

OBESITÀ E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: L'INTERVENTO TERAPEUTICO INTEGRATO

MILANO, STAR HOTEL TOURIST, 24 NOVEMBRE 2001

Segreteria Scientifica: Chiara Galli, Terapeuta AIDAP (Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso)
Medicina, Ospedale Bassini, Azienda S. Gerardo, Monza

Proposta di un modello "Stepped Care" per la Cura dell'Obesità

Chiara Galli*, Giorgio Bordin*, Paolo Rumi*, Sergio Colombi**

* Divisione di Medicina, Ospedale Bassini, Cinisello Balsamo (MI) -

** Ambulatorio di Psicologia, Ospedale Bassini, Cinisello Balsamo (MI)

L'obesità è un riconosciuto fattore di rischio per molte malattie di rilevanza sociale e il suo impatto economico è paragonabile a quello riscontrato per altre malattie croniche (per es., diabete, ipertensione, malattie correlate al fumo e all'alcol).

La prevalenza dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione italiana sfiora il 50%: mentre da un lato è chiara la necessità di prevenire e curare l'obesità, dall'altro è altrettanto evidente l'impossibilità di sottoporre così larga parte della popolazione a interventi terapeutici costosi.

Nell'intento di migliorare l'utilizzazione delle risorse del Sistema Sanitario Nazionale adeguando la complessità e il costo degli interventi alla gravità della malattia, proponiamo il seguente modello "Stepped Care" per la Prevenzione e la Cura dell'Obesità, che ha come scopo la "demedicalizzazione" dei casi più semplici, assicurando a ogni livello un intervento adeguato e corretto.

Il modello si basa sui seguenti presupposti:

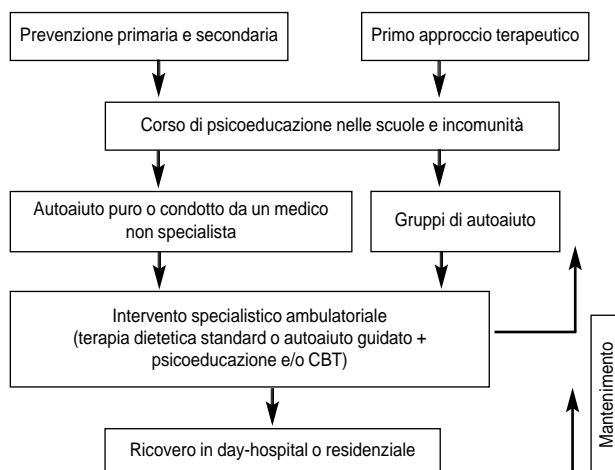
- il calo ponderale viene ottenuto in larga parte senza follow-up medico, ma solo il 20% dei soggetti segue i programmi raccomandati dalle Linee Guida Nazionali e Internazionali (O'Neil et al., 1992); più spesso vengono seguiti quelli pubblicizzati dai mass-media e dall'"industria della dieta", quasi sempre dannosi per il rischio di aggravare l'obesità viscerale e di favorire un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA);
- l'efficacia di alcuni modelli d'intervento (psicoeducazione e autoaiuto) è già stata sperimentata nel trattamento dell'obesità e dei DCA in paesi in cui meno diffuso è il ricorso alle cure mediche (USA) o in cui è storicamente maggiore l'attenzione ai DCA (Gran Bretagna). Nel trattamento della Bulimia Nervosa, la psicoeducazione ha dimostrato, nei casi lievi, un'efficacia analoga alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

Psicoeducazione e autoaiuto possono efficacemente veicolare i modelli d'intervento di terapia nutrizionale e cognitivo-comportamentale che, in un setting specialistico, sono molto dispendiosi e vanno quindi riservati ai casi refrattari o complicati dalla coesistenza di un DCA.

Gli interventi di psicoeducazione possono essere condotti dagli operatori delle Unità Nutrizionali delle ASL, nelle scuole e nelle comunità; un primo livello d'intervento può essere effettuato all'interno dei gruppi di autoaiuto gestiti dagli stessi pazienti; interventi ambulatoriali

corretti possono essere condotti, nei distretti, anche da operatori non specialisti addestrati all'utilizzo dei manuali di autoaiuto. Alle strutture specialistiche ospedaliere viene riservato l'intervento nei casi complicati o associati a un disturbo del comportamento alimentare.

Proposta di un modello "Stepped Care" per la cura dell'obesità e del disturbo da iperalimentazione incontrollata



Bibliografia

1. Agras WS: Short term psychological treatments for binge eating. In: Fairburn CG, Terence G (eds). *Wilson Binge eating: nature, assessment and treatment*. Guilford press 50-76
2. Cooper PJ, Coker S, Fleming C: Self help for bulimia nervosa: a preliminary report. *Int J Eat Dis*, **16**, 401-404, 1994
3. Dalle Grave R: AutoAiuto ed AutoAiuto guidato nella terapia dell'Obesità. *Terapia Cognitivo Comportamentale dell'Obesità*. Positive Press 341-362, 2001
4. Dalle Grave R: *Perdere peso senza perdere la testa*. Positive Press, 1999
5. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, et al: Three psychological treatment for bulimia nervosa: a comparative trial. *Archives in General Psychiatry*, **48**, 463-469, 1991
6. Fairburn CG, Carter JC: Self-help and guided self help for binge eating problems. In: Garner D, Garfinkel PE (eds). *Handbook of*

- treatment for eating disorders. Guilford Press, NY, 494-499, 1997
7. Garner D, Dalle Grave R: Psicoeducazione nei disturbi dell'alimentazione. Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione. Positive Press, 205-246, 1999
 8. O'Neil PM, Jarrell MP: Psychological aspects of obesity and dieting. In Treatment of seriously obese patient. Wadden TA, Van Itallie TB, Ny, Guildford Press, 252-271
 9. Olmsted MP, Davis R, Garner DM, Rockert W, Eagle M: Efficacy of brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 29, 71-83, 1991
 10. Ordman AM, Kirschenbaum DS: Bulimia: assessment of eating, psychological adjustment and familial characteristics. Int J Eat Dis, 5, 865-878, 1986

L'approccio clinico razionale al paziente obeso

Francesco Cavagnini

Cattedra di Endocrinologia, Università di Milano, Ospedale San Luca IRCCS Istituto Auxologico Italiano

Devo confessare un certo imbarazzo ogni volta che mi trovo a trattare il tema dell'approccio clinico al paziente obeso. Da trent'anni a questa parte, infatti, a fronte degli straordinari progressi delle conoscenze di base inerenti all'obesità, pochi passi sono stati compiuti sul piano clinico-terapeutico. Un elemento di novità in questo campo è tuttavia rappresentato dalla presa di coscienza, da parte del mondo medico-scientifico, dell'importanza di questa patologia come problema non solo clinico ma anche socio-economico, aspetto quest'ultimo legato all'alta e crescente prevalenza di questa condizione e all'elevatissima spesa sanitaria a essa legata. Nelle società industrializzate, l'eccesso ponderale interessa ormai il 50% della popolazione adulta, mentre l'obesità vera e propria è presente in quasi il 10% degli individui.

Lo stato di obesità incide fortemente sulla salute dell'individuo e, a prescindere da questo aspetto, sulla sua qualità di vita. La salute è compromessa dalle numerose complicanze che si associano a questa condizione clinica. Quelle osteoarticolari sono le più frequenti e quelle che maggiormente compromettono l'attività lavorativa del paziente. Parimenti aumentato, nel paziente obeso, è il rischio cardiovascolare, al quale concorrono la frequente presenza di ipertensione arteriosa, dislipidemia e diabete. L'insufficienza respiratoria di tipo restrittivo e la sindrome delle apnee notturne sono frequenti complicanze polmonari. Va infine tenuta presente l'aumentata incidenza di alcune neoplasie, segnatamente della mammella, dell'endometrio e, probabilmente, del colon. Non è quindi difficile spiegarsi come anche la mortalità di questi pazienti sia aumentata, con un incremento più che lineare in rapporto all'entità del sovrappeso.

Le limitazioni funzionali e quelle relative alla vita di relazione insieme alle ripercussioni psicologiche che si associano all'obesità compromettono notevolmente anche la qualità di vita di questo paziente. Per un corretto inquadramento clinico del paziente obeso è opportuno ricordare, oltre all'obesità "essenziale", la forma di gran lunga più frequente, l'esistenza di:

- forme sindromiche, come quella di Prader-Willi, di Lawrence-Moon-Bardet-Biedl, di Cohen, di Carpenter e altre, riconoscibili per la coesistenza di malformazioni somatiche e difetti funzionali, spesso gonadici e intellettivi;
- forme ipotalamiche sostenute da neoplasie, cisti, processi flogistici e infiltrativi di vario tipo interessanti i centri che controllano il comportamento alimentare;

- forme endocrine secondarie a iperfunzione surrenalica, a policistosi ovarica, a ipotiroidismo, ipogonadismo, iperinsulinismo e, di identificazione più recente, a deficit di ormone della crescita;
- forme genetiche tra le quali, di sempre più frequente identificazione, quelle attribuibili a mutazioni del gene per il recettore MC4 del peptide anoressante melanocortina.

L'approccio integrato al paziente obeso prevede innanzitutto un'accurata valutazione anamnestica e obiettiva, seguita dalle indagini di laboratorio e strumentali di volta in volta necessarie.

