fattori di rischio generici Perfezionismo clinico Disturbi d'ansia Alte aspettative dei genitori	Fattori di rischio specifici Mamma obesa o a dieta Frequentare scuola di danza
---	--	---

Fattori precipitanti Cambio di scuola Morte del nonno
--



Diario emotivo: uno strumento

Il diario emotivo è uno strumento che aiuta a *diventare più consapevoli* del legame che esiste tra situazioni, emozioni, sensazioni corporee, pensieri e comportamenti e *favorisce il cambiamento*.

Ciò che bisogna fare è identificare gli elementi chiave del diario emotivo:

- * *le situazioni;*
- * *le emozioni;*
- * *le sensazioni corporee;*
- * *i comportamenti disfunzionali;*
- * *i pensieri automatici, le preoccupazioni e le distorsioni cognitive.*

Diario emotivo: uno strumento

Il diario emotivo va compilato quando:

- * *si sperimenta un'emozione negativa;*
- * *si prova una sensazione corporea negativa;*
- * *si attua un comportamento disfunzionale;*
- * *si hanno pensieri automatici negativi o preoccupazioni o si effettuano degli errori di ragionamento.*

Gruppi di gestione dei sintomi

I gruppi di gestione dei sintomi servono ad acquisire tutte quelle specifiche abilità (“skills”) comportamentali e cognitive che servono a gestire le situazioni ad alto rischio.

Ciò che è importante è capire che eliminare i sintomi dei disturbi dell'alimentazione non dipende dalla forza di volontà, ma da specifiche abilità che possono essere acquisite.

Le situazioni ad alto rischio

Le situazioni ad alto rischio possono essere raggruppate in 4 categorie:

- * stimoli esterni;
- * stati emotivi negativi o positivi;
- * pensieri e preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e le forme corporei;
- * sensazioni corporee.

e classificate in:

- * improvvisate;
- * prevedibili;
- * ripetute.

Situazioni ad alto rischio *improvvisate*

Strategie di gestione

- * tecniche del decentramento e del distanziamento del comportamento dai pensieri;
- * risposte di “coping” immediate.

Situazioni ad alto rischio *prevedibili*

Strategie di gestione

- * evitare il rischio;
- * risposte di “coping” programmate.

Situazioni ad alto rischio *ripetute*

Strategia di gestione

- * tecnica di risoluzione dei problemi:
 - * individuare subito il problema;
 - * specificare il problema dettagliatamente;
 - * valutare quante più soluzioni possibili;
 - * approfondire le conseguenze di ogni possibile soluzione;
 - * scegliere la soluzione o la combinazione di soluzioni migliori;
 - * mettere in atto la o le soluzioni;
 - * rivedere l'intero processo.

I concetti di “lapse” e “relapse”

Secondo il modello cognitivo comportamentale, una scivolata (“lapse”) non è considerata una ricaduta (“relapse”), ma solo un passo falso nel processo che porta alla guarigione: sono, infatti, necessari numerosi e ripetuti “lapse” affinché si verifichi il “relapse”, cioè la vera ricaduta. Quest’ultima è vista come un processo che dura nel tempo e non come un momento specifico.

Effetto della violazione del controllo

L'effetto della violazione del controllo è una *reazione cognitiva e comportamentale che si verifica quando il comportamento di un soggetto è dissonante con il suo obiettivo* e si caratterizza per la presenza di uno stato conflittuale usualmente accompagnato da sentimenti di colpa generatisi per l'aver perso il controllo.

Gli elementi chiave per evitare l'effetto della violazione del controllo sono i seguenti:

- * non catastrofizzare se si ha un "lapse";
- * evitare di attribuire il "lapse" alla scarsa forza di volontà, ma ad una mancanza di abilità che può essere acquisita con l'esperienza;
- * rimettersi subito "in carreggiata";
- * imparare dai "lapse" e reagire in modo costruttivo.

Modificazione dello schema di autovalutazione

Per modificare lo schema di autovalutazione vengono affrontate le seguenti aree:

- * conoscere lo schema di autovalutazione disfunzionale;
- * costruire la formulazione personalizzata dello schema di autovalutazione;
- * affrontare i comportamenti di mantenimento e fenomeni collegati;
- * affrontare i processi di mantenimento cognitivi;
- * allargare ed articolare lo schema di auto valutazione disfunzionale;
- * valutare lo stato dello schema di valutazione.

Modificazione dello schema di autovalutazione

Conoscere lo schema

Nella nostra mente esistono due livelli di significato:

- * il proposizionale (rappresenta il livello razionale del significato ed include informazioni sulle entità semantiche e le relazioni esistenti tra loro. Soggettivamente corrisponde al tipo di significato rappresentato dalle sentenze del linguaggio);
- * l'implicazionale (rappresenta il livello olistico del significato ed include informazioni catturate dal mondo esterno, dal corpo e dalla mente. Soggettivamente corrisponde alla sensazione olistica di sapere o di sentire qualcosa emotivamente).

Modificazione dello schema di autovalutazione

Conoscere lo schema

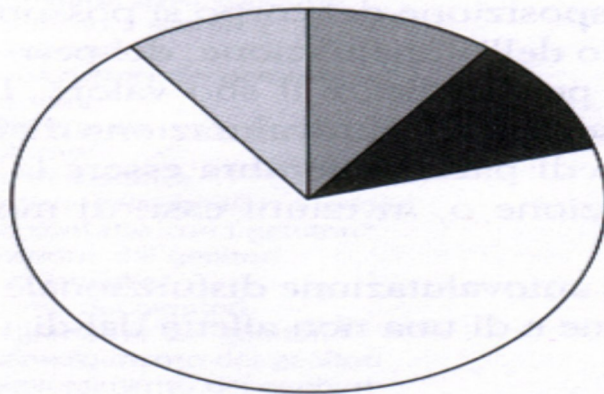
Le persone affette da disturbi dell'alimentazione hanno uno *schema di valutazione disfunzionale di tipo implicazionale* caratterizzato da una valutazione di sé eccessivamente dipendente dall'alimentazione, dal peso e dalle forme corporei e dal grado di controllo esercitato su questi parametri.

