

LA BULIMIA NERVOSA: UN APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO ECLETTICO

Mario Di FIORINO, O. ALEXINSCHI

Abstract:

La bulimia nervosa è un grave disturbo del comportamento alimentare caratterizzato da una tendenza autolesionista per mezzo di una alimentazione smodata unita ad una ricorrente ossessione di tenere sotto controllo il proprio peso. La varietà dell'eziologia e la sintomatologia di questo disturbo (cfr. Garner, Rockert, Olmsted, Johnson e Coscina, 1985) fanno sì che un trattamento multidimensionale si dimostri tra i più appropriati per accostarsi al problema (cfr. Lacey, 1985, 1992; Wooley e Wooley, 1985; Wooley e Andersen, 1985; Abraham, Mason e Mira, 1985; Kearny-Cooke, 1986; Fairburn, 1987; Rosen, 1987; Oesterheld, McKenna e Gould, 1987). Poiché infatti un comportamento abnorme come l'eccesso alimentare rappresenta solitamente solo la punta dell'ice-berg dei problemi dell'individuo, un trattamento focalizzato esclusivamente sulla patologia alimentare offrirebbe poche possibilità di successo.

In questo articolo verrà presentato un approccio multidimensionale alla bulimia nervosa che utilizza un trattamento terapeutico ad orientamento direttivo-eclettivo e saranno brevemente presentate alcune strategie e tecniche terapeutiche che nella pratica clinica si sono dimostrate potenzialmente efficaci con le pazienti bulimiche (cfr. Vanderlinden, Norrè e Vandereycken, 1995, Vanderlinden, 2001, Hawton, Salkovskis, Kirk e Clark, 2005). Dato che la bulimia colpisce principalmente le donne, con un rapporto di 1:10 rispetto agli uomini (cfr. Andersen, 1990), nel seguente testo ogni riferimento a coloro che soffrono di tale disturbo sarà fatto al femminile.

IL COLLOQUIO CLINICO

Poiché una funzione importante che la bulimia svolge nella vita delle pazienti è quella di segnalare problemi che si situano a vari livelli (individuale, interpersonale e socioculturale), indagare approfonditamente il significato della malattia per la specifica paziente è fondamentale al fine di poter pianificare un buon trattamento.

Il metodo più semplice per raccogliere le informazioni necessarie è quello del colloquio clinico, che può essere integrato dalla somministrazione di questionari (cfr. EDI (già uscita versione II e in uscita versione III); Garner, Olmsted e Polivy, 1983; BAQ; Van Coppenolle, Probst, Vandereycken, Goris e Meermann, 1990; SCL-90; Derogatis, 1977; Leuven Questionnaire; Vandereycken et al. 1989).

Il colloquio deve esplorare i seguenti punti principali:

1. Sintomo (Abbuffate, modello alimentare generale, peso della paziente, condotte compensatorie etc);
2. Altre eventuali aree problematiche non menzionate spontaneamente (depressione, idee di suicidio, abuso di alcol o farmaci, impulsi all'automutilazione, ansia e tensione, cleptomania, problemi sessuali etc);

3. Funzionamento psicosociale e personale (condizione economica, studio o lavoro, hobby, tempo libero, contatti sociali, rapporto con i coetanei, traumi emotivi etc);

4. Disponibilità al cambiamento (conseguenze positive della bulimia, eventuale vita senza bulimia, intenzione di interrompere le abbuffate e le condotte compensatorie etc);

5. Sistema familiare o coniugale (ruolo del sintomo all'interno della famiglia o del matrimonio, interazioni familiari/coniugali, membri informati del problema della bulimia, soluzioni tentate per risolvere il problema, aiuti esterni già chiesti)

Il terapeuta dunque deve analizzare non solo il comportamento alimentare della paziente e il suo funzionamento psicologico, ma valutare anche il sistema familiare e/o coniugale oltre alle sue relazioni con la società.