L'anamnesi familiare deve ricercare la ricorrenza nel gentilizio di sovrappeso, patologie cardiovascolari, dislipidemie, diabete, ipertensione, gotta, tireopatie. Di notevole importanza è l'anamnesi ponderale del paziente, ottenibile per mezzo di appositi questionari. Il rilievo di incrementi ponderali legati a particolari eventi come gravidanza, menopausa, trasferimento in paesi con diverse abitudini di vita e traumi emotivi in genere riveste notevole importanza per la scelta delle strategie terapeutiche. In particolare, la presenza di weight cycling syndrome così come di "refrattarietà" ai trattamenti dietetici riveste un notevole significato prognostico. Circa il weight cycling regnano ancora diverse incertezze sia per quanto riguarda la definizione stessa del fenomeno sia per le conseguenze cliniche a essa associate. Non è affatto provato, infatti, che le oscillazioni ponderali comportino un aumento del rischio cardiovascolare. La refrattarietà ai regimi ipocalorici è il più delle volte un mito, che viene sfatato in condizioni controllate come l'ospedalizzazione. Esiste tuttavia la possibilità che, a seguito di diete molto ristrette e riduzioni ponderali rilevanti, si verifichino marcati abbassamenti del metabolismo basale, la componente maggiore del dispendio energetico giornaliero. A ciò concorre innanzitutto la perdita di tessuto muscolare che accompagna sempre le drastiche diminuzioni di peso e che è una delle fonti principali della spesa energetica basale e di quella secondaria all'attività fisica. Inoltre, quando l'apporto alimentare è molto limitato, viene a ridursi l'effetto termogenetico del cibo. Anche l'obesità presente già in età adolescenziale è molto informativa, configurando una prognosi meno favorevole. Per stabilire il fabbisogno calorico giornaliero del paziente è poi essenziale accertare il suo bilancio energetico, ossia la relazione tra spesa energetica e introito calorico. La prima può essere stimata con l'uso di formule che consentono di determinare, con buona approssimazione, il metabolismo basale del soggetto, quando tale parametro non sia determinabile in via strumentale mediante calorimetria indiretta. Appositi questionari consentono infine di valutare l'attività fisica del paziente e quindi di calcolare il consumo energetico dovuto a essa. Le calorie introdotte possono essere ricavate mediante un'anamnesi alimentare ottenibile con l'uso di specifici diari. Ancora, l'inquadramento clinico del paziente obeso non potrà prescindere da un'anamnesi psicologica, anch'essa desumibile da questionari di diverso tipo oggi disponibili, che permettono di evidenziare la presenza di varie psicopatologie e di stabilirne l'entità. La conoscenza del profilo psicologico del paziente è fondamentale per impostare un programma di riduzione ponderale tendente a obiettivi realistici. L'anamnesi farmacologica può mettere in luce l'uso di sostanze come β -bloccanti, corticosteroidi, neurolettici, anticomiziali e alcuni antistaminici che si oppongono alla riduzione ponderale o di altre come ormoni tiroidei e diuretici che, se assunti al solo scopo di dimagrire, vanno proscritti. Infine, con l'anamnesi relativa alle complicanze va indagata la presenza delle note patologie che accompagnano l'obesità.

La valutazione obiettiva del paziente obeso deve dapprima rilevare i principali dati antropometrici: peso e altezza da cui ricavare l'indice di massa corporea (BMI, body mass index), al fine di stabilire il grado di eccesso ponderale; rapporto tra circonferenza della vita e quella dei fianchi o, secondo il più recente orientamento, sola circonferenza

della vita, per definire la distribuzione del tessuto adiposo. È ormai dimostrato, infatti, che l'accumulo di adipe in sede viscerale, tradotto da una circonferenza della vita superiore a 102 cm nell'uomo e a 88 cm nella donna, aumenta significativamente il rischio cardiovascolare dell'obeso. La distribuzione corporea del tessuto adiposo può essere stabilita con maggiore precisione con indagini strumentali quali la TC a livello di L4-L5 o, meno invasiva e quindi preferibile, la DEXA (Dual Energy X-ray Absorbiometry). La composizione corporea, con la ripartizione dei tre compartimenti rappresentati da massa magra, massa grassa e acqua, viene correntemente valutata attraverso la bioimpedenza, la cui accuratezza, tuttavia, è alquanto discutibile. Le informazioni derivate da queste valutazioni hanno notevole significato prognostico. Mentre l'obesità sottocutanea o ginoide, spesso già presente nell'adolescenza, comporta un basso rischio cardiovascolare ma è difficile da trattare, l'obesità viscerale ha un rischio cardiovascolare più elevato, ma una prognosi migliore agli effetti della riduzione ponderale. La visceralità dell'adipe è la componente più importante della sindrome metabolica che, se confermata da altri riscontri fisici (ipertensione arteriosa) e biochimici (intolleranza glucidica, insulino resistenza, dislipidemia, alterazioni dei parametri della coagulazione), rappresenta il quadro clinico maggiormente gravato da incidenti cardiovascolari.

È facile comprendere, a questo punto, come sia problematico, per il singolo medico, raccogliere tutti gli elementi sopra esposti nell'ambito di una sola visita medica e come invece questo diventi possibile, anche se oneroso, da parte di un servizio che veda coinvolti l'endocrinologo, lo psicologo e il personale esperto in scienza dell'alimentazione.

Le indagini di laboratorio da riservare all'obeso comprendono la valutazione della tolleranza glucidica, con carico orale di glucosio da eseguire sistematicamente nel paziente con obesità grave (BMI > 40) normoglicemico a digiuno, della resistenza insulinica mediante l'indice HOMA (Homeostasis Model Assessment (glicemia x insulinenia) : 22,5), del profilo lipidico, dell'uricemia, dell'omocisteina plasmatica, indice di disfunzione endoteliale, dei principali parametri della coagulazione come fibrinogeno e PAI-1 e della funzionalità epatica e renale. Tra questi ultimi, la microalbuminuria è un indice predittivo di patologia vascolare coronarica e cerebrale. Nell'ambito del sistema endocrino, meritano di essere esplorate: la funzione tiroidea con un dosaggio di TSH, a evitare che un ipotiroidismo preclinico misconosciuto vanifichi i risultati terapeutici, quella gonadica con la determinazione in entrambi i sessi dei livelli plasmatici di gonadotropine, androgeni e SHBG (Sex Hormone Binding Globulin) e, ove clinicamente indicato, quella surrenalica con la determinazione del cortisolo libero urinario, generalmente normale nell'obesità essenziale.

Un'esperienza pluridecennale ha ben dimostrato come il trattamento dell'obesità, fondato sul controllo alimentare, l'esercizio fisico e la psicoterapia, fornisce risultati deludenti, non tanto per il mancato dimagrimento ma per la pressoché costante occorrenza di recidive. La ragione del fallimento risiede probabilmente nel fatto che alcuni importanti determinanti del bilancio energetico sono in buona misura (comportamento alimentare e quindi introito calorico) o esclusivamente (metabolismo basale) regolati geneticamente attraverso un complesso sistema di neurotrasmettitori e neuropeptidi, mentre solo la spesa energetica legata all'attività fisica può essere influenzata dal fattore ambientale, ossia dalle abitudini del soggetto. Di qui la convinzione di chi scrive che la soluzione terapeutica dell'obesità non potrà che essere di natura farmacologica. Negli ultimi anni sono state identificate numerose molecole endogene dotate di potenti capacità anoressanti e/o termogeniche che potrebbero in futuro trovare applicazione terapeutica. Tuttavia, la localizzazione di queste sostanze in specifiche aree cerebrali e le straordinarie capacità omeostatiche del-

l'organismo continueranno a rendere le manipolazioni farmacologiche assai complesse.

Attualmente esistono solo due molecole ufficialmente approvate per la terapia dell'obesità: orlistat e sibutramina. La prima molecola agisce con meccanismo completamente periferico, riducendo l'assorbimento intestinale dei grassi e quindi l'apporto calorico giornaliero; la seconda perviene allo stesso fine agendo invece a livello centrale con effetto anoressizzante.

Orlistat. Il farmaco inibisce la lipasi intestinale inducendo l'eliminazione fecale della quota di grassi ingeriti. La sostanza non viene assorbita ed è quindi priva di effetti sistemici. La dose raccomandata di orlistat è di 120 mg 3 volte/die, prima dei pasti principali. Studi di farmacocinetica hanno dimostrato che l'effetto non aumenta con l'aumento di queste dosi. Se un pasto non viene assunto o è privo di grassi la dose del farmaco può essere omessa. Orlistat deve essere assunto con una dieta moderatamente ipocalorica contenente il 30% delle calorie in forma di lipidi. Contenuti di grasso superiori determinano disturbi gastroenterici quali meteorismo, aumento delle scariche alvine, feci poltacee, urgenza intestinale e perdita rettale di materiale oleoso. L'insorgenza di tale sintomatologia ha indotto alcuni a interpretare l'efficacia del farmaco come un "effetto antabuse"; poiché in ogni caso l'insorgenza della sintomatologia suddetta è un deterrente contro il consumo eccessivo di grassi, la somministrazione di orlistat può favorire l'educazione alimentare del paziente. Studi controllati hanno dimostrato che il trattamento con orlistat associato a una dieta ipocalorica con le caratteristiche sopra specificate induce un decremento ponderale significativamente superiore rispetto alla somministrazione di placebo (circa il 10% contro il 6% del peso iniziale dopo un anno). Inoltre, nei soggetti responsivi, la prosecuzione della terapia consente di contenere entro limiti assai modesti il recupero ponderale che si verifica nell'anno successivo, mentre la sua sospensione è seguita da un aumento più cospicuo del peso corporeo che si riporta a quello dei soggetti non trattati. Orlistat sembra dunque offrire un valido supporto alla terapia convenzionale dell'obesità.

Sibutramina. Il farmaco agisce a livello centrale inibendo la ricaptazione della serotonina e dell'adrenalina a livello delle terminazioni nervose specifiche; l'aumentata disponibilità di questi neurotrasmettitori a livello ipotalamico riduce l'appetito e quindi l'apporto calorico giornaliero. Esso sembra anche in grado di incrementare la termogenesi e quindi il dispendio energetico del soggetto. Alla dose di 10-15 mg die in unica somministrazione, la sibutramina determina risultati sovrapponibili a quelli di orlistat, sia per quanto riguarda la riduzione ponderale sia per il suo mantenimento. Il farmaco è in generale ben tollerato. I suoi effetti collaterali comprendono secchezza delle fauci, stipsi, nausea e, da tenere in particolare considerazione in quanto molti pazienti obesi sono ipertesi o predisposti a diventarlo, un aumento della pressione arteriosa sistolo-diastolica e della frequenza cardiaca di entità lieve (1,4/1,7 mmHg e 3,7 battiti al minuto) ma significativo da un punto di vista cardiologico.

È presumibile e auspicabile, sulla base delle conoscenze in continua espansione, l'avvento in futuro non lontano di nuovi farmaci, più potenti e specifici, che consentano una terapia facile ed efficace dell'accumulo di adipe.