Per modificare uno schema implicazionale non è sufficiente raccogliere dei dati che non lo supportano (prove contro), ma è necessario creare un *modello schematico alternativo* dell'esperienza.

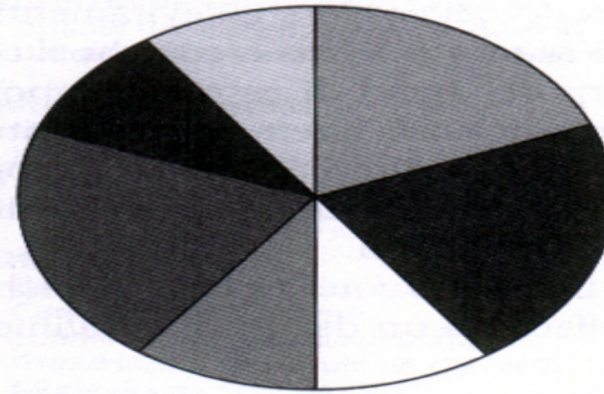
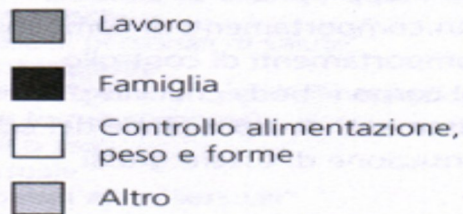
Modificazione dello schema di autovalutazione

Figura 1.3

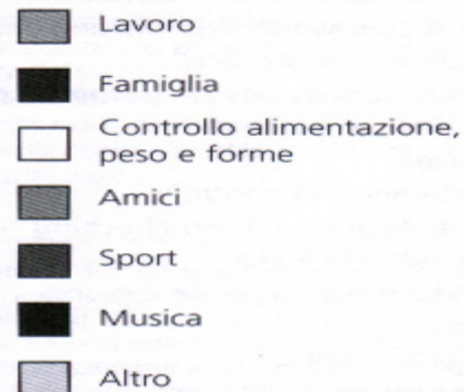
Schema di autovalutazione disfunzionale e funzionale



**SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE
DISFUNZIONALE DI UNA PERSONA
AFFETTA DA UN DISTURBO
DELL'ALIMENTAZIONE**



**SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE
FUNZIONALE DI UNA PERSONA
NON AFFETTA DA UN DISTURBO
DELL'ALIMENTAZIONE**



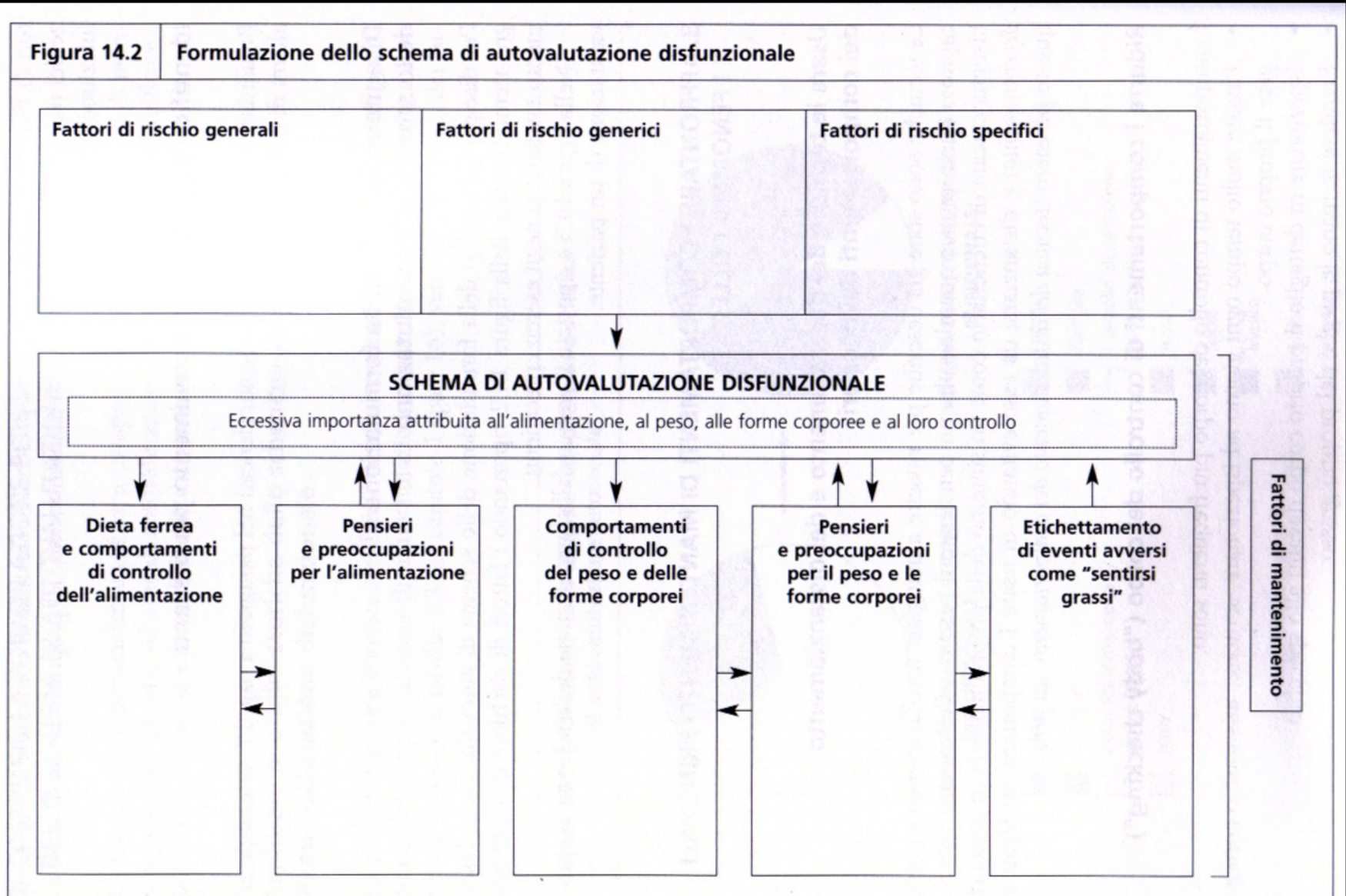
Modificazione dello schema di autovalutazione

