

OBESITÀ E DCA: PREVENZIONE E CURA, PUBBLICO E PRIVATO

MILANO, STAR TOURIST HOTEL, 15 MARZO 2003

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

Linee guida nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare

Sergio Colombi

Ambulatorio di Psicologia, Ospedale Bassini, Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza (MI)

Sui disturbi dell'alimentazione sono state elaborate numerose teorie e costruiti diversi modelli operativi e di approccio al problema, che variano significativamente nei dettagli pratici e nel livello di comprensione teorica, pur essendo tra loro assimilabili.

La caratteristica del modello teorico-operativo dei Centri che si occupano di disturbi del comportamento alimentare (DCA) nella nostra Regione, ma potremmo dire anche a livello nazionale e internazionale, sia pure con qualche ovvia diversità culturale tra zona e zona, si basa essenzialmente su tre punti centrali:

- 1) l'integrazione tra approccio medico e approccio psicologico, sia in senso diagnostico che di trattamento;
- 2) la caratterizzazione "multidimensionale" di tali disturbi, espressa da una via finale comune che deriva da un "range" di potenziali fattori predisponenti, precipitanti, mantenenti;
- 3) l'esistenza di un'ampia sovrapposizione tra i principali disturbi dell'alimentazione, dato che le loro rispettive eziologie e i loro sviluppi sembrano derivare da un'interazione tra le classi allargate di fattori individuali, familiari, culturali.

Il ruolo cardine della Psicologia è sottolineato universalmente, ma in particolare da una molteplicità di autori di diverso orientamento disciplinare, data sperimentalmente e clinicamente la rilevanza dell'approccio e del lavoro psicologico nel trattamento dei DCA.

Sono stati utilizzati diversi approcci: cognitivo-comportamentale (che ha dato i migliori risultati sul piano clinico), psicodinamico, sistemico. L'approccio psicologico nei disturbi del comportamento alimentare favorisce sicuramente comportamenti adattivi, migliora modalità relazionali, contribuisce alla trasformazione dei vissuti emozionali e dei processi di pensiero, percorsi fondamentali per qualsiasi azione terapeutica.

I lavori di Blundell (1), di Fairburn (2) e di Garner (3) hanno sostanzialmente determinato nella comunità scientifica e negli operatori di base la convinzione nell'accostamento ai DCA di un approccio multidimensionale, sia per quanto concerne l'individuazione e la specificazione di "fattori-rischio" (genetici, organici, culturali, psichiatrici, psicologici, familiari), sia di fattori "precipitanti e perpetuanti" la patologia alimentare (eventi stressanti, esperienze iatrogene, scarsa stima di sé, perfezionismo ecc.).

Questa più precisa modalità di inquadramento della complessità teo-

rica che caratterizza l'approccio ai DCA, ha permesso interventi più precisi e mirati sia a livello di diagnosi sia di trattamento, orientando a interventi integrati, ma diversificati: terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale, psicoeducazione, autoaiuto, trattamento medico integrato.

Questo scenario teorico e metodologico sta migliorando la qualità delle prestazioni nei trattamenti dei DCA, rendendo più incisivo l'intervento sia organizzativo sia clinico, dando risalto al ruolo della sperimentazione, della ricerca e del controllo degli esiti (Evidence-Based Medicine) con evidenti vantaggi anche per l'immagine e la credibilità dei Centri Specializzati in DCA.

Come si è detto in termini generali e di rapporto con altre discipline, la variabilità dei sistemi di intervento nell'area psicologica (cognitivo-comportamentale, psicodinamico, sistemico ecc.) non impedisce una loro assimilabilità e integrazione: nella fase di assessment, di individuazione di "fattori-rischio", di trattamento psicoterapeutico.