Terapia dell'obesità: basi teoriche e aspetti pratici di un nuovo programma cognitivo comportamentale

Riccardo Dalle Grave

Casa di Cura Villa Garda, Garda (VR) - Responsabile scientifico AIDAP

Introduzione. Nonostante gli effetti negativi dell'obesità sulla mortalità e sulla morbilità siano ampiamente documentati da numerosi studi longitudinali e controllati, non abbiamo ancora a disposizione trattamenti che abbiano dimostrato un'efficacia terapeutica a lungo termine. Negli ultimi anni, numerosi studi hanno osservato che una perdita di peso corporeo del 10% è in grado di determinare significativi benefici e di ridurre la maggior parte delle complicazioni associate all'obesità (1). Anche se i dati sono ancora pochi, una modesta perdita di peso corporeo intenzionale sembra essere in grado di ridurre la mortalità, almeno nei soggetti che hanno delle condizioni mediche associate all'obesità (2).

I significativi benefici ottenuti da una perdita di peso corporeo del 10%, associati al fatto che oggi sappiamo che il decremento ponderale è fortemente ostacolato da complessi meccanismi biologici e psicologici, hanno spinto a porre come obiettivo della cura non chirurgica dell'obesità una perdita di peso corporeo del 10% (1, 3). Attualmente disponiamo di due trattamenti non chirurgici dell'obesità che sono in grado di determinare una perdita di peso corporeo del 10%: la terapia comportamentale e la terapia farmacologica. Purtroppo, queste due forme di trattamento non hanno dato evidenze di riuscire a mantenere i risultati oltre i due anni. Negli ultimi anni sono stati effettuati alcuni tentativi per cercare di migliorare i risultati a lungo termine della terapia comportamentale, adottando il modello della cura continuativa (continuous care). I risultati ottenuti sono stati però deludenti: questa forma di terapia, infatti, sembra ritardare ma non evitare la ricaduta (4).

Dal momento che il 10% è un obiettivo che si può raggiungere con i programmi non chirurgici per l'obesità (terapia comportamentale e terapia farmacologica), la sfida più pressante è quella di sviluppare un nuovo modo di trattamento, che sia in grado di minimizzare il recupero del peso corporeo perduto. In questo lavoro è illustrato sinteticamente un nuovo programma cognitivo comportamentale di trattamento dell'obesità, che è stato ideato in modo specifico per superare i limiti della terapia comportamentale dell'obesità e per aiutare il paziente a mantenere nel tempo una perdita di peso del 10%. La descrizione dettagliata del programma è riportata nel libro di recente pubblicazione "Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità" (5). **Basi teoriche del programma.** Attualmente la ricerca sui meccanismi che portano al recupero del peso corporeo è ancora scarsa. Sappiamo che numerosi fattori biologici ostacolano sia la perdita sia il mantenimento del peso corporeo. Numerose osservazioni cliniche dimostrano, però, che alcune persone obese, pur non raggiungendo il range del normopeso, riescono a perdere e a mantenere una ragionevole quantità di peso corporeo. Tale fatto evidenzia che, nonostante gli ostacoli biologici alla perdita e al mantenimento del peso corporeo, le caratteristiche cognitive e comportamentali dell'individuo possono giocare un ruolo determinante e spesso in grado di contrastare, entro certi limiti, gli ostacoli biologici che si oppongono al dimagrimento.

Alcuni studi hanno valutato le caratteristiche comportamentali dei soggetti che perdono e riescono a mantenere nel tempo una significativa quantità di peso corporeo. La maggior parte delle ricerche, pur con molti limiti metodologici, ha evidenziato che i soggetti che riescono a mantenere il peso corporeo perduto conservano nel tempo tre comportamenti (6):

- fanno costantemente attività fisica;
- consumano una dieta povera di grassi;
- controllano periodicamente il loro peso corporeo.

È evidente che questi tre comportamenti sono semplici marker dei meccanismi cognitivi sottostanti che motivano il soggetto a continuare a persistere nell'applicazione di queste strategie.

Purtroppo, la terapia comportamentale tradizionale dell'obesità ha dato scarsa attenzione al contributo dei processi cognitivi che regolano il comportamento e, solo recentemente, autori di scuola cognitiva si sono occupati dell'analisi dei meccanismi cognitivi implicati soprattutto nel fenomeno del recupero del peso corporeo.

Una delle tesi centrali nella teoria del programma è che, poiché alcuni soggetti riescono a mantenere il peso corporeo perduto nonostante potenti meccanismi biologici operino per favorire un recupero ponderale, il successo nel mantenimento di una "moderata" perdita di peso corporeo e l'eventuale ricaduta dipendono principalmente da fattori cognitivi e comportamentali¹. Secondo questo modo di vedere, i fattori biologici di per sé creerebbero solo un terreno favorente il recupero del peso corporeo perduto (per es., alterando le sensazioni di fame e sazietà e il dispendio energetico), ma il meccanismo chiave che porta alla ricaduta sarebbe essenzialmente psicologico.

Da un punto di vista cognitivo, il recupero del peso corporeo è la conseguenza di due processi tra loro collegati: 1) la diminuzione progressiva della convinzione di poter controllare il peso corporeo, che spesse porta all'abbandono del programma; 2) il ritorno, in queste condizioni, alle abitudini alimentari precedenti con il conseguente recupero del peso corporeo. Questi due processi sono spesso la conseguenza di una o più delle seguenti situazioni:

- la mancanza di abilità nel fronteggiare le situazioni ad alto rischio, che porta a mangiare in eccesso e a non fare attività fisica;
- l'utilizzo del cibo come mezzo per far fronte allo stato di frustrazione derivante da uno stile di vita sbilanciato;
- il mancato raggiungimento degli obiettivi di peso corporeo e degli obiettivi primari (gli obiettivi che un individuo cerca di raggiungere con il dimagrimento), che porta dapprima ad abbandonare il tentativo di perdere peso corporeo e poi di mantenerlo.

L'analisi dei meccanismi cognitivi e comportamentali implicati nel recupero del peso corporeo ha portato a ideare e a implementare un programma di terapia cognitivo comportamentale dell'obesità che, pur mantenendo le principali tecniche dei programmi di terapia comportamentale dimostratisi in grado di determinare un decremento ponderale del 10%, aggiunge nuove componenti "cognitive" per favorire il mantenimento del peso corporeo perduto.

Il trattamento è derivato principalmente dall'approccio di Fairburn (7) per la cura della bulimia nervosa, di Marlatt e Gordon (8) per la gestione della ricaduta e di Cooper e Fairburn (9) per la cura dell'obesità. Va sottolineato, tuttavia, che anche altri teorici cognitivi e autori di scuola cognitiva e comportamentale nel campo dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione hanno influenzato il mio approccio.

Obiettivi principali del programma. Il programma si pone tre obiettivi principali:

1. Aiutare i pazienti obesi a raggiungere una perdita di peso corporeo del 10%. Le tecniche utilizzate per favorire la perdita di peso corporeo sono quelle della terapia comportamentale; tale scelta si basa sul fatto che questa terapia è in grado di determinare un dimagrimento del 10% nell'80% dei pazienti trattati (4).
2. Aiutare i pazienti ad affrontare gli ostacoli all'accettazione del mantenimento del peso corporeo. Numerose evidenze indicano che la presenza di obiettivi non realistici di perdita di peso corporeo e di obiettivi primari non raggiungibili con il dimagrimento è uno tra i

¹Questo non vale se la perdita di peso è severa, perché in questo caso i meccanismi fisiologici che si oppongono al dimagrimento causano delle pressioni biologiche che difficilmente possono essere contrastate dalle capacità cognitive e comportamentali dell'individuo.

fattori più importanti nel favorire dapprima l'abbandono del tentativo di dimagrire e poi l'abbandono di ogni sforzo per mantenere il peso corporeo perduto (9). Per far fronte a queste trappole il programma include tecniche cognitive e comportamentali finalizzate a migliorare l'immagine corporea, ad accettare una perdita di peso corporeo del 10% e per affrontare, se presenti, gli obiettivi irrazionali associati al dimagrimento (obiettivi primari).

3. Aiutare i pazienti obesi a mantenere il 10% del peso corporeo perduto. Il programma include interventi cognitivi e comportamentali finalizzati ad aiutare il paziente nel mantenere il peso corporeo perduto e ad affrontare i fattori che favoriscono il recupero ponderale.

Elementi distintivi del programma. Il trattamento contiene numerosi elementi che lo distinguono dalla maggior parte dei trattamenti dell'obesità finora proposti, che qui cercherò sinteticamente di illustrare.

1. Modello cognitivo e non solo comportamentale. Il trattamento propone una terapia basata su un modello cognitivo e non comportamentale.
2. Durata limitata nel tempo. Il trattamento è strutturato per avere una durata limitata nel tempo (nove mesi).
3. Moduli. Il modello di terapia "a moduli" flessibili è un'innovazione importante nel campo della terapia cognitivo-comportamentale. I manuali classici, infatti, hanno il difetto principale di essere eccessivamente rigidi nell'applicazione delle procedure e nei loro tempi di implementazione. Un modello a "moduli" che vengono introdotti in modo flessibile secondo le necessità del paziente appare più applicabile in un contesto clinico dove le problematiche sono diverse e più complesse di quelle comunemente osservate nei trial di ricerca (10).
4. Obiettivo del peso corporeo ragionevole versus peso corporeo ideale.
5. Distinzione tra perdita di peso corporeo e mantenimento. La distinzione tra perdita di peso corporeo e mantenimento è introdotta fin dal primo incontro. Al paziente è spiegato che il trattamento ha due fasi, una di perdita di peso corporeo (Fase Uno), che ha l'obiettivo di raggiungere un dimagrimento del 10%, e una di mantenimento (Fase Due), in cui l'obiettivo è la stabilità ponderale. Durante la spiegazione è importante sottolineare che il trattamento passerà alla Fase Due quando sarà raggiunta una perdita di peso corporeo del 10%, e che questo dovrà essere fatto anche se il paziente desidera o si sente in grado di dimagrire ancora.
6. Bilancio tra accettazione e cambiamento. Il programma è stato costruito all'interno di un contesto che bilancia l'accettazione e il cambiamento (11). Il punto chiave dell'approccio è l'enfasi sul fatto che, dopo aver effettuato modificazioni positive del comportamento alimentare e dello stile di vita, è necessario imparare ad accettare le modificazioni del peso e delle forme corporee che questi cambiamenti hanno determinato.
7. Sviluppo di abilità comportamentali e risposte cognitive per perdere e mantenere il peso corporeo. Il programma include le principali procedure cognitive e comportamentali che si sono dimostrate efficaci nel determinare una perdita di peso corporeo del 10% nell'80% dei pazienti che seguono i programmi classici di terapia comportamentale. Queste includono l'automonitoraggio (dell'alimentazione, dell'attività fisica e del peso corporeo), il controllo degli stimoli, l'addestramento alla risoluzione dei problemi, il seguire un'alimentazione ipocalorica e ipolipidica e l'adottare uno stile di vita attivo. In aggiunta è stato inserito un programma di skill training finalizzato ad aiutare il paziente a riconoscere le situazioni ad alto rischio che favoriscono il lapse e a sviluppare risposte di coping per far fronte efficacemente a queste situazioni senza perdere il control-

lo. Il programma di skill training include anche tecniche di ristrutturazione cognitiva per discutere e modificare il senso di fallimento eventualmente presente in seguito ad un lapse. Oltre a ciò sono state inserite moderne procedure come il mindfulness training, per gestire in modo diretto l'immagine corporea negativa e le emozioni che portano a mangiare in eccesso.