Costruire la formulazione personalizzata

La formulazione personalizzata serve a comprendere i fattori di rischio e di mantenimento del proprio schema di autovalutazione disfunzionale e ad identificare i fattori che dovranno essere affrontati nel trattamento.

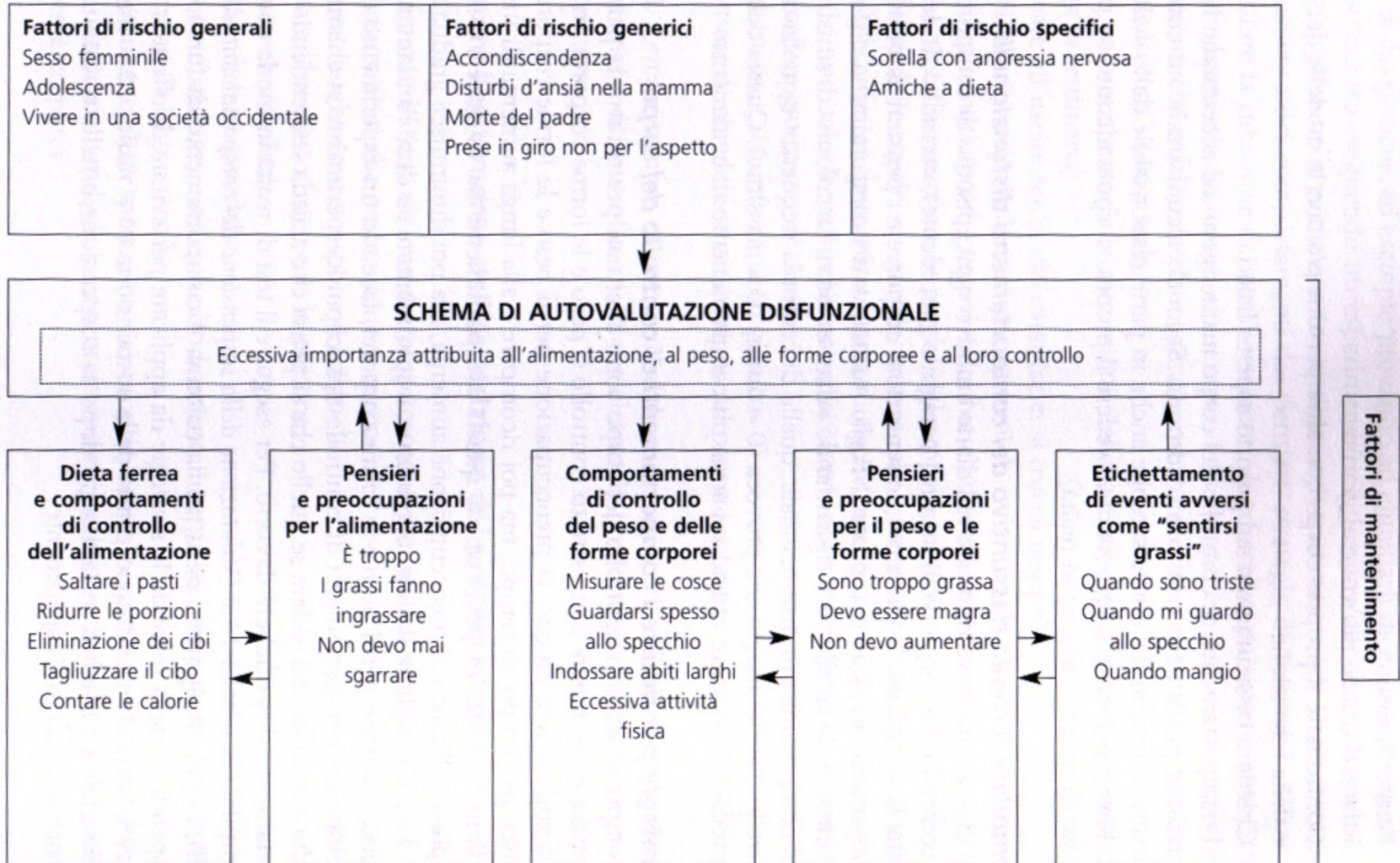
Formulazione personalizzata dello schema di autovalutazione

Figura 14.2 Formulazione dello schema di autovalutazione disfunzionale



Formulazione personalizzata dello schema di autovalutazione

Figura 14.3 Formulazione dello schema di autovalutazione disfunzionale di un paziente



Modificazione dello schema di autovalutazione

Affrontare i comportamenti di mantenimento principali e i fenomeni collegati

Per affrontare i comportamenti di mantenimento si possono utilizzare le seguenti strategie:

- * tecniche del decentramento e del distanziamento dei comportamenti dai pensieri;
- * ridurre i comportamenti di controllo del corpo (“body checking”);
- * affrontare l’evitamento dell’esposizione del proprio corpo;
- * etichettare in modo accurato gli eventi avversi;
- * esposizione allo specchio in modalità “mindfulness”.