FASI DEL TRATTAMENTO

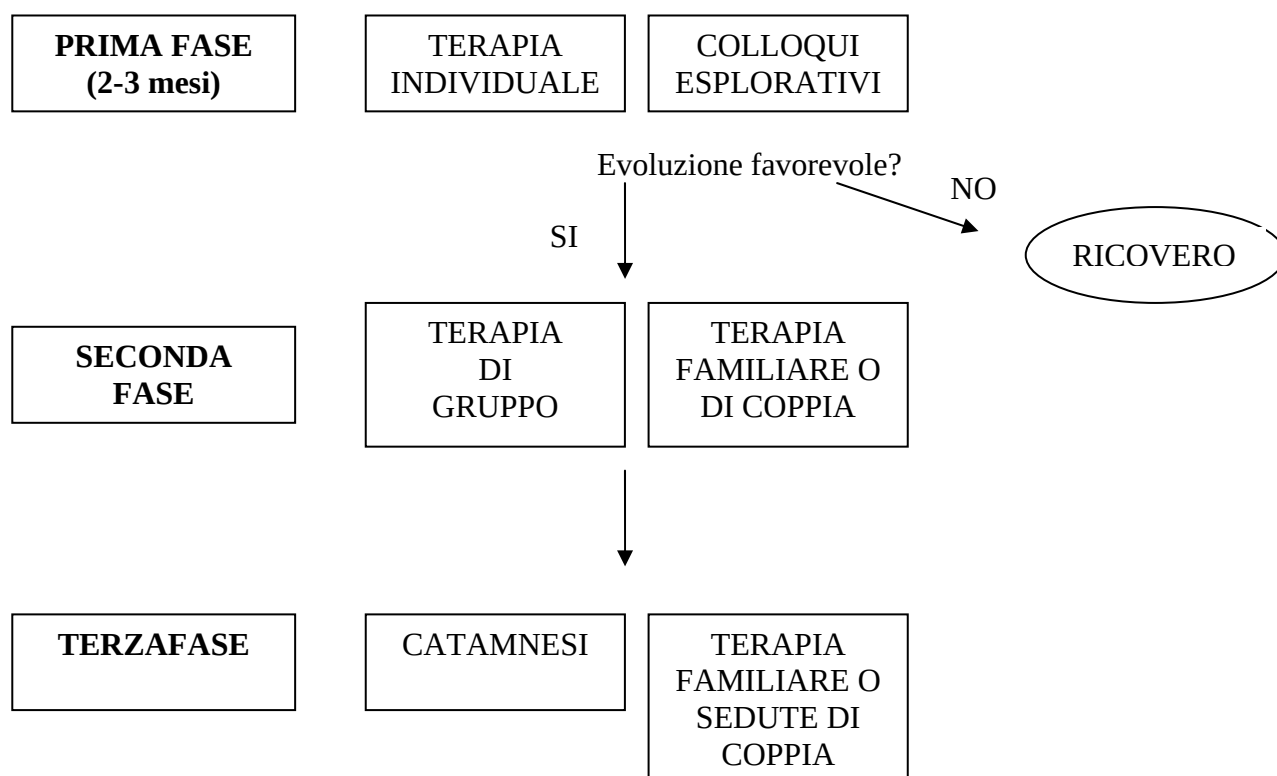
Nella maggior parte dei casi il trattamento della bulimia nervosa si articola in varie fasi (cfr. Fairburn e Wilson, 1993; Vanderlinden, Norrè e Vandereycken, 1995) (vedi fig.1):

1. Una prima fase della durata di circa due o tre mesi di terapia individuale nella quale viene impostato un modello alimentare ben bilanciato (tre pasti e due spuntini) e si raccolgono informazioni sulla situazione di vita della paziente, anche attraverso colloqui con il partner e i familiari. Se questa fase evolve favorevolmente si avviano le pazienti ad una terapia di gruppo (seconda fase), altrimenti si ricorre ad un ricovero in una struttura specializzata;

2. Una seconda fase della durata da sei mesi ad un anno di terapia di gruppo (e familiare o di coppia) che ha lo scopo di ottenere cambiamenti effettivi verso l'autonomia nella vita della paziente in modo da rendere superfluo il comportamento bulimico. In particolare le terapie di coppia o familiari servono per facilitare il processo terapeutico (cfr. Vandereycken, Kog e Vanderlinden, 1989; Van den Broecke, Vandereycken, Norrè, 1997);

3. Una terza fase in cui viene pianificata una catamnesi volta al consolidamento dei cambiamenti raggiunti attraverso sedute individuali in cui il partner o la famiglia possono essere coinvolti.

Fig. 1. Schema del trattamento



INIZIARE A RISOLVERE IL PROBLEMA

In una terapia per risolvere il problema della bulimia nervosa ci sono vari temi che devono essere assolutamente affrontati e risolti. Di seguito verranno brevemente elencati gli argomenti principali da trattare in ogni intervento terapeutico e suggerite alcune tecniche e strategie che nell'esperienza clinica si sono rivelate utili per risolvere il problema. I punti fondamentali da trattare sono:

- motivazione
- obiettivi
- alimentazione
- perfezionismo
- autostima
- percezione corporea
- indipendenza

RAFFORZARE LA MOTIVAZIONE

Il primo passo per combattere la bulimia nervosa è rendersi conto di soffrirne. Iniziare una terapia sotto la pressione o la minaccia altrui è infatti nella maggior parte dei casi inutile, poiché la collaborazione delle pazienti è fondamentale al fine del raggiungimento dei risultati. Per prima cosa dunque i soggetti devono divenire consapevoli di avere un problema e della necessità di intraprendere un trattamento specialistico, convinzione che spesso richiede molto tempo e talvolta è sollecitata solo dal crollo totale della persona. Rendersi conto di avere un disturbo dell'alimentazione non è semplice perché il processo che porta alla consapevolezza del problema si esplica in varie fasi:

1. negazione totale
2. dubbio
3. riconoscimento e accettazione

La negazione totale si ha generalmente in chi soffre del disturbo da alcuni mesi, o da un anno al massimo, e solitamente in presenza di familiari e amici tolleranti e in assenza di controlli medici regolari.

I dubbi cominciano a nascere quando le pazienti si rendono conto di avere vari problemi fisici e la bulimia da egosintonica si trasforma in egodistonica e viene percepita come estranea. Infine quando c'è il riconoscimento di avere un problema da curare nasce anche la motivazione al trattamento, la quale tuttavia potrebbe impiegare mesi o anni prima di essere così forte da permettere alla paziente di interrompere o diminuire i comportamenti disfunzionali per iniziare un lavoro orientato alla guarigione.