Tra i fattori di rischio si è soliti individuare:

- 1) il "genere": le donne sono in grande maggioranza i soggetti affetti da DCA, per tutta una serie di ragioni che vanno dall'uso più frequente delle diete, alla pressione sociale e culturale nei confronti della magrezza che si indirizza soprattutto a livello dei "media" verso di loro;
- 2) l'età: l'adolescenza e la prima giovinezza appaiono età a rischio a causa delle profonde modificazioni psico-fisiche che in tali periodi si determinano e che coinvolgono l'individuo in una fase di identità personale non ancora bene definita;
- 3) l'abuso sessuale o altre esperienze fortemente traumatiche;
- 4) fattori di rischio fisici: obesità premorbosa, alterazioni metaboliche, difficoltà gastrointestinali;
- 5) fattori di rischio psichici: disturbi affettivi, ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, scarsa autostima, perfezionismo, disturbi di personalità;
- 6) fattori di rischio legati alla famiglia: sono state evidenziate le correlazioni tra ambiente familiare e modalità relazionali di tipo patologico tra genitori e figli (figlie in particolare).

Per quanto concerne il versante diagnostico, il lavoro di ricerca e quello clinico hanno evidenziato sia l'importanza del colloquio psicologico, sia la validità predittiva delle interviste semistrutturate e dei questionari auto- ed etero-somministrati, nonché del diario alimentare. L'intervista semistrutturata appare essenziale per una corretta e precisa definizione del tipo di DCA del paziente. I questionari, oltre che strumento di screening, possono fornire informazioni sul funzionamento psichico, sul piano di trattamento e dare una valutazione sui progressi della terapia (tra i principali questionari SCL90, EDEq e EDI2).

Le aree fisiche e soprattutto psichiche da rilevare nel momento diagnostico possono essere identificate in:

- 1) sintomatologia del disturbo alimentare;
- 2) storia del peso e sue fluttuazioni;
- 3) la presenza e il grado di compromissione di disturbi della personalità, d'ansia, depressivi, di abuso di sostanze;
- 4) i disturbi e le alterazioni dell'immagine corporea, intesi come disturbi percettivi, come disturbi cognitivi, affettivi o del comportamento;
- 5) l'eccessivo valore dato all'aspetto fisico per determinare il valore di Sé;
- 6) il perfezionismo e il pensiero "tutto o niente";
- 7) la ruminazione cognitiva, i disturbi dell'identità psichica, le difficoltà relazionali;
- 8) l'eccesso di preoccupazione per il peso e le forme corporee.

L'obiettivo dell'assessment può essere ricondotto a due aree principali:

- a) la prima è data dall'individuazione dei sintomi come le abbuffate, i comportamenti estremi per il controllo del peso (si pensi al caso dell'anoressia), i comportamenti stereotipati verso il cibo e le funzioni del corpo (il vomito, l'uso di lassativi, l'eccesso dell'esercizio fisico per le bulimiche) che definiscono le principali caratteristiche del disturbo: egosintonico per le anoressiche, egodistonico per le bulimiche;
- b) la seconda area consiste nell'individuazione della psicopatologia e delle dinamiche psicologiche che possiedono una particolare valenza clinica nelle loro interconnessioni e nel loro valore eziologico nel caso dei DCA.

Durante la fase diagnostica molti autori (4-6) hanno rilevato l'importanza di effettuare un lavoro sulla motivazione: questa parte richiede un tempo adeguato e una grande attenzione perché è comune nella storia dei pazienti con DCA l'accondiscendere a modalità non decise personalmente e il giocare il proprio progetto di identità sul boicottaggio delle scelte altrui.

Una ricerca di Treasure e coll. (7) applica il concetto di MET (Motivational Enhancement Therapy) alla bulimia, ipotizzando che vi siano diversi stadi di arrivo del paziente in terapia: precontemplativo, contemplativo, in azione (8) e che la motivazione al cambiamento e l'esito di un'eventuale terapia dipenda dai diversi stadi in cui il soggetto si trova.