Modificazione dello schema di autovalutazione

I processi di mantenimento cognitivi

Alcuni errori di ragionamento o distorsioni cognitive e convinzioni disfunzionali contribuiscono a mantenere attivato uno schema di autovalutazione disfunzionale.

Le distorsioni cognitive sono errori di logica di ragionamento che ostacolano la formazione di uno schema di autovalutazione più funzionale.

Le convinzioni disfunzionali sono pensieri che si esprimono come certezze che uno ha su di sé, non necessariamente sostenute da evidenze.

Modificazione dello schema di autovalutazione

I processi di mantenimento cognitivi: la ristrutturazione cognitiva

La ristrutturazione cognitiva è una tecnica che può aiutare a modificare le convinzioni disfunzionali e le distorsioni cognitive associate.

La tecnica prevede 4 passi:

- * identificare la convinzione disfunzionale da ristrutturare e la distorsione cognitiva associata;
- * valutare la convinzione disfunzionale e la distorsione cognitiva associata;
- * trarre una conclusione ragionata;
- * Usare la conclusione ragionata per modificare il proprio comportamento.

Modificazione dello schema di autovalutazione

Allargare ed articolare lo schema di autovalutazione

Ciò che è necessario fare è:

- * valutare gli ambiti in cui ci si valuta e costruire il grafico della valutazione di sé;
- * valutare i vantaggi e gli svantaggi di valutarsi in altri ambiti che non siano l'alimentazione, il peso e le forme corporei;
- * scegliere due o tre ambiti in cui impegnarsi per cercare un nuovo modo di valutare se stessi;
- * affrontare gli ostacoli che impediscono di valutarsi in altre aree;
- * bilanciare l'accettazione e il cambiamento.

Modificazione dello schema di autovalutazione

Valutare lo stato dello schema di autovalutazione

Analizzare se si hanno ancora:

- * comportamenti di controllo del corpo;
- * comportamenti di evitamento dell'esposizione del corpo;
- * sensazioni corporee di sentirsi grassi;
- * preoccupazioni e pensieri sull'alimentazione, il peso e le forme corporei.

Modificazione dello schema di autovalutazione

Valutare lo stato dello schema di autovalutazione

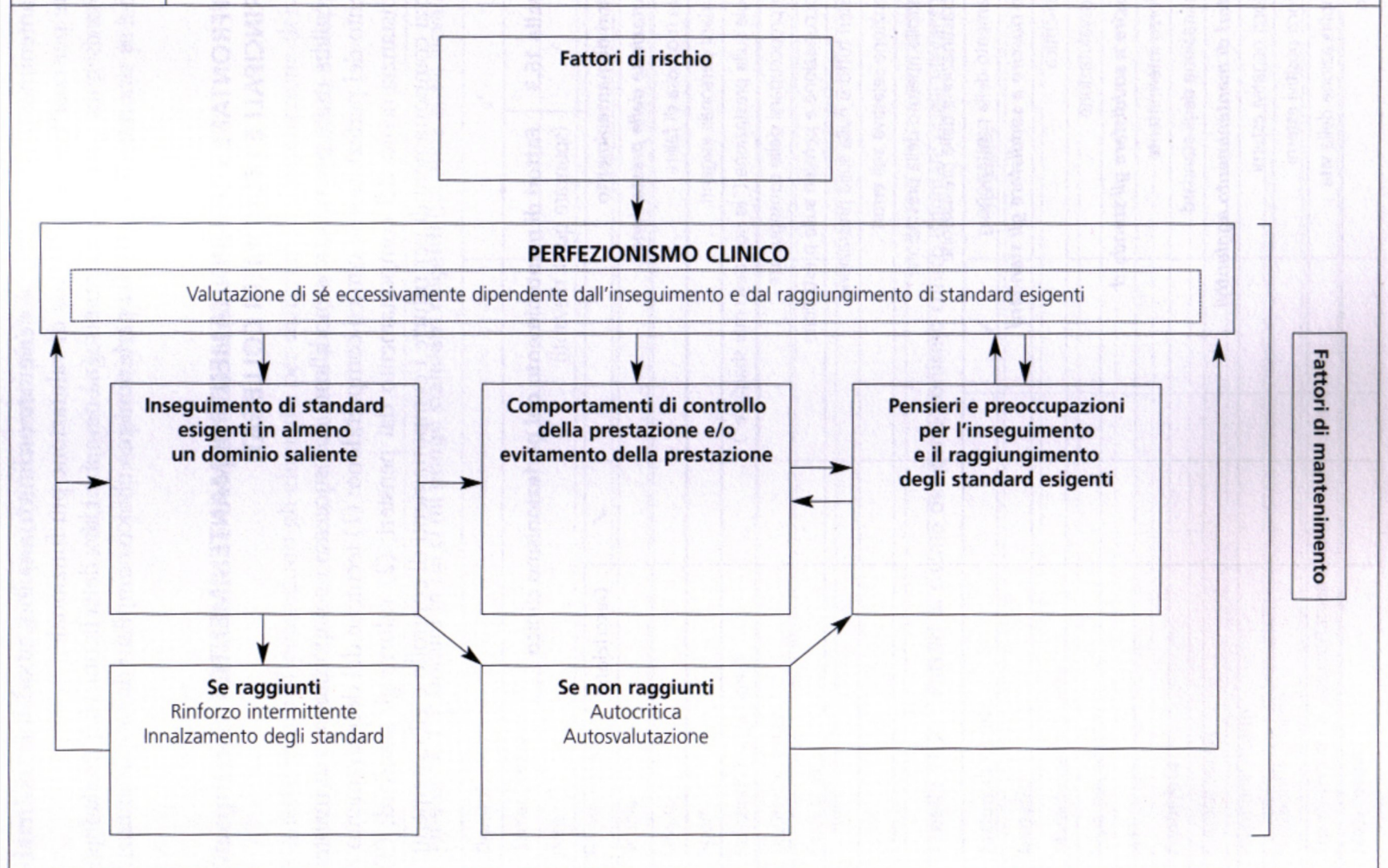
I sei passi della modificazione dello schema di autovalutazione disfunzionale vanno applicati anche ai quattro fattori di mantenimento aggiuntivi: il *perfezionismo clinico*, la *bassa autostima nucleare*, l'*intolleranza alle emozioni* e i *problemi interpersonali*.