Esistono varie tecniche motivazionali che possono aiutare il terapeuta, una volta che ha instaurato una solida alleanza terapeutica con la ragazza, a rafforzare la motivazione alla guarigione di quest'ultima (cfr. Vanderlinden, Norrè e Vandereycken, 1995; Vanderlinden, 2001). Alcune di esse sono:

- 1) educazione e informazione
- 2) lista dei vantaggi e degli svantaggi della bulimia nervosa
- 3) lista dei vantaggi e degli svantaggi di mangiare regolarmente
- 4) lista di affermazioni positive connesse alla decisione di guarire
- 5) analisi dei pensieri bulimici
- 6) fantasie guidate sul futuro
- 7) ascolto della propria saggezza interiore
- 8) esercizio di riflessione sulla "situazione sana" e la "situazione bulimia"

Per prima cosa è bene mettere la paziente a conoscenza delle conseguenze fisiche dei suoi comportamenti bulimici dandole informazioni riguardanti i rischi di fare abbuffate e digiuni del

vomito e dell'abuso di lassativi, in modo da rinforzare la consapevolezza di avere un problema serio e di conseguenza aumentare anche la motivazione alla terapia.

Successivamente possono essere messe in atto alcune delle tecniche motivazionali prima menzionate. Compilare delle liste dei vantaggi e degli svantaggi di vari aspetti legati al problema della bulimia è utile al fine di sondare l'ambivalenza che le pazienti hanno tra la paura di abbandonare i loro sintomi e la voglia di guarire. Tali esercizi permettono al terapeuta di farsi un'idea dei timori della ragazza, nonché degli eventuali pensieri distorti e disfunzionali presenti, così che questi possano essere messi in discussione con la paziente e rivalutati. Inoltre un bilancio dei vantaggi e degli svantaggi della bulimia può essere un'ulteriore spinta motivazionale.

La lista delle affermazioni positive riguardo la decisione di guarire e di intraprendere una terapia è invece utile alla paziente nei momenti in cui sente di essere sull'orlo di perdere il controllo: rileggere tale lista in quei momenti può rafforzare la motivazione della ragazza e aiutarla a controllarsi.

Analizzare i pensieri bulimici ha lo scopo di mettere in discussione tutta una serie di idee personali che le pazienti hanno riguardo se stesse e il mondo che le circonda, comprese quelle legate al comportamento alimentare, le forme corporee, i rapporti interpersonali e la sessualità. Il mettere continuamente in dubbio con il terapeuta tali credenze fa aumentare la motivazione alla guarigione.

Le fantasie guidate sul futuro non sono altro che un viaggio fatto con l'immaginazione nel futuro imminente (un paio di settimane o qualche mese) che serve alle ragazze per contrastare la forte ansia che il pensare ad un futuro sconosciuto suscita. Immaginarsi come saranno le aiuta ad accettare meglio il cambiamento e le motiva a raggiungerlo.

Ascoltare la propria saggezza interiore è un esercizio invece utile alle ragazze nella fase della negazione totale. Si richiede alla paziente di ascoltare la sua saggezza interiore perché ci potrebbe essere una parte fragile ed esitante dentro di lei che è cosciente del suo problema di bulimia. L'intento è quello di far sì che quella parte della ragazza che è consapevole del disagio diventi più forte e vitale e la motivi ad intraprendere un intervento terapeutico. Infine l'ultimo esercizio si basa sullo stimolare la paziente a fare una riflessione sulla situazione bulimica e sulla situazione sana. Alla ragazza viene chiesto di chiudere gli occhi e di immaginare un pendolo che oscilla da sinistra a destra, dalla malattia alla salute. Dopo che il terapeuta ha posto alcune domande il pendolo si ferma da una parte o dall'altra e la ragazza deve rispondere. Le domande indagano che cosa pensano la mente, il cuore, le emozioni, il corpo e la saggezza interiore della ragazza di ciascuna situazione facendo sì che essa possa esplorare sia la parte di sé malata che sana. Solitamente questo esercizio permette di immaginarsi senza la malattia e offre l'opportunità di parlare delle proprie paure soprattutto legate al cambiamento facendo sì che venga fatto il primo passo verso l'abbandono della bulimia.

PORSI OBIETTIVI SPECIFICI

Un buon metodo per iniziare a lavorare sul problema è quello di porsi degli obiettivi specifici e pianificare i passi concreti per poterli raggiungere. I primi cambiamenti che le ragazze devono impegnarsi ad attuare, e dunque i primi obiettivi da raggiungere, sono di natura comportamentale (cfr. Garner e Dalle Grave, 1999). Inizialmente è infatti fondamentale che vengano bloccati certi comportamenti disfunzionali e ne siano imparati di nuovi. Successivamente, se si saranno modificate le abitudini alimentari con successo, verrà iniziata una ristrutturazione dei pensieri e delle sensazioni della ragazza. La formulazione degli obiettivi del trattamento è un compito assai difficile che potrebbe richiedere anche alcune settimane di lavoro. Alle ragazze viene chiesto di definire i loro problemi in base a tre livelli

- 1) sintomi
- 2) percezione di sé
- 3) rapporti interpersonali

e di descrivere due problemi acuti per ogni livello. Successivamente il terapeuta chiede loro di individuare dei passi concreti per ciascuna area del problema in modo da ottenere degli obiettivi terapeutici chiari e raggiungibili. Una volta fatta la pianificazione tale piano di trattamento deve essere periodicamente controllato (ogni quattro, sei settimane) e, in caso non ci siano stati dei

progressi, rivisto. La valutazione è un importante momento di riflessione sia per il paziente che per il terapeuta.