8. Sviluppo di uno stile di vita sano. Il trattamento ha l'obiettivo di aiutare il paziente a modificare il suo stile di vita, con il fine di aiutarlo a raggiungere e mantenere un sano peso corporeo, e di superare la necessità di gratificarsi con il cibo.

Differenze rispetto alla terapia comportamentale. Il trattamento differisce marcatamente dalla terapia comportamentale dell'obesità abitualmente applicata nei setting di ricerca. Questa, nella maggior parte dei casi, è strutturata nel modo seguente (9):

- è somministrata in gruppi di 10-20 pazienti;
- il programma è presentato come una serie di lezioni preconfezionate. L'intero gruppo riceve la lezione uno nella settimana 1, la lezione due nella settimana 2 e così via;
- le lezioni proseguono nell'ordine pre-ordinato anche se il paziente non ha risolto i suoi problemi o non ha compreso quanto illustrato. Questi programmi, in ogni modo, includono un training nella risoluzione dei problemi come strategia generale per affrontare le difficoltà particolari incontrate dal paziente;
- molti programmi usano diversi terapeuti (medico, dietista, psicologo, istruttore di educazione fisica) che ruotano a turno nelle varie lezioni;
- il trattamento dura circa 16-24 settimane ed è seguito, a volte, da una fase di mantenimento;
- il trattamento include varie tecniche come per esempio: automonitoraggio dell'alimentazione, obiettivi comportamentali specifici riguardanti l'alimentazione e il peso corporeo, lezioni sulla nutrizione, enfasi sulla modificazione dello stile di vita e attività fisica programmata, tecniche di controllo degli stimoli, training nella risoluzione dei problemi, modalità semplici di ristrutturazione cognitiva e prevenzione delle ricadute.

I programmi comportamentali dell'obesità sono notevolmente diversi dalla terapia cognitivo-comportamentale, abitualmente applicata per la cura di altri disturbi (9): per la base teorica (danno scarsa attenzione al contributo dei processi cognitivi); per gli obiettivi (che sono la modificazione dell'alimentazione e dei livelli di attività fisica piuttosto che una modificazione cognitiva); per le procedure (che sono quasi esclusivamente comportamentali). La struttura di questi programmi (lezioni effettuate in gruppo) è anche diversa dalla terapia comportamentale applicata a condizioni diverse dall'obesità. Piuttosto che denominare questi interventi comportamentali o cognitivo-comportamentali, secondo Cooper e Fairburn (9), sarebbe meglio chiamarli "gruppi psicoeducazionali orientati mentalmente". Il trattamento descritto in questo articolo, anche se usa la maggior parte delle tecniche proposte dalla terapia comportamentale dell'obesità (che si sono dimostrate altamente efficaci nel favorire una perdita di peso corporeo del 10%), si differenzia in modo sostanziale da quest'ultima per i seguenti motivi:

- è somministrato individualmente e non in gruppo;
- utilizza uno stile terapeutico che assomiglia alla terapia cognitivo-comportamentale applicata nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione (12);
- segue cinque moduli che descrivono strategie e procedure che sono introdotte in modo sequenziale in accordo alle necessità del singolo paziente.

Le due fasi del programma. Il trattamento ha una durata limitata di 40 settimane (nove mesi) e in tal modo si differenzia notevolmente dai modelli di cura che si basano sul concetto della cura continuativa.

Ha due fasi con obiettivi distinti.

1. Fase Uno: ha lo scopo di aiutare il paziente a perdere il 10% del peso corporeo e ad affrontare gli ostacoli potenziali al mantenimento; ha una durata di 24-30 settimane.
2. Fase Due: ha lo scopo di aiutare il paziente ad acquisire la cornice della mente e i comportamenti necessari al mantenimento a lungo termine del peso corporeo; può iniziare dalla settimana 24 alla 30 e finisce alla settimana 40.

Il trattamento prevede 20 sedute precedute da un incontro di valutazione diagnostica, in cui viene spiegato anche l'intero trattamento. Le sedute sono effettuate con la seguente frequenza:

- sedute # 0-4: 1 volta la settimana;
- sedute # 5-18: 1 volta ogni 2 settimane;
- sedute # 19-20: 1 volta ogni 4 settimane.

La data di tutte e 20 le sedute è fissata in anticipo in un'agenda e può essere modificata solo in casi di assoluta necessità. Ogni seduta ha una durata di 50 minuti.

I cinque moduli del programma. Il programma comprende cinque moduli, preceduti dalla seduta di valutazione diagnostica. I primi tre sono principalmente finalizzati ad aiutare il paziente a cambiare e a raggiungere una perdita di peso corporeo del 10%; il quarto è finalizzato esclusivamente a favorire l'accettazione del mantenimento del peso corporeo; il quinto ha l'obiettivo di favorire il mantenimento del peso corporeo.

1. Il Modulo I ("Monitorare l'alimentazione, l'attività fisica e il peso corporeo") è finalizzato ad addestrare il paziente all'automonitoraggio di due comportamenti (alimentazione e attività fisica), attraverso l'uso del diario alimentare e dell'attività fisica, e del peso corporeo. Il Modulo I inizia nella seduta # 1 e alcune sue procedure, come quella di controllare il peso corporeo settimanalmente, continuano per l'intera durata del programma, mentre il diario alimentare e dell'attività fisica sono generalmente interrotti prima delle ultime tre sedute.
2. Il Modulo II ("Modificare lo stile di vita") ha due obiettivi: aiutare il paziente a seguire un'alimentazione sana, che nella fase di perdita di peso corporeo è moderatamente ipocalorica e adattata alle necessità energetiche del singolo individuo; aiutare il paziente a incrementare i livelli di attività fisica in generale (che necessariamente includono il ridurre le attività sedentarie), piuttosto che

enfaticamente l'adozione di un'attività fisica formale e strutturata in base all'intensità, durata e frequenza. Il Modulo II inizia nella seduta # 2 e continua per tutta la durata del programma. Una volta raggiunta una perdita di peso corporeo del 10%, il contenuto calorico dell'alimentazione va modificato per mantenere il peso corporeo perduto.

3. Il Modulo III ("Affrontare gli ostacoli alla perdita di peso corporeo") è finalizzato a identificare e affrontare i problemi che possono interferire con l'adesione del paziente al programma alimentare e di attività fisica. Questi includono, secondo i casi, problemi di motivazione, monitoraggio inadeguato o assente, eccessivi stimoli esterni che portano a mangiare in eccesso, incapacità di affrontare le situazioni ad alto rischio, problemi interpersonali, pensieri disfunzionali, presenza di abbuffate, stress, scarso supporto sociale, problemi interpersonali e problemi emotivi. Il Modulo III inizia nella seduta # 2 e dura fino alla seduta # 14 o # 17.
4. Il Modulo IV ("Affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso corporeo") è strutturato per facilitare l'accettazione del peso corporeo perduto e quindi la necessità di impegnarsi nel mantenimento. Il modulo include tecniche cognitive comportamentali per migliorare l'immagine corporea, per accettare una perdita di peso corporeo del 10% e per affrontare, se presenti, gli obiettivi irrealistici associati alla perdita di peso corporeo (obiettivi primari). Il Modulo IV inizia tra la seduta # 8 e la # 12 e dura per tutto lo svolgersi del programma.
5. Il Modulo V ("Affrontare gli ostacoli del mantenimento il peso corporeo perduto") fa parte della Fase Due e ha lo scopo principale di aiutare il paziente ad acquisire le strategie e le abilità necessarie per un controllo a lungo termine del peso corporeo e cioè: mantenere un controllo regolare del peso corporeo, l'uso di appropriate risposte cognitive e di abilità comportamentali per minimizzare le fluttuazioni di peso corporeo e correggere qualsiasi modificazione ponderale significativa. Il Modulo V inizia dalla seduta # 14-17 e dura fino alla fine del trattamento.