Lavorare sulle motivazioni al cambiamento, riconoscere la specificità dei principali DCA secondo criteri di riconoscimento diagnostico universalmente accettati dalla comunità scientifica (DSM IV) e cioè anoressia, bulimia, *Bed*, *Ednos*, obesità, costituiscono i primi fattori funzionali per indicazioni al trattamento adeguate e confermate da studi multicentrici, trial a valenza nazionale e internazionale (si pensi ai lavori di Fairburn sulla bulimia, di Garner, Vitousek, Dalle Grave sull'anoressia) (2-4, 9).

Si vuole ricordare infine, in questa prospettiva culturale e disciplinare l'importanza, per lo psicologo, del momento formativo sulle tematiche del DCA soprattutto nella direzione psicologica e delle diverse metodiche di trattamento e psicoterapia, ma anche nella direzione degli aspetti internistici-nutrizionali, che rendono necessaria una conoscenza specifica del "campo" per le stesse tecniche psicologiche di approccio ai disturbi del comportamento alimentare.

Da un punto di vista della presa in carico psicoterapeutica, nel caso delle bulimie come di altri DCA, ci sembra opportuno sottolineare l'utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale, caratterizzata tra l'altro da interventi terapeutici cognitivi relativi all'eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico di molti pazienti (Wolpe-Lazarus); della terapia cognitiva di Beck (10) basata sul modello cognitivo dei disturbi emotivi. L'utilizzo della terapia interpersonale, a carattere esplorativo, appare adatto per situazioni di particolare e profonda so-

ferenza emotiva. Tra i diversi fattori rischio di matrice psicologica in pazienti bulimiche sono state individuate specifiche dinamiche relative all'ambiente familiare e alle modalità relazionali genitori-figlia: madri evitanti con atteggiamenti di non disponibilità alle richieste affettive della figlia appaiono sovente essere all'origine di bulimie: l'eccessivo utilizzo del cibo diviene un modo per distanziarsi dalle proprie emozioni e per allontanarsi dai sentimenti di solitudine abbandonica. Deficit nella consapevolezza di Sé e difficoltà nell'identificare ed esprimere le proprie emozioni sono dinamiche spesso riscontrabili in pazienti bulimiche, che evidenziano una struttura di personalità ricorrente a modalità difensive di tipo fortemente regressivo.

Bibliografia

1. Blundell JE: Regulation of eating and weight. In: Brownell C, Fairburn GC (Eds): Eating disorders and Obesity. Oxford University Press, Oxford, 1995
2. Fairburn CG, Markus MD, Wilson GT: Binge Eating: Nature, assessment and treatment. Guilford Press, New York, 1993
3. Garner DM, Garfinkel PE: Handbook of treatment for eating disorders. Guilford Press, New York, 1997
4. Vitousek KB, Hollon SD: The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research* 14, 191, 214, 1990
5. Agras WS: Eating disorders. Pergamon, Elmsford, New York, 1987
6. Brunetta M: Approccio psicoterapeutico nei disordini del comportamento alimentare. In: Muller E, Brambilla F (Eds): Disordini del comportamento alimentare. Pythagora, Milano, 1997
7. Treasure J et al: Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self care manual. *British Journal of Psychiatry* 168, 94, 98, 1996
8. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC: In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist* 47, 1102, 1114, 1992
9. Dalle Grave R, Garner DM: Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Positive Press, Verona, 1998
10. Beck AT, Freeman A et al: Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Press, New York, 1990

Autoaiuto e autoaiuto guidato nel trattamento dell'obesità

Chiara Galli*, Paolo Rumi*, Paola Girani**

*Ambulatorio Obesità e DCA, UO Medicina, Ospedale Bassini, Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza (MI); **IP Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza (MI)

L'obesità è una condizione cronica che necessita di trattamento a lungo termine e per cui occorre un cambiamento dello stile di vita nelle seguenti aree: alimentazione, attività fisica, comportamento alimentare; questo è possibile solo con interventi educativi continui e l'adozione di strategie d'intervento che utilizzano le tecniche della terapia cognitivo-comportamentale (Clinical Guidelines dei National Institutes of Health, Linee Guida Italiane Obesità '99 elaborate dalla TFOI su mandato dell'Istituto Superiore di Sanità).

