ANORESSIA

Può iniziare con una semplice dieta che degenerando vede un ricercarsi di una magrezza impossibile tramite un rifiuto del cibo. Il corpo denutrito degenera con cali delle funzionivitali insufficienza renale cardiovascolare perdita di denti e capelli.
La fase ultima è la morte!
x diagnosticare una Anoressia Nervosa ci deve essere la presenza contemporanea di alcune caratteristiche patologiche.
- Rifiuto di mantenere il peso a un livello minimo di almeno l'85% del peso previsto sulla base delle proprie caratteristiche costituzionali.
- paura di recuperare il peso pure in presenza di denutrizione.
- preoccupazione x il peso e l'aspetto fisico, associata al bisogno ossessivo di controllare forma e il peso anche a costo di danni fisiologici evidenti.
- Amenorrea che dati tre mesi.

Un BMI <17,5 è un segno di sottopeso sospetto soprattutto se nn può essere spiegato da malattie di altro genere.

BULIMIA

È sintomo di una bassa stima della propria persona e presenta un vuoto interiore incolmabile al quale si cerca di rimediare compulsivamente ingurgitando cibo anche contro voglia e in grandi quantità, per far fronte a dipendenza al pari di una droga vengono escogitati sistemi di eliminazione calorica preventiva come il vomito autoindotto o l'abuso di diuretici e lassativi.

OBESITA'

Viene utilizzato il cibo come soluzione, fuga o anestetico, è una forma di autodifesa contro la depressione.
Per diagnosticare una Bulimia Nervosa ci deve essere la presenza contemporanea di alcune caratteristiche patologiche.
- Abbuffate con frequenza almeno settimanale in cui vengono consumati alimenti in quantità decisamente superiori a quelli che la maggior parte delle persone riescono a consumare in singoli pasti.
- Presenza di comportamenti rivolti a compensare le abbuffate e ad impedire il conseguente aumento di peso: tra queste il vomito autoindotto, l'abuso di farmaci lassativi e diuretici, l'attività fisica esagerata.
- L' autostima e la fiducia in sé stessi sono legate esclusivamente all'aspetto fisico e al peso corporeo.
- Assenza di una diagnosi preesistente di Anoressia Nervosa, e assenza di grave sottopeso

Chi soffre di Bulimia Nervosa ha un comportamento impulsivo ed è scontenta del suo sintomo che vive come minaccioso rispetto al suo desiderio di magrezza. Una ragazza bulimica ha lo stesso desiderio di magrezza di una ragazza anoressica, ma non tollera la disciplina ferrea necessaria a mantenere una alimentazione estremamente ridotta.

Obesità e rischio per la salute

Il grasso fa bene. Almeno il 3-5% del peso corporeo dovrebbe essere costituito da adipe, per proteggere gli organi interni, isolare termicamente l'organismo ed ammortizzare i colpi.
L'obesità invece fa male. Un peso eccessivo può provocare gravi disturbi e gli individui obesi hanno dal doppio al triplo di probabilità di morire prematuramente rispetto agli individui normopeso.
Un individuo viene definito obeso quando il suo BMI è >30.
Quando il BMI è >40 parleremo di obesità grave, ovvero di una forma di obesità che comporta un grave rischio per la salute del soggetto.
Un obeso è quindi un individuo che ha un peso che supera di gran lunga quello ritenuto ideale dal punto di vista sanitario (ed anche dal punto di vista assicurativo).
I rischi che corre un obeso consistono in una serie di malattie che si è visto essere + frequentemente correlate all'obesità e tanto più probabili quanto più grave è il livello di obesità presentato da un individuo.
Queste malattie sono: diabete, calcolosi biliare, insufficienza respiratoria, apnee notturne, malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, artrosi della colonna vertebrale e degli arti inferiori, gotta, anomalie della fertilità, cancro.
Lo stato di obesità costituisce inoltre un fattore di rischio specifico per gli incidenti anestesiologici, nel caso in cui occorra sottoporsi ad una anestesia generale per affrontare un intervento chirurgico.

È stato altresì dimostrato che questi rischi possono essere grandemente ridimensionati tenedo sotto controllo alcuni parametri di cui paradossalmente il peso sarà quello meno influente.
Ricerche hanno dimostrato che una perdita del 10% del peso iniziale, oltre che essere un risultato facile da raggiungere e da mantenere nel tempo, è già un fattore sufficiente per ridurre del 20% la mortalità totale per obesità, ridurre del 40% la mortalità legata all'aumentato rischio di cancro legato all'obesità, ridurre del 30% la mortalità legata al diabete, etc.
Quindi un piccolo calo di peso può dare grandi benefici per la salute.

Ma come fare a stabilire con più esattezza i propri indici di rischio?

Come capire quando è opportuno perdere peso?

Una volta calcolato il BMI, bisogna calcolare anche la circonferenza del giro-vita (che misura il grado di obesità addominale e che può essere calcolata con un semplice metro da sarto) in quanto il grado di obesità addominale è un altro fattore che si è visto essere correlato in maniera direttamente proporzionale al rischio sanitario per l'obesità.
La circonferenza del giro-vita è però un dato utile soltanto nel caso in cui,
il valore del BMI sia <35 (in quanto se è superiore vuol dire che l'indice di rischio è già sin troppo elevato di per sè).
Per ridurre l'indice di rischio patologico legato all'obesità la circonferenza del giro-vita dovrebbe essere mantenuta inferiore a 88 cm x le donne e a 102 cm x gli uomini.

La perdita di peso sarà pertanto altamente consigliabile in tutti quei casi in cui:

- il valore del BMI è >30
- il valore del BMI è compreso tra 25-30, ma la circonferenza del giro-vita è superiore a 88 cm x la donna o 102 cm x l'uomo
- esistono delle condizioni patologiche legate all'obesità (respiratorie, cardiovalscolari, diabete, etc ...) già in atto

In tutti questi casi, seguendo un programma di controllo del peso oggi disponibile in molti centri ospedalieri italiani, è possibile ridurre significativamente il rischio patologico legato alla condizione di obesità pure senza sottoporsi a diete massacranti o incongrue.

Binge Eating Disorder

Il Binge Eating Disorder (Disturbo da Alimentazione Incontrollata) viene diagnosticato in persone in sovrappeso e che manifestano sintomi di patologia del comportamento alimentare senza rientrare nella diagnosi di Bulimia Nervosa.

- Abbuffate simili alla Bulimia Nervosa oppure frequenti pasti o spuntini nel corso della giornata. I pasti possono essere più o meno consistenti, ma si susseguono in continuazione.
- Assenza di vomito compensatorio
- Presenza di vergogna x il nn controllo alimentare.

Questi individui non presentano mai un peso normale. Il BED è presente nell'1-4% dei soggetti obesi e nel 20-30% degli obesi che richiedono un trattamento specialistico. La probabilità di soffrire di un BED aumenta con la gravità dell'obesità.

Disturbo Alimentare Atipico
Oltre ai classici disturbi alimentari: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e
Binge Eating Disorder, esistono altri quadri clinici che nn presentano i criteri per diagnosticare un disturbo specifico.
Per esempio, se si hanno tutti i criteri diagnostici della Anoressia Nervosa ma nn il ciclo mestruale, si avrà un Disturbo Atipico del Comportamento Alimentare.
Quindi se si ha solo 2-3 dei criteri validi per l'Anoressia o per la Bulimia, ma non tutti, si soffrirà cmq di un disturbo del comportamento alimentare.
Un altro esempio: mangiare il giusto, ma ogni tanto indursi il vomito ed essere angosciati dalla bilancia.
Anche questo è un Disturbo Atipico del Comportamento Alimentare.
Il criterio per valutare la presenza di un disturbo alimentare (anche se atipico) è l' atteggiamento che una persona ha nei confronti del suo peso e del suo aspetto fisico.
Quando una persona passa la maggior parte del suo tempo a preoccuparsi per la forma ed il peso del suo corpo o fa dipendere la sua autostima dall'aspetto del suo corpo ha sicuramente un qualche tipo di disturbo alimentare.

ALTRI DISTURBI

Nn essendo un problema di appetito convive spesso con altri sintomi quali la depressione, l'ansia, disturbi psicosomatici e dipendenze varie.
Questi disturbi "secondari" rimangono spesso radicati anche oltre quello principale al quale si accompagnano.