MANGIARE REGOLARMENTE

Come precedentemente detto i primi cambiamenti che devono essere messi in atto dalle ragazze bulimiche sono di tipo comportamentale, e in particolare riguardano il loro modo di alimentarsi. In una terapia per la bulimia si devono da subito interrompere i cicli di abbuffate e digiuni, il vomito, l'abuso di lassativi e diuretici e l'esercizio fisico troppo intenso. Per poter raggiungere tale scopo è fondamentale individuare le situazioni critiche che sono in grado di scatenare i comportamenti bulimici. Solitamente le abbuffate sono stimulate da:

1. emozioni negative (sentimenti di solitudine, depressione, di sentirsi non amate e rifiutate)
2. pensieri negativi su di sé (essere inutili, aver fallito)
3. sensazioni di fame

Tra queste cause la più semplice da eliminare è sicuramente la fame. Per prima cosa dunque si può invitare la ragazza bulimica a mangiare regolarmente senza digiunare dando l'indicazione di consumare tre pasti principali più tre piccoli snack al giorno (cfr. Fairburn, 1985; Vanderlinden, 2001). In questo modo si fa sì che l'organismo non sia spinto a mettere in atto quei meccanismi biologici compensatori di mangiare in eccesso che solitamente seguono ai digiuni. Uno strumento utile al terapeuta, sia per farsi un'idea di che cosa la paziente consumi quotidianamente, sia per indagare le situazioni e i vissuti critici in grado di scatenare le abbuffate, è il diario alimentare. In tale diario devono essere annotate le circostanze in cui si è consumato il cibo, e i pensieri e i sentimenti ad esso associati. Con queste informazioni il terapeuta è in grado di pianificare una strategia di intervento appropriata nonché di rilevare la gravità degli episodi di abbuffate stimando i conseguenti rischi per la salute della ragazza. Inoltre, nell'esperienza clinica, alcune pazienti riferiscono che il solo fatto di riflettere sui propri comportamenti e di annotarli diminuisce significativamente la frequenza delle abbuffate.

Tuttavia, nonostante si sappia che normalizzare le modalità alimentari faccia diminuire notevolmente l'urgenza di attuare comportamenti bulimici, per le pazienti non è assolutamente facile, se non impossibile, bloccare tali comportamenti tutto d'un colpo (cfr. Bemis, 1985). E' dunque più ragionevole diminuirne gradualmente la frequenza. Per quanto riguarda le abbuffate una strategia efficace per ridurle è quella di far aumentare gradualmente il controllo della ragazza sul proprio comportamento alimentare. A tal fine può essere utile dare delle indicazioni circa il momento, il luogo ed il tipo di cibo che alla paziente è concesso mangiare durante le abbuffate e farle tenere una scheda su cui annotare gli episodi. Per fermare il vomito le pazienti devono accettare un controllo di altre persone (di un co-terapeuta) sul proprio comportamento: si può prescrivere di restare in soggiorno per almeno un'ora dopo i pasti, tempo in cui è vietato vomitare, e andare in bagno solo dopo. L'assunzione di lassativi e diuretici va invece bloccata immediatamente ed è opportuno valutare se richiedere una consulenza medica per le eventuali conseguenze che potrebbero seguire.

Infine per normalizzare le abitudini alimentari si deve diminuire, e in alcuni casi proibire temporaneamente, anche l'esercizio fisico intenso, che dalle pazienti bulimiche è frequentemente usato come condotta compensatoria all'aver mangiato troppo.

Naturalmente tutte queste regole devono essere largamente discusse e valutate con la paziente e da essa accettate.

Oltre a queste indicazioni alle pazienti possono essere anche suggerite delle strategie comportamentali e cognitive per poter far fronte ai momenti in cui sentono il forte bisogno di mettere in atto comportamenti bulimici. Alcuni esempi di strategie comportamentali sono il cercare qualcuno con cui poter chiacchierare, rimanere in salotto senza andare in bagno, non isolarsi ma stare insieme ad altre persone, scrivere sul diario i pensieri e le sensazioni che si stanno provando, iniziare un'attività come disegnare, guardare la televisione, suonare uno strumento etc. Le strategie cognitive comprendono invece fare esercizi di rilassamento, distrarre la mente ascoltando la musica,

toccare un “oggetto salvezza”, concentrarsi sul ritmo della respirazione, scrivere tutte le conseguenze negative che ci sarebbero se si perdesse il controllo, tenere un cubetto di ghiaccio in mano.