I moduli e il loro tempo di implementazione sono riportati nella figura 1. **Condizione dell'intervento.** Il trattamento strutturato per essere condotto da un singolo terapeuta in sedute di 50 minuti è stato adattato per essere applicato da più figure professionali. Tale adattamento si è reso necessario perché in Italia sono pochi gli specialisti che hanno

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | Settimana |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | Seduta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

– Valutazione diagnostica e spiegazione del trattamento

Modulo I. Monitorare l'alimentazione, l'attività fisica e il peso corporeo

Modulo II. Modificare lo stile di vita

Modulo III. Affrontare gli ostacoli alla perdita di peso corporeo

Modulo IV. Affrontare gli ostacoli all'accettazione del mantenimento del peso corporeo

Modulo V. Mantenere il peso corporeo perduto

_____ Dovrebbe essere in corso Potrebbe essere in corso

Figura. I cinque Moduli del programma con i tempi di implementazione degli stessi.

sia una formazione bio-medica sia cognitivo-comportamentale. Un adattamento del programma prevede il coinvolgimento di tre figure professionali: 1) medico; 2) dietista; 3) psicologo. Il medico esegue la valutazione diagnostica e si occupa di curare le eventuali complicanze mediche presenti, mentre l'intervento terapeutico è portato avanti dalla dietista e dallo psicologo. Sono previsti 20 incontri con la dietista della durata di 30 minuti e 20 incontri con lo psicologo della durata di 45 minuti. La prima si occupa di affrontare principalmente le problematiche nutrizionali, il secondo affronta in modo predominante gli ostacoli cognitivo-comportamentali alla perdita e al mantenimento del peso corporeo. Quando l'intervento è portato avanti da due terapeuti è inevitabile che si creino sovrapposizioni negli interventi, per esempio quando sono affrontati gli ostacoli alla perdita e al mantenimento di peso corporeo. È perciò di fondamentale importanza che i due terapeuti aderiscano al medesimo modello teorico, stabilendo in anticipo il proprio campo di competenza e le tecniche utilizzate, e che facciano periodiche riunioni settimanali per discutere il caso e le tecniche d'intervento applicate.

Il programma può essere affiancato da un ciclo di 10 incontri psicoeducazionali di 60 minuti ciascuno che, oltre ad avere una funzione educativa e informativa, si avvalgono di tecniche di "risoluzione dei problemi" finalizzate a produrre cambiamenti cognitivi e comportamentali.

Gli argomenti trattati sono i seguenti.

1. L'obesità e il sovrappeso: classificazione e prevalenza.
2. Il trattamento.
3. Il peso ideale, il peso estetico e il peso ragionevole.
4. Imparare a mangiare in modo sano e regolare (3 incontri).
5. Come incrementare e mantenere nel tempo una sana attività fisica.
6. Come identificare le situazioni ad alto rischio e imparare a usare attività alternative al cibo.
7. Imparare a usare la tecnica di risoluzione dei problemi.
8. Imparare ad accettare il proprio peso ragionevole.
9. Obiettivi di perdita di peso e obiettivi primari.
10. Tecniche per mantenere il peso ed evitare le ricadute.

A ogni paziente è fornito il manuale di autoaiuto "Perdere peso senza perdere la testa" (13). Il manuale nella prima parte fornisce informazioni dettagliate sul problema del peso; nella parte due riporta un programma di autoaiuto per affrontare questo disturbo.

Bibliografia

1. NIH: Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report 1998
2. Williamson DF et al: Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 years. *Am J Epidemiol*, **141**, 1128-1141, 1995
3. Ligio 99: Linee Guida Italiane Obesità. Task Force Italia. Bologna: Pendragon 1999
4. Wadden TA: The management of obesity: from past failure to future attainment. In: Guy-Grand G, Ailhaud G (eds). *Progress in Obesity Research*. John Libbey: London **8**, 713-719, 1999
5. Dalle Grave R: *Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità*. Positive Press: Verona 2001
6. Wing RR: Successful long-term weight loss: Findings from the National Weight Control Registry. In B. Guy-Grand & G. Ailhaud (Eds.), *Progress in Obesity Research*: London: Libbey **8**, 781-785, 1999
7. Fairburn CG: A cognitive-behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, **141**, 631-633, 1981
8. Marlatt AG, Gordon JR: *Relapse Prevention*. Guilford New York: Guilford 1985
9. Cooper Z, Fairburn CG: A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy* (in stampa)
10. Wilson GT: Cognitive therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy* **37**, S79-S95, 1999
11. Wilson GT: Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy* **27**, 417-439, 1996
12. Dalle Grave R: *Il peso ragionevole... che cos'è, come raggiungerlo e come mantenerlo*. Positive press: Verona, 1994
13. Dalle Grave R: *Perdere peso senza perdere la testa*. Positive Press: Verona 1999

Linee Guida Pratiche per il trattamento dei pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare

Arianna Banderali*, Riccardo Dalle Grave**

*Presidente AIDAP, **Casa di Cura Villa Garda, Garda, Verona; Responsabile scientifico AIDAP

Nel gennaio 2000 è stata pubblicata la revisione delle "Linee guida pratiche per il trattamento dei pazienti con disturbi dell'alimentazione" da parte dell'American Psychiatric Association (*Am J Psychiatry* **157**: 1 January 2000 Supplement).

In questa breve revisione saranno riportati alcuni punti delle linee guida, derivati dall'executive summary, che a parere dello scrivente sono di notevole importanza clinica. Chi volesse avere il testo completo delle linee guida può rivolgersi al seguente indirizzo: American Psychiatric Publishing Group. 1400 K St. N W Washington, D C 20005: order@psych.org.

Sistema di codificazione. Ogni raccomandazione è classificata in tre categorie che rappresentano i vari livelli di confidenza clinica nei confronti della raccomandazione:

1. raccomandata con una confidenza clinica sostanziale;
2. raccomandata con una confidenza clinica moderata;
3. può essere raccomandata sulla base delle circostanze individuali.

Considerazioni generali. I pazienti con disturbi dell'alimentazione (DA) presentano un ampio range di sintomi che frequentemente occorrono lungo un continuum tra quelli dell'anoressia nervosa (AN) e della bulimia nervosa (BN). Le linee guida suggeriscono i fattori clinici che dovrebbero essere presi in considerazione nel trattamento di un paziente con AN o BN.

Scelta del luogo di cura. Per determinare il luogo più appropriato di cura è essenziale effettuare un'accurata valutazione diagnostica pre-trattamento. I parametri fisici più importanti che influenzano questa decisione sono il peso corporeo e lo stato cardiaco e metabolico (1). I pazienti dovrebbero essere ospedalizzati prima di diventare medicamente instabili (per es., presenza di segni vitali anormali) (1). La decisione di ospedalizzare dovrebbe basarsi su fattori psichiatrici, comportamentali e medici (1). Questi includono un rapido o persistente declino nell'assunzione di cibo o una continua perdita di peso nonostante il trattamento ambulatoriale o l'intervento di day-hospital, la presenza di fattori stressanti addizionali che interferiscono con la capacità del paziente di mangiare (per es. malattie virali intercorrenti), la conoscenza precedente di un livello di peso in cui si è verificata l'instabilità medica, la presenza di comorbidità psichiatrica che merita l'ospedalizzazione.

La maggior parte dei pazienti con BN non complicata non necessita dell'ospedalizzazione. Comunque, l'indicazione di ricovero nella BN può includere la presenza di sintomi disabilitanti severi che non regrediscono con il trattamento ambulatoriale, la concomitanza di proble-

mi medici rilevanti (per es., anomalie metaboliche, ematemesi, modificazione dei segni vitali, vomito incontrollato), idee suicidarie, disturbi psichiatrici gravi, abuso di sostanze o di alcol. La decisione di ospedalizzare in un'unità psichiatrica o in un reparto di medicina generale dipende dallo stato medico del paziente, dalle abilità dello staff locale medico e psichiatrico e dalla disponibilità di una terapia ambulatoriale intensiva o di day-hospital e di trattamenti post-dimissione per i problemi medici e psichiatrici presenti.

Scelta di specifici trattamenti per l'AN. L'obiettivo del trattamento dei pazienti con AN sono: 1) ristorare un peso corporeo salutare (che significa ritorno delle mestruazioni e dell'ovulazione nelle femmine, interesse sessuale e livelli ormonali normali nei maschi, crescita e sviluppo fisico e sessuale normale nei bambini e negli adolescenti); 2) trattare le complicazioni fisiche; 3) aumentare la motivazione del paziente per cooperare nel recupero di modalità alimentari salutari e per partecipare al trattamento; 4) fornire educazione sull'alimentazione salutare e sulle modalità alimentari; 5) correggere i pensieri, le attitudini e le sensazioni disfunzionali collegate ai DA; 6) trattare le condizioni psichiatriche associate, includenti difetti nella regolazione dell'umore, autostima e comportamento; 7) favorire il supporto familiare e fornire il counselling familiare e una terapia familiare, quando appropriato; 8) prevenire la ricaduta.

Riabilitazione nutrizionale. Un programma di riabilitazione nutrizionale dovrebbe essere stabilito per tutti i pazienti che sono significativamente sottopeso (1). I programmi di riabilitazione nutrizionale dovrebbero stabilire un obiettivo di peso salutare e avere un tasso di aumento di peso atteso (per es., 1-1,5 kg per la maggior parte dei ricoverati, 1/4-1/2 kg per la maggior parte dei pazienti ambulatoriali). L'assunzione calorica dovrebbe usualmente partire da un livello di 30-40 kcal/kg (approssimativamente 1.000-1.600 kcal/die) ed essere aumentata progressivamente. Durante la fase dell'incremento ponderale, il livello calorico può essere aumentato a un ritmo di 70-100 kcal/die. Durante la fase di mantenimento del peso e per la crescita e lo sviluppo nei bambini e negli adolescenti, l'introito calorico dovrebbe essere 40-60 kcal/die. I pazienti che richiedono un più elevato introito calorico possono nascondere il cibo, vomitare o esercitarsi frequentemente, altri possono avere un metabolismo elevato. I pazienti beneficiano anche di vitamine e di sali minerali. Il monitoraggio medico durante la fase di rialimentazione è essenziale (1). Esso dovrebbe includere: la valutazione dei segni vitali e delle entrate e uscite dell'intake alimentare e liquido; la monitoraggio degli elettroliti (incluso il fosforo) e l'osservazione di edema, rapido incremento di peso (associato a un rapido trattenimento di liquidi), insufficienza cardiaca, sintomi gastrointestinali (costipazione e gonfiore). Nei bambini e negli adolescenti severamente denutriti (peso < 70% del peso atteso) è utile effettuare un monitoraggio cardiaco, specialmente durante la notte. L'attività fisica dovrebbe essere adattata all'assunzione calorica e al dispendio energetico del paziente. I programmi di riabilitazione nutrizionale dovrebbero anche includere: un supporto per aiutare i pazienti a far fronte alle preoccupazioni nei confronti dell'aumento di peso e delle modificazioni dell'immagine corporea; un intervento educativo sui rischi del loro DA; un supporto continuativo ai pazienti e alle loro famiglie.