Modulo “Perfezionismo clinico”

Il perfezionismo clinico può essere definito come una *valutazione di sé eccessivamente dipendente dall'inseguimento e dal raggiungimento determinato di standard personali esigenti ed auto-imposti in almeno un dominio saliente, nonostante le conseguenze avverse.*

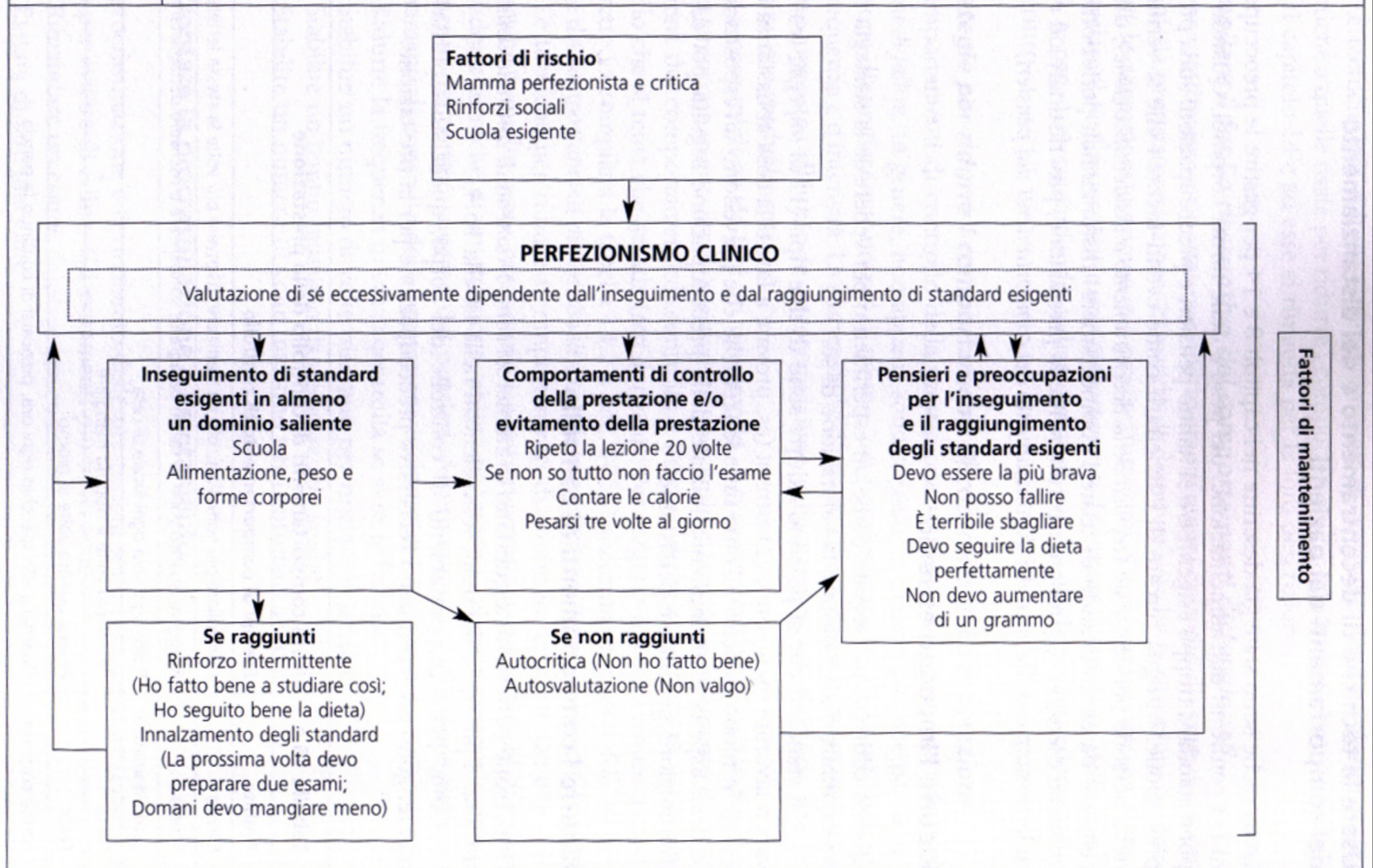
Modulo “Perfezionismo clinico”

Figura 16.3 Formulazione del perfezionismo clinico



Modulo “Perfezionismo clinico”