- Binge Eating
- Ricorrenti abbuffate senza azioni risolutorie tipiche della bulimia nervosa
- masticazione del cibo ma mancanza di deglutizione
- soggetto di peso nella norma che applica esagerate soluzioni compensatorie (es: vomito) x piccole quantità di cibo
- Vomito: Oltre a sottoporsi ad una dieta ferrea e a routine di esercizio fisico massacrante molte persone che soffrono di queste patologie, allo scopo di limitare l'assorbimento di calorie, si inducono il vomito.
  Questo disturbo è presente nella maggior parte dei casi di Bulimia Nervosa ed in una buona metà dei casi di Anoressia Nervosa.
  Pare essere una pratica piuttosto diffusa tra le donne in età compresa tra i 15 ed i 35 anni anche in assenza di disturbi alimentari specifici.
  Studi in Europa e USA hanno evidenziato che circa un 10% delle donne in questa fascia di età riferisce di indursi occasionalmente il vomito ed un 2% di vomitare 1 o + volte alla settimana.
  I metodi usati sono i + vari, dalla stimolazione manuale o meccanica (eseguita con posate, bacchette, spazzolini da denti, abbassalingua) dell'ugola e della zona retrolinguale fino all'ingestione di grandi quantità di bevande gassate, alla compressione addominale ottenuta manualmente o mediante oggetti diversi.
  In questo modo si è convinti di eliminare gli effetti del cibo ingerito sull'aumento del peso (in realtà studi recenti eseguiti a Pittsburgh, USA, hanno dimostrato che con il vomito si eliminano circa il 50% delle calorie ingerite).
  Il vomito ha effetti molto deleteri sul comportamento alimentare.
  Si è visto che quando uno inizia ad indursi il vomito, il numero delle abbuffate inzia a crescere in maniera vertiginosa, essendo convinto di aver trovato una bacchetta magica che gli consentirà di mangiare quello che vuole.
  Il vomito ha un effetto ansiolitico che ne rinforza l'abuso.
  L'abitudine ad auto-indursi il vomito non è una pratica scevra da complicazioni per la salute di chi la usa. È causa di disturbi gastrici, danni dentali irreversibili, laringiti acide ad andamento cronico, infiammazioni e rigonfiamenti delle ghiandole salivari. Nei casi + sfortunati può causare rottura esofagea e morte per emorragia.

Il punto comune è la fame d'amore.

Statistiche:

3 milioni di persone in Italia sono colpite direttamente da anoressia, bulimia e disordini alimentari;

5% della popolazione soffre di disturbi alimentari;

7,5 milioni sono le persone coinvolte a livello familiare con tali patologie;

14-35 anni è la fascia di età più colpita ma i disturbi possono manifestarsi anche in fasce di età più giovane e oltre i 40 anni;

92% di chi chiede aiuto è donna.

un sondaggio su 32.000 donne di varie fasce di età e con occupazioni diverse, pubblicato dalla rivista Glamour all'inizio degli anni Ottanta, ha rilevato che il 75% si sentiva troppo grassa anche se, in base ai parametri delle tabelle mediche per il peso-forma, solo il 25% risultava veramente in sovrappeso. Le parti del corpo che provocavano insoddisfazione erano soprattutto le cosce, i fianchi e la pancia.

L'anoressia ha un esito fatale in un numero variabile tra il 5-10% dei casi diagnosticati, proporzione questa più elevata di quella di ogni altro disturbo psichiatrico.

---

soffrire di un disturbo alimentare come Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa o BED, al di là del problema in sè stesso può essere alla base di una serie di complicanze mediche aggravanti il quadro del disturbo stesso e causanti danni fisici irreversibili.
Le complicanze più frequenti sono legate a danni all'organismo da dieta, deficit calorico-proteico e perdita di peso.
Anche i sistemi di eliminazione e controllo del peso, come vomito auto-provocato, uso di lassativi e diuretici causano ulteriori complicanze.
Quando invece di una perdita si ha un aumento del peso (BED) si avranno tutte le complicanze mediche dell'obesità. La + grave è la morte.
Da studi a lungo termine, in diversi paesi del mondo, si è visto che la mortalità dell'Anoressia Nervosa è del 4-18% dei pazienti. È paragonabile alle tossico-dipendenze.
La morte nell'Anoressia Nervosa è sovente causata da danni cardiaci, polmonari e renali dovuti a denutrizione grave ma anche dovuta a condotte auto-aggressive riscontrabili in un 20% circa dei pazienti.

Altre complicazioni sono:
- amenorrea
- anemia
- osteoporosi
- debolezza muscolare, insonnia, perdita dei capelli, aumento della peluria corporea, secchezza della pelle.

Il vomito causa gastriti e danni permanenti a smalto e a dentina dei denti, rigonfiamenti dolorosi delle ghiandole salivari (che causano un aspetto del volto a guance di scoiattolo) e laringiti sub-acute da acido che possono portare danni permanenti alle corde vocali.
L'abuso di diuretici causa danni renali, ristagno di liquidi nel corpo, abbassamento della pressione arteriosa e aumentato rischio di collassi cardio-circolatori.
L'abuso di lassativi causa infiammazioni intestinali croniche che nel tempo provocano la perdita delle capacità motorie dell'intestino ed una stitichezza permanente.
Ogni volta che si presentano una di queste complicanze si dovrebbe chiedere una consulenza medica per valutarne la gravità e mettere in atto le terapie apposite.

COSA FARE?

Nn parlare del problema cibo/corpo/peso. Nn si tratta di problemi riguardanti l'appetito, è una questione sentimentale e comunicativa, parlare ascoltare e nn giudicare, evitare colpevolizzazioni e sensi di colpa (che peggiorerebbero la situazione). Nn negare il problema e rivolgersi ad uno specialista, in principio senza farne parola all'interessato.

PERCORSO DI CURA

L'approccio utile a risolvere tali problemi è di carattere psicoterapeutico, con il primo obbiettivo di far prendere coscienza alla persona del proprio problema (ripercorrendo le varie esperienze passate sondando ogni problema recesso e ricercando una propria identità alla voltadi una soluzione ed a un cambiamento) e dei motivi scatenanti tale sofferenza, il problema principale infatti è proprio che al contrario di un problema/danno fisico quello psicologico spesso nn è riconosciuto dalla persona e/o provoca colpa e vergogna che contribuiscono ad un allontanamento e ad una negazione.
A seconda del caso verranno svolti trattamenti individuali o di gruppo.
È importante il colloquio dello specialista curante anche con i parenti e la collaborazione con questi.

Se esiste il dubbio di soffrirne ecco due consigli:

1. nn siete diversi dagli altri, esistono molte persone con questo problema, un 5% di ragazze tra i 14 e i 25 anni e la maggior parte delle modelle.
2. provate a prendere un foglio bianco in 2 colonne, nella prima elencate i pro del vostro comportamento e nella seconda i contro (sincerità e oggettività); immaginate cosa ci sarebbe scritto tra 5 anni se tutto procedesse in modo uguale.
3. informatevi (librerie, internet, consultori, medico curante ...)
4. cercate una svolta rivolgendovi in sincerità al vostro medico curante o ad uno specialista
5. evitate trattamenti incentrati solo sul lato psicoterapeutico, in fondo esistono anche motivazioni genetiche e/o abitudinarie e una buona cultura nutrizionale è indispensabile.
6. nn affidatevi solo ed esclusivamente sulla terapia farmaceutica

Solitamente è preferibile una terapia ambulatoriale, ma nei casi in cui il peso è severamente ridotto (BMI <16), si presentano complicazioni mediche (ipopotassiemia, disturbi psicologici/comportamentali gravi, scarsa risposta al trattamento tradizionale in 3-6 mesi o altro) o familiari (problematiche o bisogno di allontanamento e protezione di ambo le parti è indicato il ricovero.

Auto-monitoraggio

È un' auto-terapia comprendente attività che il paziente può imparare a svolgere:

- diario alimentare
- pesatura settimanale
- calcolare BMI
- verificare settimanalmente i progressi

Un diario alimentare é costituito da colonne che contengono queste info:, cibo e bevande, luogo, abbuffate (se presenti), eventuali tentativi di compenso (come ginnastica, vomito autoindotto, uso di farmaci etc.), pensieri ed emozioni provate durante.
Deve essere compilato ogni volta che si mangia o si beve qualcosa subito dopo e non alla fine della giornata.
Lo scopo é di aiutare a rendersi conspevole di quello che succede quando si mangia.
Una volta alla settimana si dovrebbe verificare, senza severità, l'andamento del diario e, su questa base, porsi un obbiettivo per la settimana successiva.
Il tipo di obbiettivo terrà conto dei risultati raggiunti e sarà un piccolo passo avanti rispetto al punto raggiunto.

Auto-Aiuto

Sono intese le strategie terapeutiche gestite completamente o in parte da soggetti.
Esistono tipi di auto-aiuto puro, in cui da soli (con l'aiuto di un manuale) si gestisce la terapia, o di auto-aiuto guidato, supervisionato da un medico o da uno psicologo addestrati all'uso di tale programma.
Il principale scopo è di coinvolgere attivamente il paziente nella terapia e il coinvolgimento attivo nella terapia è il principale fattore limitante i successi, una forma di auto-aiuto è presente in quasi tutti i programmi terapeutici specialistici, siano ospedalieri o ambulatoriali.
Si può consigliare l'uso di programmi di auto-aiuto puro a tutti quelli che si rendono conto di dare un'importanza eccessiva al peso ed all'aspetto fisico, ma che non rientrano nei criteri diagnostici di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa BED.
L'auto-aiuto guidato, si può consigliare a chi soffre di gravità moderata (BMI >= 17,5).
In tutti gli altri casi si consiglia l'associazione ad un programma terapeutico specialistico.
I manuali di auto-aiuto in lingua italiana, riguardano il generico che disturbi specifici e sono facilmente reperibili in tutte le principali librerie.