RIDURRE IL PERFEZIONISMO

Nei disturbi alimentari, e dunque anche nella bulimia, è presente una forte componente di perfezionismo che spinge le ragazze ad avere aspettative elevate e pretendere molto da se stesse e da ciò che le circonda (cfr. Wilson, 1986; Thompson, Berg e Shatford, 1987). Il perfezionismo solitamente si manifesta in quattro ambiti:

1. risultati scolastici
2. apparenza fisica
3. lavori domestici
4. essere rigide con se stesse

Ricercatori e terapeuti sono concordi nell'affermare che la presenza di un'attitudine al perfezionismo possa essere una delle cause scatenanti dello sviluppo di un disturbo dell'alimentazione. E' dunque fondamentale che questo sia uno degli argomenti da trattare in terapia per far in modo che gli schemi riguardanti il sé assumano forme nuove e più adeguate. Tuttavia, poiché riuscire a modificare l'attitudine al perfezionismo richiede tempo e un grande sforzo, è meglio iniziare modificando i “comportamenti perfezionisti” e attendere che i cambiamenti dei pensieri e delle emozioni avvengano successivamente. Per prima cosa è importante sapere come si manifesta l'attitudine al perfezionismo e quali schemi cognitivi ci siano alla base, nonché analizzare le influenze del passato e del presente che hanno fatto sì che il perfezionismo si sviluppasse e che ora contribuiscono a mantenerlo. A tal fine può essere utile far tenere un diario alla paziente in cui scrivere quotidianamente le proprie convinzioni e pensieri sul tema del perfezionismo (“Se non sono la migliore della classe vuol dire che sono stupida”) ed elencare tutte le attività che si impone di fare in maniera molto disciplinata, quasi compulsiva (“Ogni giorno per due ore riordino la stanza, passo l'aspirapolvere e lo straccio”, “Ricopio gli appunti ogni sera”).

Il secondo passo può essere quello di pianificare una diminuzione graduale del surplus di attività che la ragazza svolge compulsivamente ogni giorno (“da oggi ordinerò la stanza un giorno sì e uno no”). E' importante che non vengano pianificati grandi cambiamenti ma procedere per piccoli e fattibili passi e che il tempo libero recuperato sia riempito da attività ricreative o passatempi piacevoli per la paziente.

La mossa successiva consiste nello “sfidare” il perfezionismo, cioè mettere in atto dei comportamenti che contravvengono all'ideale di perfezione e fanno sì che i rituali abituali non vengano messi in atto. Esempi di sfida al perfezionismo possono essere il gettare gli abiti nell'armadio in maniera disordinata, non riporre gli oggetti al solito posto, non terminare qualcosa che si è iniziato, restare a lungo a letto la mattina, non studiare o studiare di meno. Questi comportamenti potrebbero creare molta ansia e tensione nella paziente ma confrontarsi con il suo disagio è l'unica strategia efficace per modificare il perfezionismo. La ricerca ha infatti dimostrato che solo in questo modo l'ansia decresce gradualmente e i soggetti diventano in grado di modificare anche i propri pensieri e convinzioni.

Un esercizio più avanzato, che può essere proposto solo dopo che la paziente è riuscita a comprendere le convinzioni che si celano dietro la sua attitudine al perfezionismo, è il Dialogo Socratico. Questo esercizio invita a mettere in discussione le convinzioni sul perfezionismo e permette di valutare i pro e i contro dei pensieri delle pazienti. Il Dialogo Socratico si compone di vari passi:

1. descrivere le proprie convinzioni sul perfezionismo e indicare, con un punteggio da 0 a 10, quanto si crede a tali convinzioni;
2. descrivere e valutare le emozioni associate a questo pensiero (da 0 a 10);
3. formulare più pensieri e osservazioni che siano in grado di modificare le proprie convinzioni sul perfezionismo;
4. formulare un pensiero più adeguato e razionale e valutarne la credibilità (da 0 a 10);
5. descrivere le emozioni associate a questo nuovo pensiero e indicarne l'intensità (da 0 a 10)

Tramite domande critiche di questo genere si riesce a stimolare le pazienti a riformulare gradualmente interi schemi cognitivi, a patto che esse diano credibilità ai nuovi pensieri razionali.

Infine, per combattere l'eccessivo perfezionismo, si possono spingere le ragazze a valutarsi in maniera gradualmente sempre più positiva. E' importante che venga separato ciò che pensano di se stesse da ciò che gli altri si aspettano da loro e che le pazienti imparino da sole ad apprezzare le proprie doti e ad accettare i propri limiti. Suggestire di ripetersi frasi del tipo "va bene così", "il troppo è troppo" e "non devi continuamente dimostrare qualcosa a te stessa", potrebbero risultare efficaci a tenere a freno la tendenza perfezionista.

AUMENTARE LA FIDUCIA IN SE STESSE

Un problema molto diffuso tra le pazienti bulimiche è quello della mancanza della fiducia in se stesse. Parecchie di loro hanno un'immagine di sé molto negativa e fanno dipendere il loro amor proprio esclusivamente dal peso e dalla forma del loro corpo (cfr. Yellowlees, 1997). Il termine fiducia in sé fa riferimento al sentimento di considerarsi "preziose e valide" e quindi ha a che fare con la valutazione di se stesse e con l'autostima. La fiducia in sé si sviluppa nel corso degli anni tramite il contatto con l'ambiente e quando ci si accorge che una paziente non possiede questa caratteristica è necessario scoprire per prima cosa da dove deriva tale carenza. Le cause sono principalmente due:

1. interazioni negative avvenute in passato tra la paziente e l'ambiente
2. modalità di rapporto interpersonale tuttora presenti che perpetuano la bassa fiducia in sé

Una grande percentuale dei pazienti con un disturbo dell'alimentazione ha effettivamente avuto esperienze negative, quali carenze affettive o abuso fisico e/o sessuale, che hanno fatto sì che si siano sviluppati nei soggetti idee di sé come privi di valore, inutili, cattivi e non meritevoli di amore.