Figura 16.4 Formulazione del perfezionismo clinico di un paziente



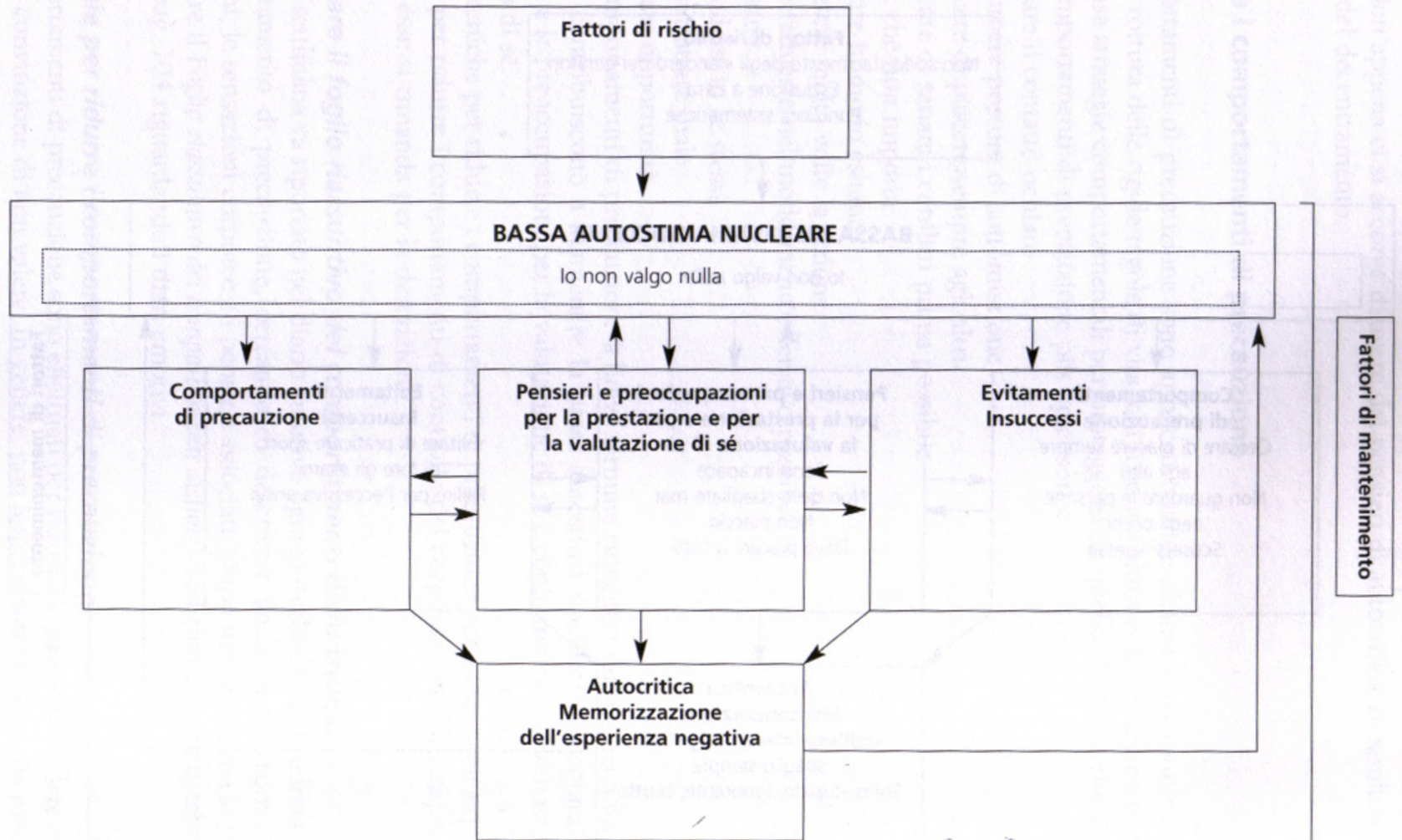
Modulo “Bassa autostima nucleare”

I termini immagine di sé, concetto di sé, percezione di sé, autoconfidenza, autoefficacia, autoaccettazione, rispetto di sé, autovalutazione e autostima definiscono il concetto di “autostima” anche se con significati leggermente diversi.

- * immagine di sé, concetto di sé e percezione di sé si riferiscono al quadro complessivo che una persona ha di sé.
- * autoefficacia e autoconfidenza si riferiscono alla percezione dell'individuo di poter fare cose specifiche bene o ad un certo standard.
- * autoaccettazione, rispetto di sé ed autostima introducono elementi diversi della valutazione di sé.

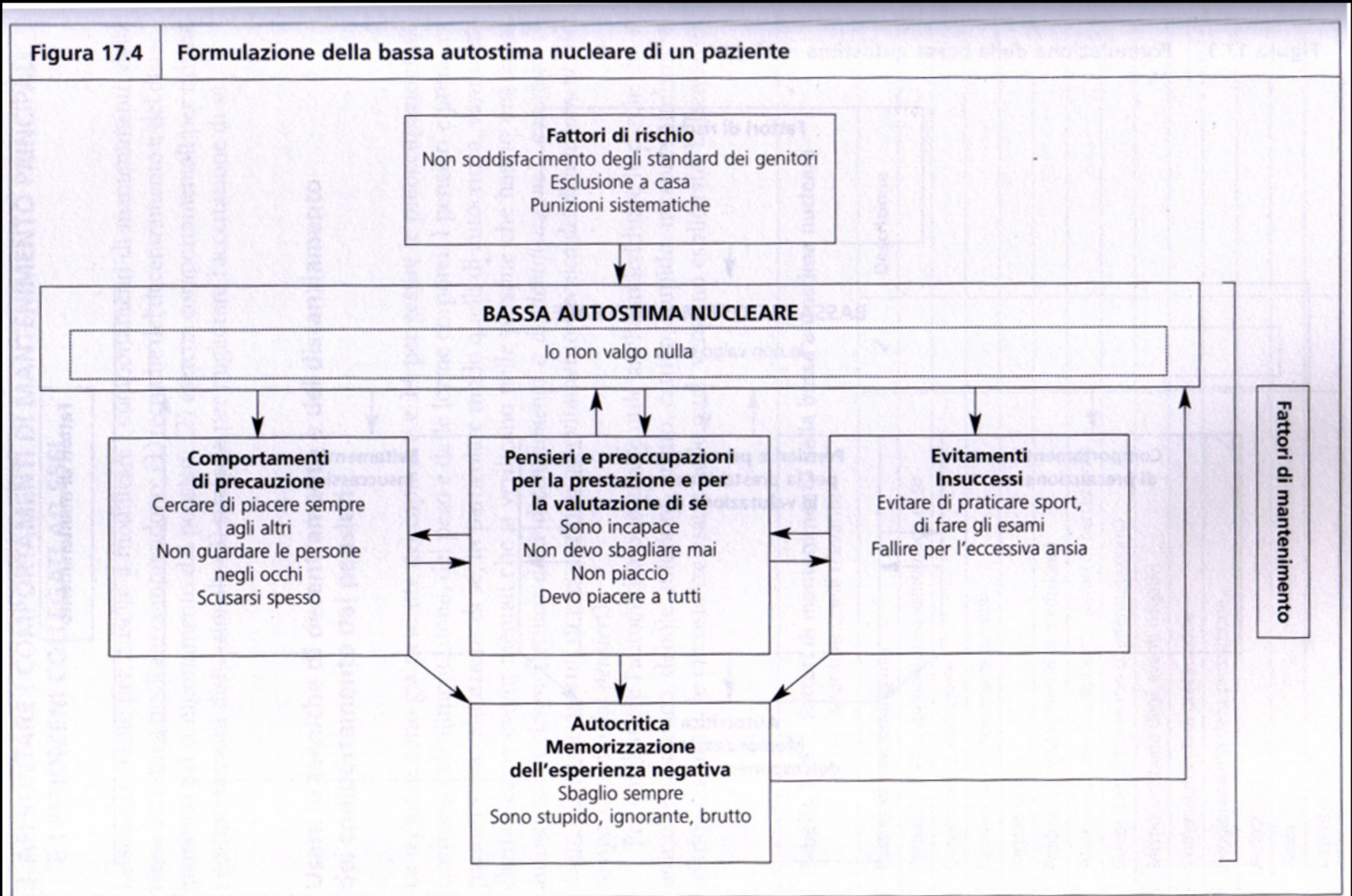
Modulo “Bassa autostima nucleare”