Interventi psicosociali. L'istituzione e il mantenimento di una relazione psicoterapeuticamente informata è utile (2). Una psicoterapia formale può essere molto utile una volta che sia iniziato l'aumento di peso. Non c'è una chiara evidenza che qualsiasi forma di psicoterapia sia superiore per tutti i pazienti. Gli interventi psicosociali devono comprendere i conflitti psicodinamici, lo sviluppo cognitivo, le difese psicologiche, la complessità delle relazioni familiari e la presenza di altri disturbi psichiatrici. La psicoterapia da sola non è

generalmente sufficiente per trattare i pazienti con AN severamente malnutriti. È generalmente richiesto un trattamento continuativo di psicoterapia individuale per almeno un anno, che può durare 5-6 anni per la natura persistente di molte caratteristiche psicopatologiche dell'AN e per la necessità di un continuo supporto durante il processo di guarigione. La terapia familiare e la psicoterapia di coppia sono utili per alleviare sia i sintomi dei DA sia i problemi nelle relazioni familiari, che possono contribuire al mantenimento del disturbo (2). La psicoterapia di gruppo qualche volta è usata come trattamento aggiuntivo per l'AN, ma con cautela perché le pazienti possono competere per essere le più magre e le più malate o diventare eccessivamente demoralizzate dall'osservare le difficoltà e la lotta continue di altri pazienti nel gruppo.

Farmaci. I farmaci psicotropici non dovrebbero essere usati come unica o primaria forma di trattamento nell'AN (1). Il ruolo degli antidepressivi è usualmente migliore dopo l'incremento ponderale, quando sono risolti gli effetti psicologici della malnutrizione. Questi farmaci dovrebbero essere considerati per la prevenzione della ricaduta nei pazienti che hanno recuperato il loro peso corporeo o per trattare caratteristiche associate all'AN come la depressione o i problemi ossessivo-compulsivi (2).

Scelta di specifici trattamenti per la BN. *Riabilitazione/counseling nutrizionale.* Il counselling nutrizionale, come aggiunta ad altre modalità di trattamento, può essere utile per ridurre i comportamenti collegati ai DA, per minimizzare la restrizione alimentare, per aumentare la varietà di cibi assunti e per incoraggiare modalità di attività fisica salutari ma non eccessive (2).

Interventi psicosociali. Gli interventi psicosociali dovrebbero essere scelti sulla base di una valutazione comprensiva del paziente, considerando lo sviluppo cognitivo e psicologico, i problemi psicodinamici, lo stile cognitivo, la comorbidità psicopatologica, le preferenze del paziente e la situazione familiare (2). La psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) è il trattamento psicosociale che ha la maggiore evidenza di efficacia, ma trial controllati hanno mostrato che anche la psicoterapia interpersonale (IPT) può essere molto utile. Le tecniche comportamentali (per es., la pianificazione di pasti, l'automonitoraggio) possono anch'esse essere utili. Resoconti clinici hanno indicato che gli approcci psicodinamici e psicoanalitici in formato individuale o di gruppo possono essere utili una volta che le abbuffate e i mezzi di compenso siano migliorati. I pazienti con AN concomitante o disturbi di personalità severi possono beneficiare di una psicoterapia prolungata. La terapia familiare dovrebbe essere considerata ogni volta che sia possibile, specialmente per gli adolescenti che ancora vivono con i genitori o per i pazienti più anziani con continue interazioni conflittuali con i genitori (2).

Farmaci. Gli antidepressivi sono efficaci come intervento primario nella maggior parte dei pazienti (1). Gli inibitori selettivi della serotonina (SSRI) sono attualmente considerati gli antidepressivi più sicuri e possono essere utili specialmente per i pazienti con sintomi concomitanti di depressione, ansia, ossessività o certi sintomi del disturbo del controllo degli impulsi o per quei pazienti che hanno una risposta sub-ottimale a precedenti tentativi di un'appropriata terapia psicosociale. Altri farmaci antidepressivi, da una varietà di classi, possono ridurre i sintomi delle abbuffate e dei comportamenti di compenso e possono aiutare a prevenire le ricadute nei pazienti in remissione. Mentre gli antidepressivi inibitori delle amine ossidasi (IMAO) possono essere usati nel trattamento della BN, i triciclici dovrebbero essere usati con cautela nei pazienti che sono ad alto rischio di suicidio e i IMAO dovrebbero essere evitati nei pazienti con abbuffate e comportamenti di compenso caotici. Esiste un'evidenza emergente che mostra come la combinazione di interventi psicoterapeutici e farmaci antidepressivi determini un

tasso di remissione maggiore e per tale motivo tale combinazione dovrebbe essere considerata quando si inizia un trattamento con pazienti affetti da BN (2).

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. Am J Psychiatry **157**, 2000, Suppl
- 2 Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, et al: Three psychological treatment for bulimia nervosa: a comparative trial. Archives in General Psychiatry, **48**, 463-469, 1991
- 3 Fairburn CG, Marcus MD, Wilson T: Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds). Binge Eating Nature: Assessment and Treatment Guilford Press, N.Y 361-404
- 4 Fairburn CG, Carter JC: Self-help and guided self help for binge eating problems. In: Garner D, Garfinkel PE (eds): Handbook of treatment for eating disorders, Guilford Press, N.Y., 494-499, 1997
- 5 Garner D, Dalle Grave R: Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione. Positive Press, 1999

Un caso di Bed: il manuale d'autoaiuto come strumento d'integrazione fra medico e psicoterapeuta

Chiara Galli*, Sergio Colombi**

*Modulo di Endocrinologia, Ospedale Bassini, Cinisello Balsamo (MI),
** Ambulatorio di Psicologia, Ospedale Bassini, Cinisello Balsamo (MI)

È ormai acquisito che la cura dei DCA richiede il trattamento nutrizionale e psicoterapeutico integrato, effettuato o da un terapeuta eclettico o da un team multidisciplinare (2).

Il coordinamento e la suddivisione degli interventi sono stati alcuni dei problemi che abbiamo dovuto affrontare nell'ambito del lavoro d'équipe: abbiamo trovato nei manuali di autoaiuto un utile strumento che ha inoltre favorito la comunicazione fra gli operatori.

Abbiamo trattato alcuni casi di bulimia nervosa e binge eating disorder utilizzando rispettivamente i manuali di autoaiuto "Alle mie pazienti dico..." e "Perdere peso senza perdere la testa" di Riccardo Dalle Grave.

Riportiamo la metodologia utilizzata e l'analisi di uno dei casi trattati.

Metodologia. Il ciclo terapeutico ha la durata di 6 mesi e prevede:

- autoaiuto guidato (3, 9) effettuato dal medico: 7 incontri, i primi 3 a distanza di 15 giorni, i successivi a distanza di 30 giorni;
- terapia interpersonale (1, 6, 10) effettuata dallo psicoterapeuta: 24 incontri a cadenza settimanale; nel caso in esame il trattamento è stato più lungo (18 mesi).

Il medico effettua l'intervento nutrizionale, psicoeducazionale e comportamentale seguendo i passi indicati dal manuale (nel caso in esame "Perdere peso senza perdere la testa") (4).

1. Automonitoraggio.
2. Alimentazione meccanica e stile di vita.
3. Controllo degli stimoli.
4. Identificazione delle situazioni ad alto rischio ed attività alternative.
5. Problem solving.
6. Accettazione del peso ragionevole.
7. Mantenimento.

Il paziente è incoraggiato a seguire i passi del programma riportando in sede di psicoterapia le difficoltà incontrate e i pensieri elicitati; nella nostra esperienza sarebbe auspicabile che la seduta di autoaiuto pre-

cedesse quella di terapia interpersonale (da 24 a poche ore prima).
Il caso di Claudia. La paziente è stata sottoposta a una valutazione iniziale comprendente: 1) visita medica e valutazione del comportamento alimentare mediante intervista semistrutturata (EDE 12); 2) colloquio psicologico e test autosomministrati (SCL 90, EAT 40) (5).
Valutazione medica. Nelle tabelle 1-5 sono riportate le principali caratteristiche cliniche della paziente; nella tabella 6 i risultati dei test autosomministrati in condizioni basali, durante e alla fine del trattamento; nella tabella 7 e nella figura 1 i risultati terapeutici e l'andamento del peso corporeo in relazione agli interventi effettuati.

Valutazione psicologica. La paziente è inviata alla consultazione psicologica non solo per il normale assessment psicologico previsto per i DCA, ma anche sulla base di una percezione del medico che già l'ha in cura, di una possibile interruzione terapeutica. Probabilmente i precedenti trattamenti hanno toccato tematiche quali il peso ideale, l'immagine corporea, la clandestinità e la solitudine delle abbuffate, associate a qualche pensiero o ricordo particolarmente angosciosi o repressi. Si è convenuto con il medico di capire più a fondo la personalità della paziente e di sostenerla nelle sue dinamiche emotive e nei suoi pensieri; ciò sia per facilitarne l'uscita dal proprio DCA, sia per allentare l'angoscia e gli stati depressivi (autobiasimo-bassa autostima) che la caratterizzano nel comportamento alimentare; con tatto, cercando di evitare intrusività, utilizzando il colloquio clinico più come momento di accoglienza e di ascolto che di ricognizione diagnostica. La paziente giunge al colloquio puntuale, con un atteggiamento di attesa ansiosa, che sembra presupporre la ricerca di una presa in carico amorevole, protettiva. Tutto ciò appare congeniale a una struttura di personalità evitante, con sovrapposizione di tratti di tipo fobico. L'elemento che la paziente comunica come più angoscioso, non solo in riferimento alla propria alimentazione, è la **manca di controllo**. Il lavoro sull'autocontrollo per evitare imbarazzo e insicurezza appare

TAB. I

| DATI ANAGRAFICI | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Nome | Claudia C. |
| Razza | Bianca |
| Sesso | Femminile |
| Età | 22 anni |
| Titolo di studio | Media superiore |
| Lavoro | Studentessa di Economia e Commercio |
| Stato civile | Nubile |
| Classe sociale | Media |
| Fratelli | No |
| nucleo familiare d'origine | Madre |
| | Padre |
| | Nonna paterna |
| | Nonno paterno |