Tuttavia anche contesti familiari apparentemente normali possono aver causato la carenza di autostima. Una famiglia "orientata alla prestazione", in cui ad esempio i voti non vengono mai giudicati abbastanza buoni e confrontati continuamente con prestazioni migliori di fratelli o amici, può far sentire inferiori. Anche al contrario una famiglia iperprotettiva, che ricompensa la dipendenza e la fedeltà rifiutando e criticando i tentativi di differenziazione del membro dal nucleo familiare, può suscitare la sensazione di non essere in grado di farcela da soli non permettendo così che si sviluppi la fiducia in se stessi.

Un'altra causa a cui si può far risalire la scarsa autostima ha a che fare con la corrente culturale dell'essere magra e perfetta e con le pressanti richieste che fa oggi la società alla donna moderna. La bulimia si sviluppa infatti soprattutto durante la pubertà quando le ragazze si devono confrontare con le richieste proprie del loro ruolo sessuale e con le aspettative che la società ripone su di loro. Ciò le fa sentire insicure e più soggette a sviluppare un disturbo dell'alimentazione.

Una volta individuate tutte le influenze, sia provenienti dal passato che attuali, che hanno fatto sì che la paziente sviluppasse una scarsa autostima, si può passare a stendere un piano per il trattamento della poca fiducia in sé, fondamentale per il buon esito della terapia (cfr. Fairburn, 1988). Poiché le persone che hanno una scarsa fiducia in se stesse si percepiscono costantemente inferiori e inutili e hanno un'immagine distorta ed errata di sé e della realtà che le circonda, potrebbe essere utile iniziare la terapia facendo compilare alle pazienti una lista di almeno 10 qualità, sia interne che esterne, che ritengono di possedere. Questo esercizio, che potrebbe sembrare banale, è invece solitamente molto difficile per le ragazze che non riescono a trovare più di due o tre qualità. La lista una volta compilata dovrebbe essere appesa in un posto ben visibile e riletta quotidianamente.

Anche il tenere un "diario positivo" potrebbe aiutare a costruirsi gradualmente un'immagine di sé maggiormente positiva. La paziente deve scrivere, alla fine di ogni giornata, almeno un'esperienza positiva che le è capitata quel giorno. L'obiettivo è quello di far sì che il diario venga riletto regolarmente in modo che le ragazze diventino più consapevoli delle proprie esperienze e qualità positive.

Le pazienti dovrebbero anche imparare a parlarsi positivamente e riuscire a bloccare i dialoghi interni con i quali si valutano costantemente in maniera negativa. Rileggere il diario positivo e la lista delle qualità potrebbe facilitare questo scopo.

Per aumentare la fiducia in se stesse è inoltre fondamentale che le pazienti bulimiche imparino a trasformare i pensieri negativi e irrealistici, che hanno riguardo le loro esperienze, in idee maggiormente adeguate e realistiche. Molto spesso infatti per queste ragazze anche un piccolo sbaglio viene percepito e vissuto come un fiasco totale e una catastrofe. Un esercizio per rivalutare un'esperienza negativa in modo positivo può essere quello dello schema ABC:

(A) SITUAZIONE: descrivi ciò che è accaduto nel modo più obiettivo possibile;

(B) PENSIERI: cosa hai pensato di te stessa in questa situazione?

(C) EMOZIONI: cosa hai provato? COMPORTAMENTO: cosa hai fatto?

Lo schema ABC aiuta ad analizzare un qualsiasi evento in maniera obiettiva. Dopo averlo compilato alla paziente viene chiesto di formulare pensieri alternativi più adeguati rispetto alla situazione di partenza, trovando altre spiegazioni possibili a quello che è accaduto. In questo modo l'esperienza negativa viene ridimensionata e l'autostima rafforzata.

Altri suggerimenti per poter aumentare la fiducia che le ragazze ripongono in se stesse sono quelli di fare un elenco di nuove attività che potrebbero intraprendere, una lista delle persone per le quali sanno di essere preziose e importanti, concedersi di tanto in tanto delle ricompense e dei premi e abbellire e rendere più confortevole la propria camera. Tutte queste attività trasmettono indirettamente il messaggio di essere degne di valore e meritarsi ricompense e affetto.

Infine le ragazze devono riuscire a rendersi conto di essere in grado di poter compiere delle scelte e assumersene la responsabilità. E' importante che le pazienti riescano ad uscire dal ruolo di vittima, in cui spesso si sentono ingabbiate, e capiscano di non essere in balia degli eventi ma artefici del proprio futuro. Far prendere anche piccole decisioni può essere un passo in questa direzione.

Per rafforzare la motivazione delle ragazze a portare avanti le attività finora elencate può essere utile far firmare loro un contratto con se stesse nel quale si impegnano per scritto a lavorare ogni giorno al fine di aumentare la propria autostima.

GIUDICARE POSITIVAMENTE IL PROPRIO CORPO

Una delle attitudini più persistenti di chi soffre di un disturbo alimentare, e uno dei più grandi problemi da risolvere, è quello di avere una distorta percezione corporea che influenza notevolmente la propria vita. Sinora non è stato individuato nessun trattamento standard per correggere tale esperienza corporea distorta. Tuttavia esistono alcune strategie che possono aiutare ad influenzare positivamente la propria immagine corporea.

Per prima cosa può essere utile valutare la gravità del problema facendo tenere alle ragazze un diario sul quale appuntare tutto ciò che non va nel loro corpo.