I trattamenti cognitivo-comportamentali hanno però il limite di essere costosi e pochi sono gli specialisti abilitati a effettuarli; l'obesità invece costituisce un problema epidemiologicamente rilevante: da questo nasce l'impegno di elaborare strategie e protocolli facilmente divulgabili, di basso costo e di breve durata.

L'esperienza nel campo del trattamento della bulimia e del disturbo da iperalimentazione incontrollata sottolinea l'efficacia e l'economicità della psicoeducazione: in alcuni studi è stato documentato che l'intervento educativo è risultato efficace come la terapia cognitivo-comportamentale nei casi meno gravi (1, 2).

Intervento psicoeducativo. L'intervento psicoeducativo si basa sui seguenti principi: la responsabilità del cambiamento è del paziente e il paziente è partner responsabile e razionale all'interno di una relazione terapeutica; lo stile è tipicamente collaborativo e socratico. Nel corso dell'intervento vengono fornite specifiche informazioni in aree particolarmente importanti del processo di cambiamento (contenuto educativo) e si incoraggia al cambiamento grazie alle informazioni ricevute anche dopo la fine del programma (contenuto psicoterapeutico).

L'intervento è strutturato con un numero fisso di lezioni della durata di 60-90', accompagnato da materiale didattico (diapositive, dispense), svolte come a scuola e i partecipanti sono incoraggiati a fare domande, ma viene loro chiesto di non portare problemi personali. Nella nostra esperienza il corso di psicoeducazione, che precede sempre l'autoaiuto guidato, viene svolto dal medico e dallo psicologo e prevede 4 incontri così strutturati:

- il peso naturale e i meccanismi di controllo del peso corporeo, malattie correlate all'eccesso di peso, cenni sui disturbi alimentari e sulla sindrome metabolica;
- informazioni nutrizionali e skill training (centrato sulle aree che verranno poi riprese nell'autoaiuto: automonitoraggio, alimentazione meccanica, attività fisica e stile di vita);
- controllo degli stimoli, identificazione delle situazioni a rischio e attività alternative, problem solving;
- incontro con lo psicologo: immagine corporea, emozioni e cibo, assertività.

Abbiamo voluto verificare l'impatto di questi incontri sottoponendo i partecipanti a un breve questionario sulle conoscenze prima del corso e a un questionario di qualità percepita alla fine.

I risultati del test preliminare sulle conoscenze sono stati i seguenti:

- circa il 50% non conosce l'esistenza di un peso naturale, ma pensa che dimagrire sia solo una questione di forza di volontà; il 45% non ha mai sentito parlare di indice di massa corporea; il 60% non conosce la piramide alimentare; il 98% non ha mai sentito parlare di obesità viscerale e quindi non sa che la distribuzione dell'adipe ha impatto diverso sulla salute; l'84% non ha mai sentito parlare di disturbo da iperalimentazione compulsiva, ma ancora pensa che dimagrire sia solo una questione di volontà;
- le aspettative sulla perdita di peso sono più realistiche: solo il 5% si aspetta di dimagrire più di 2 chili alla settimana, ma solo il 40% si accontenterebbe di un calo del 10% che è quello consigliato dalle Linee Guida Nazionali e Internazionali ed è sufficiente per migliorare le condizioni di salute;
- la grande maggioranza dei partecipanti al Corso non conosceva l'esistenza di tecniche cognitivo-comportamentali atte a migliorare l'aderenza ai programmi dietetici e a modificare lo stile di vita.

I test di qualità percepita hanno dato i seguenti risultati: nonostante la difficoltà degli argomenti la grande maggioranza dei partecipanti è riuscita a seguire il Corso (giudizio sulla chiarezza: buono, ottimo, rispettivamente nel 44% e 45% dei casi); inoltre, ben il 97% dei partecipanti pensa che le informazioni ricevute saranno loro utili: 18%: un po'; 54% molto; 26% moltissimo.