Figura 17.3 Formulazione della bassa autostima nucleare



Modulo “Bassa autostima nucleare”

Figura 17.4 Formulazione della bassa autostima nucleare di un paziente



Modulo “Intolleranza alle emozioni”

Con il termine “emozione” ci si riferisce ad un *accentuato stato d’animo che la persona percepisce in reazione a circostanze esterne od interne.*

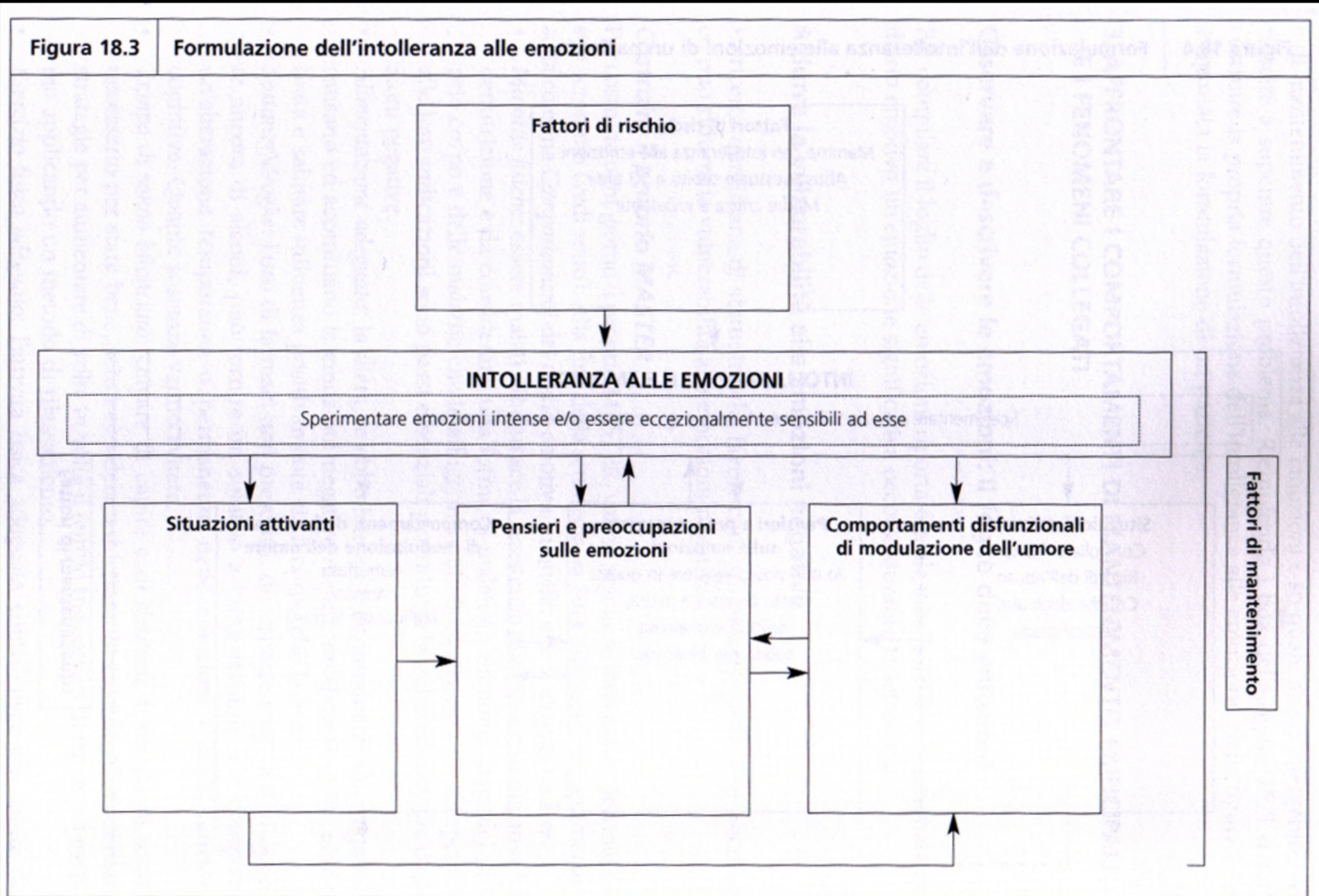
Le emozioni possono essere espresse attraverso il *linguaggio del corpo, le parole, le azioni*, ed il *nome* attribuito ad esse che è diverso da cultura a cultura.