Successivamente investigare il modo in cui le pazienti hanno tentato di risolvere il problema fino a quel momento può essere una buona mossa. Solitamente infatti esse hanno messo in atto comportamenti quali vomito, uso di lassativi e diuretici, digiuno e attività fisica intensa, senza tuttavia ottenere alcun miglioramento della propria immagine. Farle riflettere sul fatto che le loro modalità abituali non hanno fatto altro che aggravare il problema, invece di risolverlo, può essere un primo passo verso l'abbandono di tali comportamenti e la ricerca di altre strategie in grado di modificare positivamente la propria immagine corporea.

Sebbene il problema dell'immagine corporea negativa sia fondamentalmente di tipo emotivo, è utile puntare inizialmente sulle capacità di usare il pensiero logico e lasciare momentaneamente in disparte le emozioni; una volta cambiati i pensieri sarà anche più semplice cambiare le emozioni. Un esercizio utile può essere quello di far discutere le ragazze con gli amici o i familiari della propria percezione corporea negativa. I commenti positivi di amici e parenti possono essere molto efficaci. Ad esempio si possono prescrivere degli esercizi allo specchio che consistono nel guardare il proprio corpo insieme al partner o ad un'amica e nell'esternare i propri pensieri ed emozioni (cfr. Vandereycken, 1990).

Successivamente sia la ragazza che il compagno/a devono fare delle affermazioni positive sul corpo della paziente. Molte ragazze riferiscono di trovare questo esercizio estremamente utile.

Nel caso invece che la ragazza rifiuti totalmente solo una parte del suo corpo è importante ripristinare il contatto con essa. Una strategia potrebbe essere quella di far concentrare la paziente solo su quella parte del corpo che non le piace ascoltando i messaggi che tale parte le invia e invitandola a scrivere una lettera indirizzata a questa. Successivamente si può chiedere di identificarsi con tale parte e scrivere una lettera di risposta alla precedente che ha come mittente proprio la parte del corpo rifiutata. Se dati al momento giusto questi esercizi offrono la possibilità di ripristinare il contatto con la parte corporea non accettata permettendo alla paziente di iniziare a mettere gradualmente in dubbio la propria percezione corporea negativa. Alcuni studi evidenziano che un'immagine corporea positiva è uno degli indici predittivi migliori per un esito positivo della terapia (cfr. Wertheim, 1988; Vandereycken, 1990).

DIVENTARE INDIPENDENTI

Per staccarsi dai genitori e diventare indipendenti è fondamentale che le pazienti instaurino rapporti con i pari, ricontattando vecchie amicizie o facendone di nuove. Questo passo è molto difficile per le ragazze perché spesso comporta il dover parlare del proprio problema alimentare e dunque ci vuole coraggio per compierlo. Tuttavia tale iniziativa si rivela sempre un'ottima idea e un fondamentale aiuto per uscire dal frequente isolamento che le pazienti hanno e iniziare a risolvere il proprio problema alimentare (Vanderlinden e Vandereycken, 1987). I passi fondamentali da far compiere alle ragazze sono:

- spingerle a stabilire contatti con i coetanei;
- favorire i loro contatti con i ragazzi;
- insegnar loro a sostenere e difendere le proprie opinioni
- parlare della propria indipendenza ai familiari
- spingerle a risolvere piccoli problemi da sole

In questo modo le pazienti acquistano sempre più autonomia e indipendenza e iniziano a credere anche più in se stesse e nelle proprie capacità.

CONSIDERAZIONI FINALI

La maggior parte dei trattamenti della bulimia nervosa presenti in letteratura sono ancora in fase sperimentale e i dati relativi a ricerche controllate e catamnesi sono estremamente scarsi. Le difficoltà maggiori nel giudicare gli effetti di un trattamento riguardano principalmente la mancanza di criteri di valutazione definiti con chiarezza e di modelli che permettano di valutare oggettivamente la gravità e il decorso della malattia (cfr. Herzog, Deter e Vandereycken, 1992). Inoltre, la maggior parte degli studi è basata quasi esclusivamente su una valutazione sintomatologica, cioè presenza o meno di abbuffate e condotte compensatorie dopo un certo periodo di trattamento. Ma viene da chiedersi: l'assenza di crisi bulimiche significa automaticamente che la paziente è guarita? Sarà riuscita a sviluppare in modo soddisfacente la propria vita personale e di relazione? A nostro avviso nella valutazione dell'efficacia dei programmi terapeutici non dovrebbe essere considerato solo il comportamento alimentare ma anche tutti gli altri aspetti legati alla bulimia.

In questo articolo, come già preannunciato, è stato presentato un tipo di trattamento multidimensionale ad orientamento terapeutico direttivo-eclettico (cfr. Vanderlinden, Norrè e Vandereycken, 1995; Vanderlinden, 2001, Hawton, Salkovskis, Kirk e Clark, 2005). Purtroppo però mancando studi comparativi, al momento non è possibile stabilire quale tipo di trattamento o quale tecnica terapeutica sia la più indicata e ci si deve accontentare di dati raccolti dall'esperienza clinica.

Ogni terapeuta dovrebbe comunque essere consapevole che il trattamento della bulimia nervosa è una questione difficile e complessa che richiede sicuramente un approccio multidimensionale e a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA:

1. Abraham, S. F., Mason, C. e Mira, M. (1985). Treatment of bulimia, in S. W. Touyz e P. J. V. Beumont a cura di *Eating Disorders. Prevalence and treatment*, pp. 74-82, Sydney: William e Wilkins.