Alimentazione meccanica

È una strategia terapeutica dei programmi di riabilitativi ospedalieri, ma che può essere usata anche in programmi di auto-aiuto.
insegna a non pensare al cibo, al controllo del peso, a ridurre le abbuffate, a ripristinare i segnali biologici della fame e della sazietà, a ridurre sensi di ansia e di colpa connessi con il
mangiare.
Per alimentarsi in maniera maccanica bisogna immaginarsi di imparare a mangiare meccanicamente, agendo come robots, svuotando, cioé, il pasto di ogni significato.
Il pasto e lo spuntino divengono una regola esterna, come una medicina da prendere ad orari scadenzati e prefissati.
Nn si mangia quando si ha fame e non si smette quando si è sazi, non si pensa a quello che c'é nel piatto, non ci si pongono domande sul cibo, non si mangia fuori dagli orari prefissati.
Si decide in anticipo quanto e cosa si mangia, e ci si attiene al programma.
Non si salta mai un pasto, e dopo il pasto ci si distrae.
È una tecnica perseguibile anche da soli, con l'aiuto di un partner o di un familiare, e va continuata finché ricompaiono gli stimoli della fame e/o della sazietà e l'ossessione per il peso comincia a diminuire. Questo richiede 4-12 mesi.
È uno strumento terapeutico molto potente, le persone che l'hanno utilizzata ne sono state aiutate.

Dipendenza

La dipendenza si riconosce da vari fattori, lo scandire del tempo è scandito dalla ricerca e dall'attesa della sostanza in modo fin ossessivo (compreso il continuo pensare alla sostanza e girarci attorno), la sostanza rappresenta una soluzione puramente illusoria al problema ed è anche odiata perché rende prigionieri in un circolo vizioso oltre che amata x la concessione di un momento di pace nella ricerca di colmare un vuoto doloroso e angosciante.
Le sostanze sono intercambiabili tra loro x tipologia e possono essere le + svariate.
Una dipendenza può mostrare anche la continua promessa di interruzione del circolo vizioso col continuo fallimento che ne aumenta la depressione e ne diminuisce la forza di volontà.

La depressione

Oggi è uno dei disagi psicologici + diffusi senza nessuna distinzione tra le persone, comporta la perdita di interessa e piacere x ogni attività (si ricerca un senso per tutto, per la vita, senso perduto e si trova inutile e inconcludente ogni cosa), alterazioni del sonno, dell'appetito, del peso, dell'attività psicomotoria, riduzione delle energie, svalutazione della propria persona (e nn solo) e/o sentimenti di colpa, riluttanza/difficoltà a pensare, concentrarsi e prendere decisioni, pensieri di morte e anche tentativi di suicidio; ci si sente spesso spenti, giù di corda, senza sentimenti e/o motivazioni; possono presentarsi situazioni di irritabilità dell'umore, rabbia, scoppi d'ira sia verso gli eventi che gli altri; ci si può trovare in uno stato di tristezza parallelamente ad ansia e disperazione; gli impegni quotidiani, gli svaghi e le relazioni sociali sono ostacolate dalla depressione.

Ansia

L'asia può arrivare ad un livello insopportabile tramutandosi in angoscia o attacchi di panico.

Attacchi di panico

Significa ritrovarsi in stato di apprensione terrore angoscia senza motivazione. È una situazione improvvisa ed esponenziale (<10' per arrivare all'apice).
Presenta palpitazioni, sudorazione, tremori, dispnea o soffocamento, nausea, vertigini o giramenti, dolore o fastidio al petto, derealizzazione e depersonalizzazione, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, brividi o vampate di calore.
Spesso si presentano anche agorafobia e l'ansia di trovarsi in imbarazzo o difficoltà di fuga con la mancanza di aiuto in caso di un attacco di panico improvviso/inaspettato.
L'agorafobia può essere rivolta all'essere soli fuori casa, in mezzo alla folla, in coda, su un ponte, un bus, un treno, un automobile, un aereo. Si cerca di evitare tutte queste situazione che possono causare questi attacchi di panico (con conseguente riduzione delle uscite e delle attività a causa del terrore di perdita del controlllo, un altro circolo vizioso, panico del panico).

Disturbi psicosomatici o somatrofformi

Presentano sintomi fisici attribbuibili a malattie fisiche ma in mancanza di queste e neppure dovuti a sostanze esterne. Causano disagio e danneggiano i rapporti sociali e lavorativi.
+ che cure farmaceutiche sono necessari trattamenti psicoterapeutici.

Abbuffata

Una abbuffata (binge-eating) è una grande mangiata, un episodio alimentare vede l'abuso di grandi quantità di cibo in un tempo e la perdita del controllo
Non è abbuffata il mangiare grandi di cibo ai pasti se si è in grado di interrompersi piacimento, né mangiucchiare in continuazione durante la giornata,
né mangiare qualcosa quando si è tesi o nervosi o alzarsi di notte per sgranocchiare qualcosa.
Questi comportamenti indicano un rapporto disturbato con il cibo ma non sono vere e proprie abbuffate.
Le abbuffate sono un elemento fondamentale della diagnosi di Bulimia Nervosa e di Binge Eating Disorder, ma possono essere presenti anche nelle fasi avanzate dell' Anoressia Nervosa.

Abusi Sessuali

Definisce attenzioni sessuali di un adulto nei confronti di un minore tramite diversi tipi comportamentali tutti in stato di coercizione del minore
Possono essere legati anche ad ogni altra manifestazione di violenza.
Fino al 50% di chi presenta disturbi alimentari ha subito questo genere di abusi (portando solitamente a disturbi della personalità).
Tutto questo aumenterà la timidezza e la diffidenza oltre alla vergogna nel cercare/accettare un aiuto.

Amenorrea

È l'interruzione del ciclo mestruale.
Può avere molte cause. Nel caso dell'anoressia è dovuta all' alterazione della normale produzione dei precursori degli ormoni sessuali femminili da parte dell'ipotalamo.
È secondaria alla perdita di peso ed alla restrizione alimentare e si normalizza in pochi mesi dal recupero del peso corporeo fisiologico.
Gli effetti di queste alterazioni sono la perturbazione delle attività fisiologiche regolate dagli ormoni sessuali.
Alla amenorrea si associa poi un calo del desiderio sessuale (nei maschi si associa impotenza sessuale).
Alla lunga ne deriva una riduzione dei caratteri sessuali secondari (distribuzione del grasso e delle masse muscolari, distribuzione dei peli e dei capelli, timbro della voce, etc.).
In + diminuzione dei livelli ormonali e denutrizione demineralizza le ossa e i denti (già attaccati dagli acidi del vomito) con osteoporosi disseminata.
È inutile, se non dannoso, cercare di risolverle somministrando ormoni femminili questo anche perché costringeremmo il corpo a nuove perdite mensili che non sarebbero recuperate e peggioreremmo le cose.

Autostima

È la capacità di valutare efficacemente e positivamente le proprie risorse, é uno dei punti deboli delle persone affette da Disturbi del Comportametno Alimentare.
La bassa autostima, associata a incapacità di identificare e reagire alle emozioni, contribuisce alla formazione di quel concetto di sé scarso e svalutante.
Si è molto critici verso se stessi e ci siconsiderarsi inadeguati e sbagliate.
Il corpo diventa l' obiettivo di tutto lo scontento perché appare + controllabile e modificabile degli altri aspetti della personalità.
Il controllo del corpo ed dell'aspetto fisico si cerca di ritrovare/ricostruire un'autostima e una fiducia in se stessi che non si riesce a trovare dentro di sé.
La dieta e i comportamenti di eliminazione per controllare il finiscono per intrappolare in circoli.
Per questo motivo i problemi legati alla scarsa autostima e alla scarsa fiducia in se stessi devono sempre essere affrontati nel corso della terapia.
Se non si aiuta a ritrovare altrove la stima e la fiducia, non è possibile convincere ad abbandonare le tecniche di controllo del peso e anche quando,per brevi momenti fosse possibile ben presto si ricadrebbe sintomatologia.

Lassativi e Diuretici

Spesso ci si affida (in questi casi, nn mi riferisco alla normalità ovviamente) per il controllo del peso ad una serie di tecniche e strategie (definite condotte di eliminazione) tra cui figurano anche l'auto-prescrizione di farmaci lassativi e diuretici.
Circa un terzo delle persone bulimiche fa uso di lassativi e circa il 10% assume diuretici, tutto questo allo scopo di eliminare le calorie che ritiene di avere assunto in eccesso con la dieta o con le abbuffate.
L'uso di questi farmaci dovrebbe essere limitato ad usi terapeutici ben specifici e la maggior parte di questi dovrebbero essere venduti solo dietro presentazione di ricetta medica. Si riesce a procurarseli ugualmente e talora se ne fa un uso esagerato (non è affatto raro trovare ragazze bulimiche che riferiscono di avere usato per anni dalle cinque alle dieci compresse di lassativi al giorno).
I pretesti che vengono più comunemente addotti per giustificare tale abuso sono di solito: la stitichezza (per i lassativi) o la ritenzione idrica (per i diuretici).
Entrambi questi sintomi però sono in realtà delle conseguenze dei regimi alimentari incongrui che vengono seguiti e rappresentano delle reazioni difensive fisiologiche dell'organismo che dovrebbero servire per segnalare dei malfunzionamenti gravi del metabolismo.
Quando però si usano dei farmaci per forzare l'organismo a reagire in un modo che è al di fuori delle sue possibilità di compenso si entra in un circuito patologico ancora più grave.
E così succede che i lassativi, che in origine erano stati assunti per vincere una supposta stitichezza, provocano dei danni all'innervazione della parete intestinale e questo causa poi una stitichezza vera, ostinata ed irreversibile. Mentre i diuretici, che in origine erano stati assunti per vincere una supposta ritenzione idrica, provocano danni renali cui consegue uno scompenso del bilancio dei liquidi e dei sali, il che si riflette poi in una vera e propria causa di ritenzione idrica.
Non si ripeterà mai abbastanza che l'uso di questi farmaci finalizzato al controllo del peso non è solo stupido ma addirittura autolesionistico.