Nel momento in cui si verifica un evento, l’uomo dispone della possibilità di due tipi di reazione: una *reazione emotiva* e una *reazione ragionata*.

Un sottogruppo di persone affette da disturbi dell’alimentazione ha un problema di intolleranza alle emozioni.

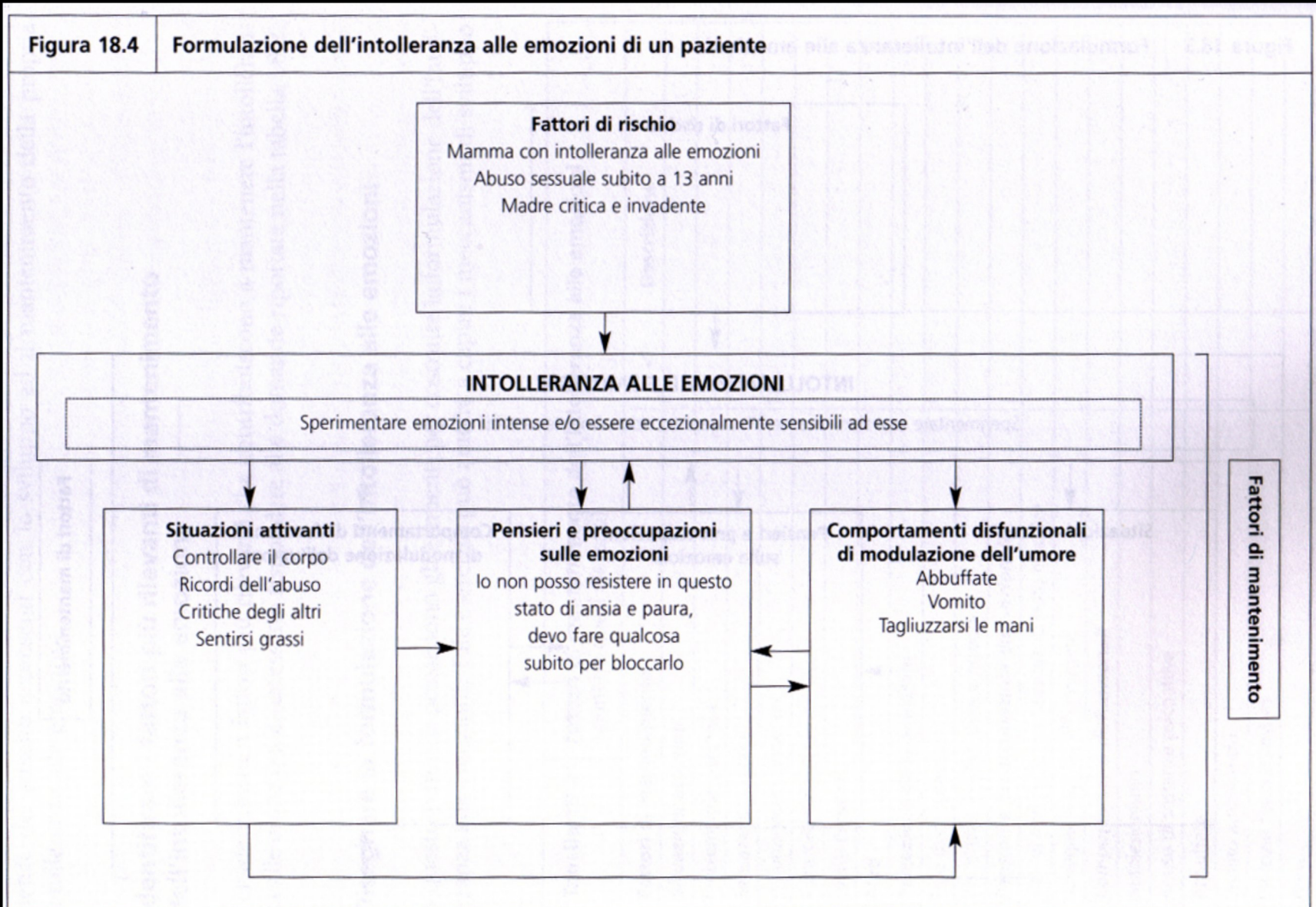
Modulo “Intolleranza alle emozioni”

Figura 18.3 Formulazione dell'intolleranza alle emozioni



Modulo “Intolleranza alle emozioni”

Figura 18.4 Formulazione dell'intolleranza alle emozioni di un paziente



Modulo “Problemi interpersonali”

I principali problemi interpersonali osservati nei disturbi dell'alimentazione sono:

- * *il lutto;*
- * *le dispute di ruolo;*
- * *i deficit interpersonali;*
- * *le difficoltà nelle transizioni di ruolo.*

Mantenere la motivazione

Un problema che affligge le persone affette da disturbi dell'alimentazione è che *la motivazione al cambiamento non è stabile*, lavorare sulla motivazione, quindi, è un processo che deve accompagnare tutta la terapia.

Esercizi per mantenere la motivazione al cambiamento:

- * elencare i vantaggi e gli svantaggi del disturbo dell'alimentazione;
- * elencare i costi e i benefici del cambiamento;
- * disturbo dell'alimentazione amico mio, nemico mio;
- * il futuro.