2. Andersen, A. E. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
3. Andersen, A. E. (1990). *Males with eating disorders*. New York: Brunner Mazel.
4. Bemis, K. M. (1985). "Abstinence" and "non abstinence" models for the treatment of bulimia, *International Journal of Eating Disorders*, 4, 407-438.
5. Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90*, Baltimore: Clinical Psychometric Research.
6. Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia, in D. M. Garner e P. E. Garfinkel a cura di *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, pp160-192, New York: Guilford Press.
8. Fairburn, C. G. (1987). The definition of bulimia nervosa: Guidelines for clinicians and research workers, *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 3-7.
9. Fairburn, C. G. (1988). The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa. *Journal of psychosomatic Research*, 32, 635-645.
10. Fairburn, C. G. e Wilson, G. T. (1993). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York:
11. Guilford.Garner, D.M. e Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.
12. Garner, D. M., Olmsted, M.P. e Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia, *International Journal of Eating Disorder*, 2(2), 15-33.
13. Garner, D. M., Rockert, W., Olmsted, M. G., Johnson, C. e Coscina, D. V. (1985).
14. Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa in D. M. Garner e P. E. Garfinkel a cura di *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, pp 513-556, New York: Guilford Press.
15. Herzog, W., Deter, H. C. e Vandereycken, W. (1992). *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, Berlin-New York: Springer-Verlag.
16. Lacey, J. H. (1985). Time-limited individual and group treatment for bulimia in D. M. Garner e P. E. Garfinkel a cura di *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, pp 431-457, New York: Guilford Press.
17. Lacey, J. H. (1992). Long-term follow-up of bulimic patients treated in integrated behavioural and psychodynamic treatment programs, in W. Herzog, H. C. Deter e W. Vandereycken a cura di *The course of eating disorders: Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, Berlin-New York: Springer-Verlag.
18. Oesterheld, J. R., McKenna, M.S. e Gould, N.B. (1987). Group psychotherapy of bulimia: A critical review, *International Journal of group Psychotherapy*, 37, 163-184.
19. Rosen, J. C. (1987). A review of behavioural treatments for bulimia nervosa, *Behavior Modification*, 12, 464-486.
20. Thompson, D. A., Berg, K. M. e Shatford L. A. (1987). The heterogeneity of bulimic symptomatology: Cognitive and behavioral dimensions, *International Journal of Eating Disorders*, 6, 125-137.
21. Van Coppenolle, H., probst, M., Vandereycken, W., Goris, M. e Meermann, R. (1990).
22. Construction of a questionnaire on the body experience of anorexia nervosa, in H. Remschmidt e M. H. Schmidt (a cura di), *Anorexia nervosa*, pp. 103-113, Toronto-Bern-Stuttgart: Hogrefe e Huber.
23. Van den Broecke, S., Vandereycken, W. e Norrè, J. (1997). *Eating disorders and marital relationships*. Lodon: Routledge.
24. Vandereycken, W. (1990). The relevance of body image disturbances for the treatment of bulimia, in M. M. Fichter a cura di *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and treatment*, pp. 320-330, Chichester-New York: John Wiley.
25. Vandereycken, W., Kog, E. e Vanderlinden, J. (1989). *The family approach of eating disorders: Assessment and treatment of anorexia nervosa and bulimia*, New York/Costa Mesa, CA: PMA Publications.
26. Vanderlinden, J., Norrè, J. e Vandereycken, W. (1987). The effect of a residential treatment program in eating disorder patients and their families, in W. Huber a cura di *Progress in psychotherapy research*, pp. 407-420, Louvain-La Neuve: Presses Universitaires de Louvain.
27. Vanderlinden, J., Norrè, J. e Vandereycken, W. (1995). *La bulimia nervosa: guida pratica al trattamento*. Astrolabio: Roma
28. Vanderlinden, J. (2001). *Vincere l'anoressia nervosa: strategie per pazienti, familiari e terapeuti*. Verona: Positive Press.
29. Wertheim, L. H. (1988). Predictors of response to a group therapy program for bulimics, in D. Hardoff e E. Chigier a cura di *Eating Disorders in adolescents and young adults*, pp. 335-348, London: Freund Publishing House.
30. Wilson, G. T. (1986). Cognitive-behavioral and pharmacological therapies for bulimia, in K. D. Brownell e J. P. Foreyt a cura di *Handbook of eating disorders*, pp. 450-475, New York: Basic Books.
31. Wooley, S. C. e Kearny-Cooke, A. (1986). Intensive treatment of bulimia and body-image disturbance, in K. D. Brownell e J. P. Foreyt a cura di *Handbook of eating disorders*, pp. 476-502, New York: Basic Books.
32. Wooley, S. C. e Wooley, O. W. (1985). Intensive outpatient and residential treatment for bulimia in D. M. e P. E. Garfinkel a cura di *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, pp391-430, New York: Guilford Press.
33. Yellowlees, A. (1997). *Working with eating disorders and self-esteem*. Dunstable e Dublin: Folens Limited

Mario Di FIORINO – chief prof. Psychiatry Department, Versilia Hospital, Italy
Ovidiu ALEXINSCHI – Medic specialist psihiatru, Spitalul Clinic de Psihiatrie “Socola”