Caratteristiche della personalità

Vi sono caratteristiche specifiche che vengono riscontrate generalemtne.
Queste pertanto considerate come fattori di vulnerabilità.
Significa che un individuo che possiede questi tratti di personalità che e cresce in un ambiente social-culturale che enfatizza la magrezza, quando si trova di fronte a difficoltà esistenziali potrà rifugiarsi in una dieta ed iniziare quel percorso che lo porterà poi a sviluppare ua di queste patologie.
Si può dire che una persona + a rischio tanto +:

- ha uno scarso concetto di sé
- nn si stima
- nn ha fiducia in se stessa
- ha scarsa consapevolezza delle proprie emozioni
- è eccessivamente perfezionista
- estremizza le cose (tutto bianco/tutto nero)
- nn conosce mezze misure
- manifesta comportamenti impulsivi/ossessivi
- tende ad attribuire importanza eccessiva al peso ed alla forma del proprio corpo

Quando una persona con 3 o + di questi tratti inizia una dieta restrittiva, corre il rischio di trasformare la dieta e i suoi risultati in un mezzo per aumentare l' autostima e il concetto che ha di sé (è più facile apparentemente controllare il peso che aspetti della vita).

Contesto culturale

Molti studi di antropologia e psichiatria transculturale dimostrano che sono patologie a fortissima determinante culturale.
Si sviluppano in quei Paesi in cui la cultura enfatizza la magrezza come un valore socialmente importante e desiderabile.
Non a caso oggi si è a livello di emergenza epidemiologica nei Paesi industrializzati occidentali (4-5% delle ragazze in età tra 15-35anni ne soffre), mentre sono sconosciuti in Cina, nel sub-continente indiano, in Africa, in Oceania e in molti stati arabi.
Tuttavia una ragazza cresciuta in questo tipo di culture che si trasferisce(x studio o lavoro) in un paese ad elevata incidenza (paese dove i mezzi di comunicazione parlano di corpo, forma fisica, magrezza e diete) nel giro di 1-2anni può rischiare di sviluppare ua di queste patologie, proprio come rischiano le ragazze che sono sempre vissute in questo tipo di cultura.
L'importanza della cultura della magrezza e dell'imposizione al sesso femminile, può essere compresa facendo una semplice prova:
andate in edicola e sfogliate, a caso, qualche rivista femminile, provate a:

- trovare una rivista in cui non ci sia una dieta consigliata
- nelle pagine pubblicitarie delle riviste ci sono molte modelle, analizzate la forma del loro corpo e provate a fare una stima del loro peso, poi guardatevi intorno e valutate se vedete + donne che gli assomigliano o + donne che pesano di +.

Mentre il peso medio della popolazione dei paesi occidentali è andato aumentando negli ultimi 40anni, il peso medio dei suoi modelli ideali è andato diminuendo.
Per verificare questo dato basta guardare le foto delle Miss degli anni sessanta e confrontarle con quelle delle miss degli anni '90.
Significa che l'adolescente media che nel 1960 sfogliando una rivista di moda vedeva delle modelle che +o- avevano forme corporee simili alle loro, oggi l'adolescente media sfogliando una rivista analoga vede delle modelle che in media pesano il 20% in meno di loro e comincia a pensare che le ci vorrebbe una bella dieta.
Ciò fa capire xché al contrario di oggi nel 1960 queste patologie erano una rarità!

Fattori predisponenti

La ricerca ha dimostrato che non è possibile attribuire lo sviluppo ad una singola causa, ma esiste un concorso di cause che portano verso la patologia.
Lo sviluppo è stato descritto come un processo a tre fasi nel corso delle quali la presenza di determinati fattori di rischio crea una predisposizione ad ammalarsi, xcui alcuni individui diventano più vulnerabili.

Quando queste persone più vulnerabili si trovano di fronte ad eventi particolarmente stressanti vi è una altissima probabilità che sviluppino problemi alimentari piuttosto che una patologia psicologica, o psicosomatica, di altro genere.
Una volta che il problema si è stabilito ed assestato tenderà ad automantenersi ed a perpetuarsi nel tempo x via di alcuni circoli viziosi interni al suo stesso meccanismo fisiopatologico.
Vi sono dunque diversi fattori che predispongono un individuo:

- essere una donna è uno di questi. Infatti è innegabile che una donna sia molto più soggetta al culto della magrezza di quanto non lo sia un uomo, anche se soprattutto ultimamente le cose in generale si sta appianando (nn a beneficio di queste ma a danno dell'incidenza maschile)
- avere una età compresa tra i 15 ed i 35 anni
- soffrire di disturbi depressivi e avere certe caratteristiche di personalità
- essere in sovrappeso
- avere una famiglia in cui il peso e la forma fisica sono considerati come problemi importanti
- avere subito abusi sessuali nell'infanzia o nell'adolescenza
  - essere cresciuti in una famiglia che non ha trasmesso sufficientemente la fiducia in se stessi l'autostima la capacità di riconoscere ed elaborare le emozioni

La concorrenza di due o più di questi fattori crea una che sarà tanto + forte quanto + numerosi saranno i fattori presenti.

Pensieri disfunzionali

Le persone che soffrono di Disturbi del Comportamento Alimentare hanno sicuramente una serie di pensieri disfunzionali per quanto riguarda la propria immagine corporea. Nn sono in grado di valutare obbiettivamente il loro peso e l'aspetto del loro corpo.
Per tale motivo queste persone passano la maggior parte del loro tempo a cercare di conformarsi ad un ideale corporeo, che spesso esiste soltanto nella loro testa ed in realtà è irraggiungibile in quanto è troppo distante dal loro peso fisiologico.
La motivazione inconscia per cui hanno deciso di racchiudere tutta la loro autostima ed il loro senso di auto efficacia nel controllo del corpo nasce dal fatto che è obiettivamente più facile esercitare un controllo sul corpo piuttosto che su altri lati del proprio carattere.
Il difetto psicopatologico centrale di queste persone è infatti che non si piacciono ed il controllo del peso è soltanto un mezzo per cercare di piacersi.
Tutti i comportamenti, in apparenza così strani, che queste persone manifestano, sono infatti correlati a questo sentimento di sé deficitario.

Pensano di essere senza valore e quindi devono sempre cercare di essere speciali.
Pensano di essere cattive e quindi devono sempre cercare di essere buone e comprensive.
Pensano di essere senza controllo e quindi devono sempre cercare di esercitare il massimo controllo su tutto e su tutti.
Pensano di essere brutte e grasse e quindi devono essere almeno magre per poter essere belle.
Non conoscono le mezze misure e quando si mettono in testa di fare una cosa, la fanno fino in fondo oppure non la fanno.

Questi pensieri disfunzionali, di cui però sono assolutamente convinte, spiegano praticamente tutti i loro comportamenti sintomatici.
La terapia dovrà progressivamente andare ad erodere tutti questi pregiudizi dei pazienti che son allo stesso tempo dei fattori predisponenti e dei fattori di mantenimento della loro patologia.

La dieta - causa?

Nella popolazione italiana la frequenza di pratiche dimagranti è allarmante: è difficile trovare qualcuno che possa dire di non aver mai fatto una dieta dimagrante.
E' anche vero che molte persone vivono alternando periodi di dieta a periodi di alimentazione normale.
Perciò, visto che tanti individui si sottopongono a diete restrittive, perché solo un 5% della popolazione soffre di un DCA clinicamente evidente?
La risposta è che la dieta da sola non basta a causare l'insorgenza di tali patologie.
Sono necessaria + fattori predisponenti, biologici, sociali e familiari.
E' necessari che vi sia uno stato di vulnerabilità psicologica, che farà sì che soltanto quelli che hanno determinate caratteristiche psicologiche, siano a rischio. E proprio a seconda delle caratteristiche di personalità del soggetto la patologia potrà essere di un tipo piuttosto che di un altro.
È stato dimostrato, dagli anni '60, che una dieta restrittiva che porti ad una perdita del 25%peso corporeo in pochi mesi è in grado di indurre in volontari sani di sesso maschile tutte quelle modificazioni fisiologiche e comportamentali che ritroviamo identiche in queste patologie.