TAB. II

| ANAMNESI FAMILIARE | |
|--------------------------|--------------------------|
| Positiva | negativa |
| Obesità | DCA |
| Thait talassemico | Malattie psichiatriche |
| | Malattie cardiovascolari |
| ANAMNESI FISIOLÓGICA | |
| Cicli mestruali regolari | |
| Non fumo | |
| Non potus | |

un aspetto prioritario del lavoro terapeutico. Limitare e ridurre il ricorso all'autobiasimo conseguente alla perdita di controllo e contrastare le forme di fobia sociale cui la paziente fa ricorso come tentativi non riusciti di salvaguardare una propria buona immagine interna appaiono due condizioni sia per attaccare il DCA nella sua specificità, sia per migliorare la qualità di vita della paziente. Il disturbo della propria immagine (non solo corporea) viene infatti associato a pensieri di una propria totale **inadeguatezza e indegnità**. Si manifesta inoltre un forte sentimento di **vergogna** molto pervasivo nella struttura psichica della paziente, riferito sia ai propri rapporti interpersonali e sociali (per es., evita i pranzi sociali, teme le riunioni di lavoro), sia alle più intime dinamiche psichiche (non si guarda allo specchio). A tutto ciò è associata una sintomatologia di tipo depressivo con bassi livelli di autostima, che per quanto concerne le condotte alimentari si esprime nella **solitudine** in cui avvengono le abbuffate. Si manifestano altresì vissuti persecutori sul giudizio negativo che di lei possono avere le altre persone. Nello studio è sufficientemente realizzata. Le **motivazioni** a un lavoro psicologico su di sé sono principalmente: la perdita di peso, l'eliminazione delle abbuffate, la riduzione della vergogna e dell'angoscia nei rapporti interpersonali. Riferisce infine di un episodio di abuso, in età infantile. L'esperienza dell'abuso riferita dalla paziente sembra confermare quanto emerge dalle più recenti ricerche circa l'abuso: un fattore di rischio, sia pure generico, di DCA; la sua associazione con alcuni disturbi bulimici (abbuffate con perdita di controllo); la sua associazione con alcuni disturbi di personalità e sintomi dissociativi.

In base agli elementi raccolti è stata posta diagnosi di Binge Eating Disorder

La paziente ha iniziato contemporaneamente la terapia interpersonale e l'autoaiuto guidato.

Il trattamento è stato suddiviso arbitrariamente in 3 periodi:

TAB. III

| COMORBILITÀ MEDICA | |
|--|--|
| Trait talassemico | |
| Asma bronchiale | |
| Non fattori di rischio cardiovascolari | |

TAB. IV

| COMPORTAMENTO ALIMENTARE: | |
|--|--|
| Iperfagia emotiva | |
| Soft eating | |
| Accentuata esternalità | |
| Episodi di iperalimentazione compulsiva (2 volte alla settimana, seguite da senso di colpa e disgusto) | |
| Non ricorda l'età d'inizio delle abbuffate | |
| Non riferisce iperfagia oggettiva | |
| Non restringe fra gli episodi di iperalimentazione compulsiva | |

- 1) autoaiuto guidato + terapia interpersonale (circa 6 mesi);
- 2) autoaiuto guidato + terapia interpersonale (circa 6 mesi);
- 3) autoaiuto guidato.

Periodo 1

Autoaiuto guidato. Nell'autoaiuto sono stati effettuati regolarmente i passi 1-5; poiché durante le vacanze estive si è verificata una ricaduta, si è ritenuto opportuno passare al passo 7 (prevenzione ricadute) prima di affrontare il passo 6 (accettazione del peso ragionevole).

Terapia interpersonale. Ci si è suddivisi con il medico i compiti di trattamento, individuando per l'aspetto psicologico un trattamento a indirizzo di terapia interpersonale che si focalizzasse su alcuni snodi centrali del comportamento e dei vissuti della paziente, quali: 1) il senso di colpa (determinato dalle abbuffate senza controllo); 2) il sentimento di vergogna; 3) l'imbarazzo (riferito ai rapporti sociali); 4) l'evitamento di esposizioni sociali e interpersonali (come elementi dello sviluppo dello stato depressivo). Si è ritenuto che l'individuazione e il riconoscimento di tali dinamiche potessero fornire alla paziente una maturazione dei propri processi di riflessione e di elaborazione cosciente circa il tema centrale dell'insoddisfazione della propria identità (corporea e psichica), risultando allo stesso tempo propulsivi circa il cambiamento degli stili alimentari, eliminando soprattutto le abbuffate e favorendo comportamenti alimentari che potessero condurre alla progressiva accettazione di un peso ragionevole.

Il rationale del trattamento potrebbe essere così articolato in tre fasi: 1) la prima fase riferita all'identificazione dei problemi interpersonali che hanno condotto la paziente allo sviluppo e al mantenimento del DCA; 2) la seconda fase consistente in un contratto terapeutico per lavorare su tali problematiche e approfondirle sia a livello cognitivo sia emotivamente; 3)

TAB. V

| PREOCCUPAZIONE PESO E ASPETTO FISICO | |
|--------------------------------------|---|
| Intensa (punteggio 6 all'EDE) | |
| Peso desiderato: kg 58 | |
| STORIA DEL PESO E DELLE DIETE | |
| Peso infanzia: sovrappeso | Peso adolescenza: sovrappeso |
| Peso minimo da adulta: kg 65 | Peso massimo: attuale kg 100 |
| Weight cycling syndrome presente: | In almeno 2 occasioni ha perso almeno 8-10 chili, successivamente ripresi |

TAB. VI

| RISULTATI DEI QUESTIONARI AUTOSOMMINISTRATI | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| SCL90 | 1° Valutaz. | 2° Valutaz. | 3° Valutaz. |
| Indice globale di gravità | 1.5 | 0.8 | 0.47 |
| Somatizzazione | 1.4 | 1.2 | 1.1 |
| Disturbo ossessivo compulsivo | 2 | 1.1 | 0.8 |
| Sensibilità interpersonale | 2.5 | 1 | 0.55 |
| Depressione | 2.2 | 1.1 | 0.23 |
| Ansia | 0.8 | 0.4 | 0.9 |
| Ostilità | 0.6 | 0 | 0.33 |
| Ansia fobica | 0.1 | 0.1 | 0 |
| Ideazione paranoide | 2 | 0.8 | 0.16 |
| Psicoticismo | 1.6 | 0.6 | 0.3 |
| EAT 40 | | | |
| Punteggio totale | 56 | 38 | 20 |
| EDEq | | | |
| Restrizione | 0.6 | 1.8 | 3.2 |
| Preoccupazione alimentare | 2.4 | 2.8 | 1 |
| Preoccupazione peso | 4 | 4.6 | 3.2 |
| Preoccupazione aspetto fisico | 2.8 | 5.3 | 3.1 |
| Abbuffate | 8/28 | 2/28 | 1/28 |
| Mezzi di compenso | 0/28 | 0/28 | 0/28 |
| Importanza peso-aspetto fisico su autostima | 6 | 6 | 2 |

TAB. VII

| RISULTATI DELLA TERAPIA | |
|---|--|
| AUTOAIUTO GUIDATO | TERAPIA INTERPERSONALE (12 incontri) |
| FASE I | |
| <p>Peso: calo ponderale da Kg 100 a Kg 96.500; ripresa del peso fino a Kg 99.500 durante i 2 mesi estivi.</p> <p>Comportamento alimentare: 2 episodi di iperalimentazione compulsiva al mese; "deroghe alla dieta", non accompagnate da senso di colpa, disgusto, vergogna; tentativi di pianificazione dei pasti nelle occasioni sociali e di lavoro, spesso con successo.</p> | <p>1) rafforzato il clima di fiducia e di collaborazione terapeutica</p> <p>2) consapevole riflessione sul significato personale dei vissuti delle proprie relazioni interpersonali</p> <p>3) coscienza della propria motivazione</p> |
| FASE II | |
| <p>Peso: stazionario</p> <p>Comportamento alimentare: occasionali gli episodi di iperalimentazione compulsiva; alcune "deroghe alla dieta"; non mezzi di compenso</p> | <p>1) continuano i miglioramenti nella vita di relazione</p> <p>2) quasi totale scomparsa delle abbuffate</p> <p>3) diminuzione delle ansie per il proprio comportamento alimentare</p> <p>4) capacità di autocontrollo in occasioni sociali e durante viaggi di studio all'estero</p> <p>5) acquisita capacità di individuazione separazione sostituzione di vecchie connessioni mentali con nuove più funzionali</p> <p>6) modificazione del pensiero dicotomico riconoscimento ed interiorizzazione dell'identità femminile</p> |
| FASE III | |
| <p>Peso: calo ponderale fino a Kg 90</p> <p>Comportamento alimentare: invariato</p> | <p>conclusa la terapia interpersonale</p> |

la terza fase che affrontasse i problemi riguardanti la conduzione della terapia. Tutto ciò anche utilizzando elementi dell'approccio comportamentale, individuando: le situazioni a rischio (strumenti e mezzi per affrontarle: rilassamento, distrazioni ecc.); automonitoraggio e valutazione del diario alimentare nel senso di un approfondimento delle situazioni alimentari più complesse e conflittuali. Tutto ciò in un processo di apprendimento e di elaborazione che favorisse la fiducia della paziente in se stessa e l'idea della possibilità di esperienze positive; facilitasse il riconoscimento di modelli e stili di vita rivolti a un cambiamento vissuto dalla

paziente come familiare (partecipazione a riunioni di scuola, di condominio ecc.); aiutasse la paziente a sentirsi responsabile del suo comportamento e a credere di potercela fare; determinasse una relazione terapeutica basata sulla fiducia e incentrata su uno stile socratico.

Risultati dell'autoaiuto. I risultati ottenuti a questo punto sul peso, sul comportamento alimentare e sulle aree esaminate con i test autosomministrati sono evidenziati nelle tabelle 6 e 7 (2ª valutazione). Sul peso si è ottenuto un calo ponderale da kg 100 a kg 96,5 con successiva ripresa fino a kg 99,5 durante i 2 mesi estivi; sul comporta-

mento alimentare si è ottenuta netta riduzione degli episodi di iperalimentazione compulsiva (2 episodi al mese); permangono "deroghe alla dieta", non accompagnate da senso di colpa, disgusto, vergogna; si evidenziano inoltre tentativi di pianificazione dei pasti nelle occasioni sociali, spesso con successo.