Dieta a scambio

Le diete restrittive non funzionano. Si è visto che dopo una dieta restrittiva quasi il 90% dei soggetti tende a riprendere in breve tempo il peso perduto e tende addirittura ad aumentare di peso.
Come si può fare ad imparare a mangiare correttamente, mantenendo nel contempo un controllo sugli eccessi?
L'Associazione dei Nutrizionisti Americani ha proposto una dieta che si basa su un meccanismo di scambio degli alimenti.
Questa dieta è stata chiamata "dieta a scambio".
La base della "dieta a scambio" è quella di dividere gli alimenti in gruppi alimentari:

- pane, pasta, riso, farine
- carne, pesce, uova, legumi
- latte, yogurt, formaggi
- verdure
- frutta
- condimenti

Ogni gruppo alimentare contiene alimenti con composizione e valori nutrizionali simili e che quindi possono essere scambiati tra di loro.
La suddivisione degli alimenti in gruppo prevede per ogni gruppo un alimento di riferimento (ad esempio 60gr. di pane) che può essere scambiato con qualsiasi altro alimento dello stesso gruppo semplicemente variandone le quantità (ad esempio: 2 fettine di polenta, due pacchetti di cracker, 6 fette biscottate etc ...).
L'alimento di riferimento costituisce un unità di misura utilizzata per costruire una dieta che è basata su porzioni di alimenti che appartengono ai diversi gruppi alimentari.
Un esempio di pranzo può essere:

- 2 porzioni gruppo pane/pasta
- 1 porzione gruppo carne (o gruppo formaggio)
- 1 porzione gruppo condimento
- 1 porzione gruppo verdura
- 1 porzione gruppo frutta

La scelta del tipo di alimento è lasciata libera in quanto per il principio della interscambiabilità degli alimenti gli alimenti delle varie porzioni si equilibrano tra loro. L'importante è che si siano assunti alimenti provenienti da tutti i gruppi alimentari secondo schemi prestabiliti.
Una dieta a scambio è un modo per imparare a mangiare in modo corretto ed equilibrato e può essere usata da chiunque con problemi alimentari o meno.

Esercizio eccessivo

Una delle tecniche usate per contenere il peso corporeo consiste nel tentare di bruciare calorie attraverso l'esercizio fisico.

Quando però una persona che non conosce le mezze misure fa una cosa è evidente che o non la fa o la fa in modo esagerato ed eccessivo.
Così come avviene per la dieta avviene anche per l'esercizio fisico.
Fare esercizio fisico significa sottoporsi ad estenuanti sedute di attività aerobiche come: ginnastica, danza, ciclismo, corsa, etc ... , che possono arrivare anche a diverse ore al giorno, tutti i giorni, con una disciplina rigidissima.
E' chiaro che una attività fisica condotta in questo modo finisce per diventare eccessiva, e divenuta intoccabile (non è più possibile rinunciare alla seduta quotidiana, se non a prezzo di grandi angosce) comincia a interferire con lo svolgimento delle normali attività quotidiane.
Non è facile riuscire a trovare il tempo per studiare/lavorare/frequentare amici se si deve contemporaneamente allenarsi per almeno 2-3h al giorno.
Tra l'altro è dimostrato da ricercatori australiani il fatto che l'esercizio fisico eccessivo può indurre una ulteriore soppressione del senso di fame.
In questo modo si alimenta un circolo vizioso che peggiora il soggetto.
Si è visto che quando la paziente comincia a recuperare peso questo circolo vizioso si interrompe.
I rischi dell'esercizio fisico eccessivo sono legati all'induzione di un effetto digiuno che porta ad un ulteriore deficit calorico-proteico e ad un peggioramento dello stato di denutrizione.
Fare attività fisica in condizioni fisiche precarie può essere molto pericoloso: nel migliore dei casi avremo lo sviluppo di danni muscolari ed articolari, nel peggiore avremo: collassi cardio-vascolari e morte per scompenso cardiaco.

Effetti delle diete

Gli studiosi che si occupano di obesità sanno benissimo che le diete restrittive non servono a nulla se non ad innescare circoli viziosi di aumento e perdita di peso (effetto yo-yo) che finiscono per creare all'organismo più danni di quelli che dovrebbero risolvere.
Pare però che le persone che soffrono di tali patologie non siano al corrente di questo tipo di ricerche e che continuino ad utilizzare diete restrittive ferree, (diete che contengano meno di 1200 kcal al giorno e talora molte, molte di meno).
Queste diete vengono create dai pazienti stessi riducendo ed adattando (si fa per dire) ai propri scopi (autolesionistici senza rendersene conto) diete trovate sui giornali o ottenute da qualche dietologo.
L'adattamento viene fatto sulla base di pregiudizi individuali che possono portare a:
- evitare certi cibi
- ridurre le porzioni
- saltare i pasti

Seguire una dieta così sbilanciata, in modo ferreo, rigido, ossessivo, è legato alle caratteristiche di personalità di questi individui, che non conoscono le mezze misure.
Il guaio è che dagli inizi degli anni '60 studi sperimentali (Minnesota Study, 1959) sulle diete restrittive su soggetti volontari sani di sesso maschile avevano dimostrato che la dieta ferrea è in grado di indurre e mantenere tutte quelle modificazioni fisiologiche e comportamentali che si ritrovano nei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione.
Si era visto che dal punto di vista fisiologico causavano:
- debolezza
- senso di freddo alle estremità (via via centripeto x ridotta termogenesi ...)
- alterazioni sensoriali, disturbi gastrointestinali
- disturbi del sonno
- diminuzione dell'interesse sessuale
- rallentamento del metabolismo
- apatia
- diminuzione della capacità di concentrazione e memorizzazione

Dal punto di vista psicologico e comportamentale si era visto lo sviluppo di:
- preoccupazioni eccessive/ossessioni x il cibo
- abitudini alimentari inusuali
- un aumento dell'uso di: caffè, thé, spezie, chewing-gum
- occasionali abbuffate
- ansia
- irritabilità
- depressione
- labilità emotiva
- isolamento sociale

Sulla base di ricerche di questo tipo oggi possiamo dire che la dieta ferrea è uno dei principali fattori di mantenimento diei disturbi dell'alimentazione, infatti tende a creare o alimentare il circolo vizioso che ne mantiene i sintomi caratteristici.

Fattori scatenanti

I fattori causali di un Disturbo del Comportamento Alimentare in un individuo predisposto sono definiti fattori scatenanti.
Si tratta di situazioni della vita che se si presentato ad un individuo con determinate caratteristiche di personalità possono scatenare con elevate probabilità lo sviluppo di tale problema.
Due importanti fattori scatenanti sono:

- la dieta ferrea
- determinate difficoltà di adattamento a stress ambientali

E' stato dimostrato che una dieta che porti ad una riduzione del 25% del peso corporea iniziale può indurre in soggetti sani un quadro fisiologico e comportamentale simile a tale patologie.
L'altro fattore scatenante è il verificarsi di un evento che l'individuo, in cui siano già presenti fattori predisponenti, vive come soggettivamente stressante e a cui non riesce a trovare una risposta comportamentale sufficientemente adattiva, cioè una reazione capace di estinguere il malessere generato dallo stress.
Le situazioni stressanti che vengono più spesso riportate da pazienti come fattori scatenanti sono:

1. La perdita di un familiare
2. La fine di una relazione affettiva
3. La separazione dalla famiglia di origine, per motivi di lavoro o di studio
4. Un fallimento scolastico o professionale
5. Un trasloco
6. Una malattia

Questi eventi fanno parte del normale ciclo della vita di ogni individuo, ma quando si presentano ad individui che hanno determinate caratteristiche di personalità possono dare origine ad un comportamento ossessivo di controllo del peso e delle forme corporee.

Fattori di mantenimento

La ricerca ha dimostrato che la durata media di tali patologie è di circa 4/5 anni (e la conclusione nn corrisponde sempre con la guarigione del soggetto).
Questo ci porta a dire che sono patologie di lunga durata, che tendono a cronicizzare.
Non si è ancora capito perché certi individui sviluppino delle forme ad evoluzione più benigna che regrediscono rapidamente, e invece altri vadano incontro ad un disturbo cronico che tende a peggiorare nel tempo e che può culminare con la morte.
E' stato ipotizzato che i fattori che favoriscono il mantenimento e la cronicizzazione siano i seguenti:

- la struttura di personalità del paziente
- le difficoltà di relazioni interpersonali
- la dieta ferrea
- le tecniche di controllo del peso
- le abbuffate
- l'eccessivo esercizio fisico
- gli interventi terapeutici inadeguati

Da questi fattori si intuisce che una terapia che miri al ristabilimento del benessere per un paziente dovrà essere indirizzata al trattamento di tutti questi fattori.
La terapia ideale sarà una terapia che vada progressivamente ad erodere i fattori di mantenimento sia dal punto di vista nutrizionale, sia dal punto di vista cognitivo-comportamentale, sia dal punto di vista interpersonale.
Un approccio terapeutico che trascuri anche uno solo di questi fattori avrà una elevata possibilità di insuccesso.

Famiglia e problemi familiari

Vi è una ricchissima bibliografia specialistica sui cosiddetti fattori predisponenti familiari.
Per molti anni queste patologie sono state considerate da molti ricercatori come l'espressione di una patologia che nasceva nel nucleo familiare.
Oggi molti di quegli stessi clinici, che furono tra i pionieri di questo approccio, sono diventati molto più prudenti nell'attribuire delle responsabilità causali alle famiglie. È stato dimostrato che sono patologie a causalità multipla. E' tuttavia vero il fatto che in molte famiglie di pazienti affetti si possono riscontrare alcuni elementi specifici:

- gradi variabili di difficoltà di comunicazione tra i vari membri
- incapacità, più o meno grave, di riconoscere ed esprimere le emozioni
  - elevata preoccupazione per il peso e/o l'aspetto fisico da parte di alcuni membri della famiglia (oltre al paziente)

Si è anche visto che nei parenti di 1° grado dei pazienti si riscontra una elevata incidenza di disturbi affettivi, disturbi di personalità, alcolismo, e le stesse patologie alimentari.
Generalmente possiamo dire che una famiglia predispone un individuo a soffrire di disturbi emotivi e alimentari se non riesce a trasmettere un sano sentimento di sé che comprenda:

- una immagine distinta e realistica del proprio corpo
- una consapevolezza del proprio funzionamento mentale
- chiarezza dei confini esistenti tra sé ed il mondo esterno
- strategie di adattamento efficaci per la gestione dei propri impulsi, dei propri sentimenti, dei propri desideri
- un discreto sentimento di autostima
- un buon senso di identità personale
- un sentimento di coerenza interiore, di individualità

Una persona che non abbia accesso a queste risorse troverà difficile sviluppare adeguatamente i suoi talenti né riuscirà a sviluppare un suo senso di unicità e di valore. In questo senso sarà predisposto a soffrire, a livelli variabili, di qualche problema.
La ricaduta clinica di queste osservazioni è che si consiglia una consulenza familiare a tutti i pazienti minorenni, o che comunque vivono ancora nel nucleo della famiglia di origine.

Immagine corporea

Le persone che soffrono tali patologie basano la valutazione di se stesse esclusivamente sul loro peso e sul loro aspetto fisico.
Pensano che solo riuscendo ad essere abbastanza magre riusciranno ad affrontare le sfide della vita: un partner, un lavoro gratificante, degli amici, essere ammirate etc...
Questo pregiudizio cognitivo porta ad avere continui pensieri problematici nei confronti del proprio corpo (pensieri del tipo: "ho la pancia gonfia", "ho le gambe troppo grosse", "sono una grassona inutile", "sono aumentata di 1kg, quindi oggi e domani dovrò digiunare", "sono così grassa da fare schifo ", "non posso pesare più di 40kg", etc.) che con il tempo tendono a diventare delle vere e proprie ossessioni.
A tutto questo si associa una incapacità di valutare obbiettivamente l'aspetto del proprio corpo.
Per questi motivi si arriva a raggiungere livelli di sottopeso e stati di denutrizione che possono apparire incredibili se si dimentica il fatto che tutta la loro autostima è legata soltanto alla loro capacità di mantenere sotto rigido controllo il proprio peso.
Quando si è vittime di una simile visione di sé qualsiasi situazione della vita, anche se non ha nulla a che fare con il corpo, può innescare la preoccupazione per il corpo e per il peso scatenando angoscia e nuovi tentativi di ottenere un ulteriore controllo.
Rompere questo circolo vizioso cognitivo-comportamentale, che esiste tra l'immagine del corpo disturbata e l'eccessiva importanza che queste pazienti attribuiscono al corpo ed all'aspetto fisico, è uno dei principali compiti della terapia.
Esistono una serie di tecniche specificamente mirate alla ristrutturazione dell'immagine corporea che associate alle altre tecniche terapeutiche permettono di aiutare le pazienti a superare il disprezzo per il proprio corpo e a ricominciare ad amarlo.

Motivazione al trattamento

I pazienti con disturbi alimentari sono, per un medico, tra i peggiori pazienti in senso assoluto.
Mentre infatti la maggior parte degli individui che soffre di un sintomo patologico si rivolge al medico con l'intenzione di liberarsi del suo sintomo e la massima motivazione al cambiamento terapeutico,questi individui si rivolgono al medico con intenzioni quantomeno ambigue.
Quando infatti si rivolgono al medico, di solito non lo fanno primariamente x chiedere al medico di liberarlo dell'ossessione dovuta al controllo del peso o dell'aspetto fisico (che sono i suoi veri sintomi patologici), ma + spesso x essere aiutati a esercitare un controllo meno faticoso sui suoi sintomi o x essere aiutati a recuperare un controllo che temono di aver perduto.
In realtà non hanno una reale intenzione di abbandonare il controllo del peso, ma sono arrivati ad un vicolo cieco e sono molto angosciati all'idea di dover rinunciare alla difesa che per anni li ha protetti da un mondo di fronte al quale si sono sempre sentiti deboli ed inadeguati.
Per molti medici è difficile tanto accogliere questo tipo di domanda quanto tollerare la scarsa motivazione al trattamento che questi individui manifestano di fronte alle proposte di terapia.

In realtà, la maggior parte di questi pazienti, quando decide di rivolgersi al medico, spesso dopo molti anni di malattia, vorrebbe essere aiutato a cambiare ma allo stesso tempo ha una paura terribile del cambiamento.
Teme cioè che se abbandonerà il suo sintomo, che è ormai uno stile di vita, si ritroverà ancora più indifeso e inadeguato di fronte agli altri e ne sarà schiacciato.

Il trattamento è quindi possibile e nella maggior parte dei casi darà esito positivo, ma solo a patto di comprendere quanta angoscia si celi dietro la scorza di apparente efficienza, ossessività, perfezionismo portato fino alla sfida, che questi pazienti di solito ostentano.
Questo paziente è un po' come un sopravvissuto ad un naufragio che è rimasto vivo per una settimana andando alla deriva attaccato ad un relitto galleggiante e che quando alla fine arrivano gli elicotteri del soccorso in mare e gli gettano una cima ed un salvagente si chiede quanto sia prudente abbandonare il pezzo di legno che fino a quel momento gli ha salvato la vita per attaccarsi a qualcosa di apparentemente molto più insicuro.
Cosa accadrebbe se, una volta abbandonato il suo pezzo di legno, affogasse proprio mentre cerca di afferrare il salvagente?

E se poi il salvagente non fosse sufficiente a sostenere a galla il suo peso?

E se la cima attaccata al salvagente si rompesse mentre cercano di issarlo sull'elicottero?

E se magari l'elicottero stesso dovesse avere un'avaria costringendolo ad un ulteriore naufragio?

Tutte le volte che vorremo convincere una persona di queste a curarsi, cerchiamo di ricordarci di questa metafora, solo così potremo capire il suo desiderio, la sua difficoltà, e la sua paura nell’accettare l’aiuto che gli si offre.

Obesità:pregiudizi e tendenze epidemiologiche

Chi ha problemi di obesità deve affrontare anche una serie di pregiudizi che nella nostra società sono molto diffusi.
Il pregiudizio rappresenta una sorta di razzismo culturale diffuso che si basa su una serie di credenze erronee e stereotipate radicate nella cultura dei paesi occidentali.
I pregiudizi più comuni riguardano il fatto che:

- sono dei golosi che ingrassano per via della loro smodata golosità
- sono degli individui psicologicamente disturbati
- sono degli individui senza forza di volontà, altrimenti riuscirebbero a dimagrire

Questi pregiudizi sono falsità, ma sono idee che quasi tutti coltiviamo. A tal punto che, sebbene l'obesità rappresenti un problema che si sta diffondendo come una epidemia a livello mondiale (20% donne e 30% uomini del pianeta è destinato a breve termine), il mondo continua a fare del suo meglio per rendere la vita difficile agli obesi.
Sedersi in una poltrona di seconda classe su un treno od un aereo, entrare in una cabina telefonica, sedersi su una toelette di grandezza standard o nella poltrona di un cinema, passare attraverso i cancelletti contapersone dei supermercati o degli stadi, entrare nell'abitacolo di una moderna berlina di media cilindrata, può essere per un individuo obeso un compito quasi impossibile.
Molti obesi sono troppo grassi anche per la scienza medica: per essere efficacemente contenuti da un lettino operatorio, per stare su una comune sedia a rotelle ospedaliera senza incastrarcisi dentro, per entrare nel tunnel di un apparecchio per tomografia TAC o RMN.
Eppure, se gli ultimi due o tre milioni di anni della storia umana sono da considerarsi indicativi delle tendenze del peso degli individui, l'obesità sembra essere un triste ma inesorabile destino di molti di noi.
L'evoluzione sembra aver privilegiato gli individui che sceglievano cibi energetici, il che in origine doveva servire a privilegiare la sopravvivenza di individui che erano capaci di immagazzinare calorie per far fronte agli inevitabili momenti di carestia. Fino a un centinaio di anni fa il sistema ha funzionato bene, anche xchè solo una minima percentuale di individui aveva un accesso illimitato al cibo e/o svolgeva professioni sedentarie.
Con l'avvento delle tecnologie che hanno automatizzato il mondo del lavoro e la nostra vita l'esercizio fisico è diventato un optional o un lusso. Ma nn per questo questi individui rinunciano ad alimentarsi con cibi ad alto tenore calorico.
Così si è giunti al risultato che oggi un americano su due è considerato in soprappeso (nel 1950 era uno su quattro) ed in Italia siamo ad una percentuale di sovrappeso del 40%.
I pregiudizi non serviranno adaffrontare il problema e le pillole miracolose prodotte negli ultimi anni, dalle maggiori ditte farmaceutiche, non sembrano aver dato benefici comparabili ai loro effetti collaterali.
La ricerca si è dedicata alla ricerca dei geni che controllano il metabolismo dei lipidi e predispongono all'ccumulo del grasso.
Nel frattempo, l'unica cosa che sembra funzionare, è abituarsi ad una alimentazione equilibrata rispetto al proprio dispendio energetico associata ad un regolare programma di attività fisica (secondo il National Instiute of Health americano sarebbero sufficienti anche solo 30 minuti di attività fisica moderata al giorno).