Risultati della terapia interpersonale

Prima fase del trattamento. *Durante la prima fase si è lavorato per eliminare e/o limitare, assieme al medico, i comportamenti alimentari disfunzionali, cercando, attraverso l'analisi del diario alimentare, di prendere in esame con la paziente i propri pensieri disfunzionali (automatismi cognitivi): ciò ha facilitato il riconoscimento e l'approfondimento di stili di vita rivolti al cambiamento. Il lavoro sulle relazioni interpersonali della paziente e sulle interconnessioni rispetto alla propria immagine ha facilitato il conseguimento di un migliorato sentimento di fiducia in se stessa. Dopo dodici incontri, sulla base dei comportamenti riferiti e dei vissuti comunicati, è possibile registrare i seguenti risultati: 1) si è rafforzato il clima di fiducia e collaborazione terapeutica; 2) si è sviluppata una più consapevole riflessione sul significato personale circa i vissuti delle proprie relazioni interpersonali (analisi dei fenomeni di evitamento). Ciò ha favorito la coscienza della propria motivazione al trattamento del DCA e ha limitato il rischio di interruzione della cura.*

Momento saliente è stato quello della ricaduta durante la vacanza estiva. La paziente ha infatti manifestato intensi sensi di colpa e inadeguatezza: la spiegazione del meccanismo del "freezing" (4) nel determinismo degli episodi di iperalimentazione compulsiva post-traumatica, effettuata durante l'incontro di autoaiuto guida-

to e immediatamente ripresa durante la seduta di psicoterapia ha rievocato nella paziente l'esperienza dell'abuso e ha contribuito all'elaborazione e al superamento dei sensi di colpa e di inadeguatezza.

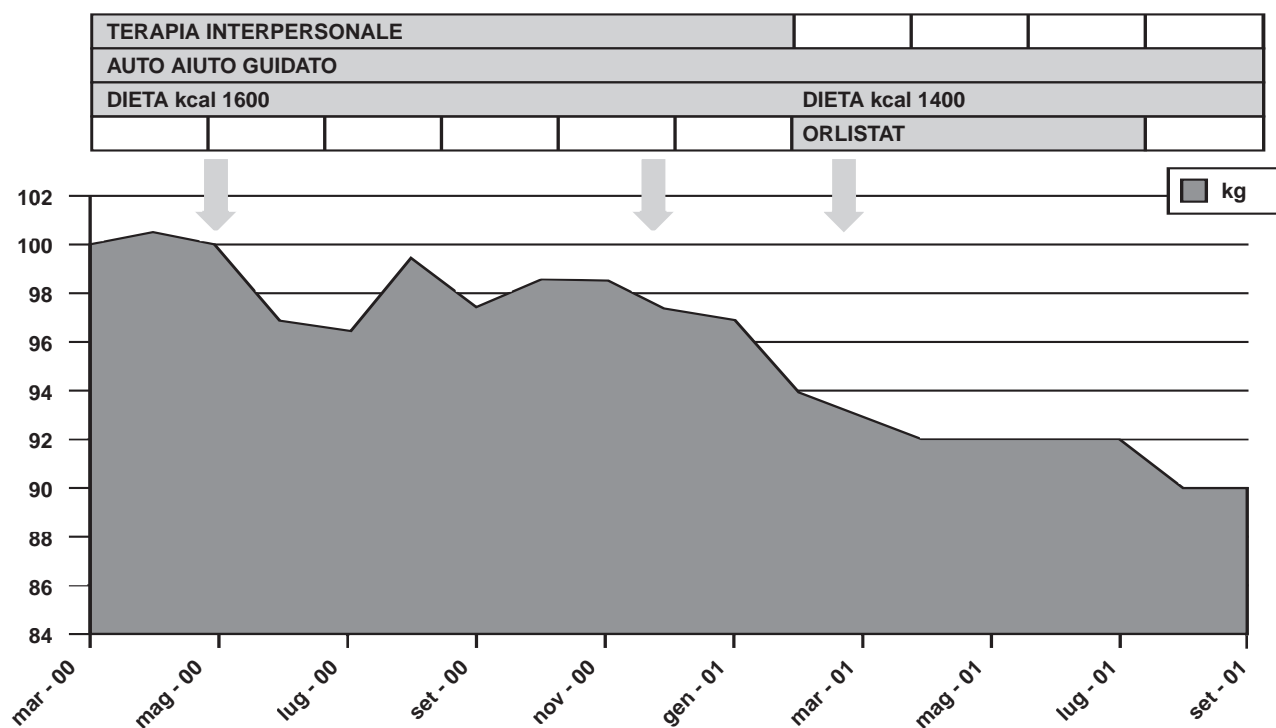
Periodo 2

La paziente prosegue la terapia interpersonale e il monitoraggio nutrizionale.

Risultati del monitoraggio medico e nutrizionale. I risultati ottenuti a questo punto sul peso, sul comportamento alimentare e sulle aree esaminate con i test autosomministrati sono evidenziati nelle tabelle 6 e 7 (3^a valutazione).

Risultati della terapia interpersonale. Seconda fase del trattamento. *Sono continuati i miglioramenti nella vita di relazione della paziente e con la quasi totale scomparsa delle abbuffate sono calate le ansie circa il proprio comportamento alimentare, anche in situazioni di solitudine e di allontanamento da contesti familiari. La paziente è stata in grado di affrontare per la prima volta un viaggio di studio all'estero, caratterizzato da frequenti esposizioni alla relazione sociale (capacità di autocontrollo alimentare durante cene di lavoro). È emersa in questa fase una sufficientemente buona capacità di interiorizzazione e riflessione circa la differenza tra solitudine abbandonica (che la portava in passato alle abbuffate senza controllo) e la percezione di un'acquisita capacità di individuazione-separazione (condizione per lo sviluppo di una reale autonomia) senza il ricorso all'utilizzo di massive dinamiche di difesa psichica. Buona parte del*

SEQUENZA DEGLI INTERVENTI EFFETTUATI E ANDAMENTO DEL PESO CORPOREO



lavoro terapeutico di questa seconda fase si è concentrata sul tentativo di sciogliere vecchie connessioni mentali che si erano in passato mostrate utili in situazioni di debolezza o carenza o traumatiche, aiutando la paziente a costruirne di nuove, affrontando l'ansia del non ancora conosciuto che può dare luogo a sviluppi ed esplorazioni di territori mentali ed esistenziali nuovi. Ciò ha in parte intaccato il pensiero dicotomico "tutto o nulla" da cui anche questa paziente è caratterizzata, influendo in modo positivo sulla qualità delle sue relazioni interpersonali e dell'immagine di sé. È di questo periodo il racconto in seduta di questo episodio da parte della paziente: "Sa, dottore, in piscina sono riuscita a passare dall'ultima corsia, quella dei timidi, a una corsia un poco più centrale". Il proprio corpo e il peso appaiono meno investiti di significati negativi. Particolare, in questo senso, è la riflessione circa le proprie mestruazioni, non più avvertite come solo dolorose o fastidiose ("mi sento sporca"), ma percepite anche come segnale di una propria intima e maggiormente interiorizzata identità femminile.

Periodo 3

Conclusa la terapia interpersonale, la paziente prosegue il monitoraggio medico e nutrizionale.

Si discutono con lei le 2 opzioni:

- mantenimento del peso puntando sulla sola normalizzazione del comportamento alimentare;
- prosecuzione del programma di calo ponderale.

A favore della prima scelta è la preoccupazione che la restrizione favorisca la ripresa degli episodi di iperalimentazione compulsiva, istituendo uno stato di privazione biologica; a favore della seconda scelta i rischi per la salute che lo stato di grave obesità comporta.

Si decide quindi di continuare un piano nutrizionale di moderata restrizione dietetica (1.400 kcal), a cui viene associato orlistat.

I risultati sul peso sono riportati nella figura 1: si è ottenuto un progressivo calo ponderale fino a kg 90. Il comportamento alimentare è rimasto invariato (figura 1).

Conclusioni. In questo caso di binge eating disorder l'autoaiuto guidato affiancato alla terapia interpersonale e farmacologica si è mostrato efficace nel modificare il comportamento alimentare e nel

determinare, almeno a breve, un calo di peso corporeo del 10%. La paziente è ancora in trattamento: si ritiene indispensabile, a questo punto, riprendere la terapia interpersonale con focus centrato sull'accettazione dell'immagine corporea. Infatti, permane ancora, in discreta entità, la preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico che potrebbe condizionare una ricaduta in un prossimo futuro.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. Am J Psychiatry **157**, 2000, Suppl
2. Cooper PJ, Coker S, Fleming C: Self help for bulimia nervosa : a preliminary report. Int J Eat Dis **16**, 401-404, 1994
3. Dalle Grave R: I meccanismi che portano alle abbuffate. Alle mie pazienti dico? Positive Press 68-71, 1998
4. Dalle Grave R: Perdere peso senza perdere la testa. Positive Press, 1999
5. Dalle Grave R: Valutazione diagnostica. Terapia Cognitivo Comportamentale dell'Obesità. Positive Press 165-190, 2001
6. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, et al: Three psychological treatment for bulimia nervosa: a comparative trial. Archives in General Psychiatry **48**, 463-469, 1991
7. Fairburn CG, Hay PJ, Welch SL: Binge Eating and bulimia nervosa: distribution and determinants. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds). Binge eating: nature, assessment and treatment. Guilford Press 123-143
8. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson T: Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds). Binge Eating Nature: Assessment and Treatment. Guilford Press 361-404
9. Fairburn CG, Carter JC: Self-help and guided self help for binge eating problems. Garner D, Garfinkel PE (eds). Handbook of treatment for eating disorders. Guilford Press 494-499, 1997
10. Agras WS: Short term psychological treatments for binge eating. In: Fairburn CG, Wilson GT. Binge eating: nature, assessment and treatment edited by. Guilford Press 50-76