Obesità e Set-Point

Un concetto molto utile per comprendere i meccanismi che presiedono alle modificazioni del peso corporeo è quello del Set-Point.
Saebbe una sorta di termostato del peso corporeo che viene come preimpostato alla nascita ed è regolato per essere mantenuto intorno ad un punto fisso da complessi meccanismi di feedback (equilibrio). Questi meccanismi di equilibrio tendono a mantenere il valore di peso impostato dal Set-Point relativamente costante nonostante gli eventuali tentativi per cercare di modificare il peso corporeo.
Il controllo metabolico interno del peso funzionerebbe pertanto con meccanismi molto simili a quelli usati da altri sistemi di controllo presenti nell'organismo, che servono a garantire una costanza dell'ambiente interno pure in presenza di forti variazioni dell'ambiente esterno.
Meccanismi di questo tipo sono i sistemi di regolazione termica o i sistemi di regolazione degli zuccheri nel sangue, o i sistemi di controllo della circolazione, etc.

Questo significa che tutte le volte che si cerca di modificare il peso corporeo si deve combattere contro questo meccanismo di controllo.
Per quanta fatica si possa fare x ottenere delle modificazioni permanenti del peso corporeo il meccanismo del Set-Point continuerà ad agire attivando dei meccanismi biologici e metabolici contrari per cercare di riportare il peso al valore pre-determinato.
Dato che non pare sia possibile resettare il Set-Point non appena abbandonati gli sforzi per mantenere il peso su un livello alterato il Set-Point tenderà a riportare il peso ai valori originari.
In breve, tanta fatica per nulla.
Il concetto di Set-Point permette di capire quanto sia importante la componente genetica nello sviluppo dell'obesità.
É stato ipotizzato che il fattore in gioco potrebbe essere una congenita alterazione del Set-Point che sarebbe patologicamente regolato su valori troppo alti.

Peso estetico e peso fisiologico individuale

Prima di lanciarsi all'inseguimento del corpo ideale bisognerebbe chiedersi che tipo di bellezza si vuole raggiungere.
Per molte donne il massimo del desiderio consisterebbe nell'assomigliare alle eteree figure delle modelle.
Eppure la maggior parte delle indossatrici e delle modelle ha un peso ed un BMI che sono dal 15 al 23% inferiori a quello della media delle donne di pari età.
Nel corso degli ultimi trent'anni le modelle sono diventate del 23% + magre, mentre il loro target (donna media di pari età che vive nei paesi occidentali) è diventato del 15% + grasso.
Questo è valido anche per i modelli maschili.
Il risultato di questo trend è che gli uomini e le donne si piacciono sempre - e hanno cominciato a diffondersi in maniera epidemica le patologie alimentari.
Una indagine publlicata nel 1995 su una rivista psicologica americana ha dimostrato che, dopo avere sfogliato per tre minuti una rivista di moda di grande tiratura, il 70% delle lettrici si sentiva depresso, colpevole x la propria debolezza o si vergognava del suo peso e del suo aspetto fisico.
Il peso estetico (peso considerato desiderabile dall'industria della bellezza) rappresenta per i più un peso irraggiungibile in quanto è assolutamente al di fuori della portata dei loro geni.
Un concetto nn molto conosciuto o diffuso che meriterebbe + attenzione è la definizione di peso fisiologico individuale.
Con questo termine i nutrizionisti identificano di solito il peso che un individuo raggiunge ad accrescimento somatico completato, all'età di circa 25 anni, sempre beninteso che a quell'epoca il peso fosse nei limiti di variabilità dei valori di riferimento previsti dalle tabelle di accrescimento.
Il peso è in funzione del tipo di costituzione e della morfologia corporea, che a loro volta dipendono dalla statura e dalla dimensione delle ossa.
Sulla base di questi parametri la costituzione di ogni individuo può essere classificata come appartenente ad una di queste tre tipologie: esile, normale o robusta.
È evidente che il peso cui un individuo può ragionevolmente aspirare come peso ragionevole cui mirare è quel peso che, raggiunto dopo la fine della pubertà
(periodo di massima espressione della sua costituzione), è riuscito a mantenere +o- stabile per almeno 2anni.
Tale peso potrà essere ulteriormente diminuito (in maniera ragionevole) sino ad un max 12% e mantenuto senza sforzi seguendo una alimentazione corretta ed un programma di attività fisica regolare e calibrata sulla scorta dell'introito calorico individuale.
Aspettarsi più di questo sarà irragionevole.
Per alcuni tutto ciò può rappresentare un boccone amaro da digerire, ma le cose stanno proprio così.

Supermercati e iperconsumo

Come fare a resistere alla tentazione di consumare + calorie?
Il problema riguarda chi si è ormai abituato a rifornire la propria dispensa facendo la spesa al supermercato. È vero che fare la spesa in un supermercato può essere un vero tormento che culmina con l'acquisto di quantità eccessive di alimenti che vengono poi consumati nel corso di abbuffate o episodi di binge-eating con conseguenti sensi di colpa e/o di vergogna.
Purtroppo gli odierni supermercati sono concepiti dei veri e propri set sperimentali sulla psicologia delle vendite ed è difficile difendersi dai persuasori occulti che sono i registi di queste esposizioni se non conoscendo le tecniche che vengono usate per scatenare l'impulso di comprare.
Elenchiamone alcune:

- Avete mai notato come gli alimenti di base, come pane, latte, zucchero, sale, farine siano abilmente dislocati in punti strategici nei supermercati? È impossibile riuscire ad acquistare questi alimenti se nn dopo essersi girati tutto il negozio. E vi sono ricerche di mercato che dimostrano ch, x ogni min trascorso nel supermercato si spende una certa quantità di denaro in +.
- Nei supermercati molti prodotti vengono periodicamente spostati da una corsia ad un'altra x indurre anche gli abitudinari a girarsi tutto il negozio e visionare anche altri prodotti mentre sono alla ricerca.
- I colori, l'illuminazione ambientale e il sottofondo musicale dei supermercati, sono studiati x indurre una riduzione dello stato di vigilanza e dell'attenzione responsiva; avete mai notato lo stato di trance in cui ci si sente di solito all'interno di un supermercato?
- La maggior parte dei supermercati accoglie il cliente con il reparto delle frutta e delle verdure; un caso? No, una ricerca ha dimostrato che questo rassicura il cliente, rammentandogli l'atmosfera delle botteghe o dei mercati di paese, che hanno la verdura esposta in primo piano.
- Le confezioni omaggio spesso allegate ad altri prodotti sono un regalo interessato. Gli psicologi sostengono che quando un consumatore riceve un prodotto in omaggio c'è il 90% delle possibilità che in seguito ne acquisti almeno una confezione.
- Nei supermercati i prodotti che si vogliono promuovere sono esposti con criteri studiati, ad esempio sono posizionati a circa 135cm dal suolo, ad una altezza di poco inferiore al livello dello sguardo di una donna di altezza media (è stato dimostrato sperimentalmente anche questo).
- Sapete xchè le offerte speciali sono sempre dislocate in fondo ai corridoi? xchè è dimostrato che quando si gira il carrello in una direzione, lo sguardo tende a spostarsi dalla parte opposta quindi....

Come fare x difendersi dagli psicologi della vendita e limitarsi ad acquistare solo i prodotti che realmente vogliamo acquistare? Alcune semplici tecniche possono aiutare.
Fare la spesa a stomaco pieno evitando l'ora dei pasti.
Farsi una lista di ciò che serve e girare il supermercato con gli occhi sulla lista, eviteando di farsi distrarre.
Portarsi il denaro necessario quasi contato e lasciare a casa la carta di credito.
Acquistare alimenti che richiedano di essere cucinati e on semplicemente riscaldati o già pronti per il consumo, evitando i cibi che scatenano abbuffate.

Esercizi di auto aiuto/consapevolezza possibili:

sono solo alcuni esempi e nn si sostituiscono al consiglio medico ne vogliono ritardarne la richiesta, sono da farsi in numero a piacere e quando si vuole, ma x intero e senza interruzioni o parzialità d'esecuzione

LA MAPPA (time: da 30 minuti a qualche ora)

- Hai mai provato a ripensare alla tua vita dall'inizio sino ad oggi?
- Ad immaginare la tua vita come una sorta di viaggio attraverso le diverse tappe dello sviluppo che hai affrontato sino ad oggi?
- Tante memorie di fatti accaduti o anche solo desiderati, pensieri, volti, persone, luoghi della realtà e del sogno.
- Ti sei mai fermata realmente a ri-pensare a tutto questo?
- A come hai fatto ad arrivare fino a qui?
- Quanti e quali territori hai attraversato, quanta fatica hai fatto, quali sono stati i momenti positivi e quelli negativi.
- Prova a ripercorrere la storia della tua vita e a tracciarne come una mappa, immaginando le varie tappe dello sviluppo come elementi del territorio descritti nella mappa (mari, monti, fiumi, laghi, strade, villaggi, etc).
- Ricordati che la mappa non è mai la rappresentazione esatta del territorio che descrive, quindi non importa se manca qualcosa.

SCOPO

Lo scopo di questo esercizio è quello di aiutarti a ricordare quello che possedevi prima che si sviluppasse il tuo problema.

FOTOGRAFIE (time: qualche ora)

- Dopo che hai tracciato la tua mappa, e dopo che ci ha pensato su qualche giorno, prova a tirare fuori il tuo album di fotografie.
- Confronta il tracciato della tua mappa con ciò che vedi nelle foto.
- Quali tempi non coincidono?
- Quali emozioni leggi nel tuo viso ed in quelli degli altri?
- Fai finta di non sapere la storia delle foto e chiediti: che cosa potrebbero rappresentare?

SCOPO

Attraverso questo esercizio puoi confrontare i tuoi ricordi con altri tipi di memoria. Puoi anche provare a "guardarti" da fuori. Il confronto potrebbe rivelarti cose che tu non ti sei mai accorto/a di "vedere".

IPOTESI (time: minimo 30 + 30 minuti)

Parte prima

- Prova a tracciare una estensione immaginaria della mappa costruita nell'esercizio precedente.
- Dove pensi che ti troveresti adesso, se non ci fosse stato il tuo problema alimentare?

Parte seconda

- Dopo aver finito la prima mappa, prova a tracciare il seguito della mappa.
- Dove pensi che sarai fra 5 anni, se il tuo Disturbo non cambia?

SCOPO

Puoi provare a gettare uno sguardo nel futuro.
Se i due futuri, quello con il Disturbo e quello senza, si somigliano, può essere che la tua malattia ti stia proteggendo da qualche altra paura.
In fondo è come se pensassi che, malata o meno, probabilmente la tua vita sarebbe comunque la stessa (magari anche mediamente schifosa!).
Se invece i due futuri differiscono tra loro, allora è tempo di provare davvero a cambiare atteggiamento.
Pensaci su.....

LA MAPPA DEL PESO (1) (time: da 30 minuti ad 1 ora)

- Durante la tua vita il tuo peso è cambiato.
- A volte si è trattato di piccole variazioni, a volte di grandi, qualche volta è stato stabile per un po', qualche altra ha continuamente oscillato.
- Questo esercizio ti permetterà di vedere l'andamento del tuo peso, uscendo fuori dal semplice affastellarsi dei ricordi.
- Per prima cosa devi preparare i fogli su cui costruirai la tua mappa del peso.
- Prendi dei fogli grandi a quadretti. Probabilmente ne serviranno più di uno, che potrai unire con della colla o dello scotch.
- Dopo aver predisposto una striscia abbastanza lunga, parti dal bordo sinistro e dividi il foglio in mesi e anni, fino a giungere alla tua età attuale.
- In verticale dividi il foglio in chilogrammi, partendo dal tuo peso alla nascita, fino a giungere al peso più alto che tu abbia mai raggiunto.
- A questo punto sei pronta par la prima fase dell'esercizio.
- Posiziona su questa griglia tutti i dati relativi al tuo peso nel corso della vita. Fatti aiutare dai tuoi familiari e dalle eventuali schede mediche che possiedi.
- Quando li hai posizionati tutti, unisci i diversi punti con una linea e costruisci il grafico delle tue variazioni di peso. Adesso guarda la tua mappa del peso e vedi cosa ne pensi.

SCOPO

Osservare nel corso della tua vita le fluttuazioni del peso in relazione alle diverse età.

LA MAPPA DEL PESO (2) (time: qualcheora)

- Riprendi in mano la mappa e fanne qualche copia.
- Le copie/fotocopie potranno servirti per gli esercizi successivi.
- Prendi una fotocopia della mappa e, per ogni picco di peso, in alto o in basso, scrivi gli eventi della vita che riguardavano quel periodo.
- Cerca poi di ricostruire le emozioni ed i sentimenti che nutrivi in quei momenti (eri felice o triste, piena di vita o smorta etc.).
- Non è necessario che tu la finisca in una sola volta.
- Puoi lasciarla e riprenderla per più giorni di seguito, aggiungendo volta per volta quello che ti viene in mente.
- Quando hai finito prova a riflettere sulle connessioni tra peso , stati d'animo, emozioni e fasi della vita.
- Osserva se nella tua mappa ci sono delle ridondanze: se in corrispondenza dei picchi in alto, o in basso, ci sono emozioni simili, oppure situazioni di vita simili.

SCOPO

Acquisire consapevolezza sulle connessioni tra emozioni e peso, e su possibili interazioni tra condizioni di vita e condizioni di peso.

LA MAPPA DELLA VITA (2) (time: 30 minuti)

- Confronta la mappa del peso costruita (2) con la mappa della vita (1).
- Osserva gli andamenti delle due linee. Si sovrappongono, oppure ci sono degli scarti significativi?
- Studia l'andamento delle due linee e cerca di interpretare quello che vedi: verifica se una linea segue l'andamento dell'altra, magari con un salto di tempo, oppure se sono totalmente indipendenti l'una dall'altra.
- Le corrispondenze ti daranno una possibile interpretazione dei tuoi movimenti di peso, mentre le condizioni di indipendenza ti forniranno indicazioni sulla tua capacita' di contenere le emozioni senza trasformarle in problemi di cibo.

SCOPO

Imparare a conoscere le proprie reazioni cibo-dipendenti in relazione alle diverse fasi della vita.

LA MAPPA DEL PESO (3) (time: variabile da pochi minuti a qualche ora)

- Riprendi in mano una copia della Mappa del Peso.
- Verifica quali sono stati gli eventi importanti che hai trascritto.
- A questo punto, per ogni evento importante, chiedi ai membri della tua famiglia cosa ricordano di te in relazione a quel periodo.
- Chiedi le informazioni, separatamente, ai diversi componenti della tua famiglia.
- Puoi decidere se coinvolgerli in modo diretto, spiegando quello che stai facendo (ma senza far loro vedere la tua mappa).
- Altrimenti puoi cavartela anche senza spiegare esattamente cosa stai facendo. Sarà sufficiente fare domande del tipo: "Ti ricordi del mio esame di maturità?"
- "Come ero in quel certo periodo?"

- "Secondo te perché quella volta non sono andata a quella gita?" etc.
- In questo modo cerca di raccogliere, con un poco di tempo e di giorni a disposizione, più informazioni che puoi dalle diverse persone che vivono con te.
- Usa le informazioni che puoi ricavare da tutte le persone che vivono con te, non solo dai tuoi genitori.
- Posiziona le informazioni che raccogli su una mappa per ogni singola persona.
- Otterrai così la tua mappa del peso interpretata da tua madre, da tuo padre, dai fratelli, dal nonno o dalla nonna e così via.
- A questo punto confronta le diverse edizioni delle mappe del peso.
- Verifica se ci sono ripetizioni, se hanno tutti visto la stessa cosa, oppure se alcuni ti hanno vista in un modo ed altri in modo diverso.
- Controlla anche se ci sono momenti della tua mappa che, agli occhi degli altri, non sono significativi.
- E, al contrario, osserva se ci sono momenti significativi per i tuoi familiari, che invece nella tua mappa originaria non risultano.

SCOPO

Entrare in contatto con i vissuti che gli altri familiari hanno avuto in relazione a momenti particolari della nostra vita e confrontare le situazioni. Confrontarsi con altri modi di interpretare le proprie emozioni, guardandosi da fuori.

Nota su perdita di peso-dimagrimento

I valori di normalità della percentuale di grasso corporeo sono i seguenti:

Nelle donne in età compresa tra i 15 ed i 35 anni,
i valori normali sono compresi tra il 17 ed il 25%.

Negli uomini in età compresa tra i 15 ed i 35 anni,
i valori normali sono compresi tra il 9 ed il 17%.

Il dimagrimento ideale infatti è quello che porta alla perdita della massa grassa in eccesso, ma che conserva e o aumenta relativamente la percentuale di massa magra.
La perdita della massa magra causerebbe flaccidità dei tessuti, perdita muscolare, diminuzione del metabolismo e ulteriore aumento relativo della massa grassa. In sintesi, meno peso ma maggior grasso corporeo, esattamente il contrario di ciò che si voleva ottenere con la dieta!
Le diete ferree fatte da soggetti affetti patologie alimentari, portano spesso a questo risultato.