Autoaiuto puro e autoaiuto guidato. L'autoaiuto, nella sua forma più classica, consiste in un manuale che presenta un programma terapeutico che l'utente può utilizzare da sé.

L'autoaiuto presenta alcuni vantaggi potenziali rispetto alle terapie convenzionali:

1. l'autoaiuto dà senso di autoefficacia;
 2. l'autoaiuto è economico;
 3. l'autoaiuto è facile da disseminare;
 4. l'autoaiuto supera molte circostanze che ostacolano la terapia.
- Esistono controindicazioni all'uso dell'autoaiuto puro, che sono:
1. BMI < 25;
 2. circonferenza vita normale;
 3. gravidanza;
 4. malattie gravi;
 5. depressione;
 6. problemi di controllo degli impulsi.

Nel 1999 è stato pubblicato il primo libro di autoaiuto specifico per l'obesità *Perdere peso senza perdere la testa*, di Riccardo Dalle Grave (3), con lo scopo di diffondere al pubblico e al personale sanitario non specialistico una forma semplificata della terapia cognitivo-comportamentale, in 7 passi:

- 0) preparazione
- 1) automonitoraggio;
- 2) mangiare regolarmente e fare una sana attività fisica;
- 3) controllo degli stimoli;
- 4) situazioni ad alto rischio e attività alternative;
- 5) problem solving;
- 6) accettare il peso ragionevole;
- 7) mantenimento e prevenzione delle ricadute.

L'autoaiuto può essere utilizzato in forma di autoaiuto puro (il paziente utilizza da solo il manuale) oppure di autoaiuto guidato (il paziente utilizza il manuale con l'aiuto di un supporto terapeutico anche non specialistico); prevede 8-10 incontri di 15'-20' ogni 15 giorni seguiti da 6 incontri ogni 2 mesi.

È stato effettuato uno studio multicentrico di efficienza del manuale che ha coinvolto 22 centri in altrettante città italiane, fra cui il nostro e di cui riportiamo i risultati preliminari (4).

Sono stati randomizzati 210 soggetti obesi; i partecipanti sono stati 161 e divisi in 3 gruppi:

- il 1° gruppo (58 soggetti) ha effettuato l'autoaiuto guidato (GSH = guided self help) con l'aiuto di un terapeuta in 9 sessioni di terapia di 20';
- il 2° gruppo (53 soggetti) ha effettuato l'autoaiuto con minimo contatto (M-GSH 0 = 9 sessioni telefoniche di 5 minuti con il terapeuta);
- il 3° gruppo (50 soggetti) è servito come controllo.

Scopo della sperimentazione era anche quello di stabilire il minimo intervento efficace.

I dati sono riportati nella tabella I.

I risultati dello studio dimostrano che il manuale d'autoaiuto *Perdere peso senza perdere la testa* può essere efficace nel determinare una significativa riduzione a breve, medio termine del peso corporeo nei soggetti obesi.

Per quanto riguarda l'autoaiuto di gruppo, l'esperienza più interes-

Tab. I. % di soggetti che hanno condotto a termine il trattamento nei 2 gruppi GSH (autoaiuto guidato); M-GSH (autoaiuto con minimo contatto)

GSH	5%
M-GSH	3,4%

Le differenze fra i due gruppi non sono risultate statisticamente significative.

sante è senza dubbio quella del *Trevoise behavior modification program* di cui riportiamo in breve i risultati (5).

Lo studio riguarda 128 partecipanti divisi in 3 gruppi satellite di 10-40 e confrontati con il gruppo centrale, che sono stati sottoposti a un programma tradizionale nutrizionale, di stile di vita e comportamentale. I criteri d'inclusione sono stati: eccesso ponderale di 10-45 chili, non precedente adesione al gruppo, non diabete mellito. I conduttori del gruppo sono stati scelti fra personale volontario aderente ai gruppi e addestrati dal direttore del programma.

Tab. II. % di perdita di peso rispetto al peso iniziale al termine dell'intervento e dopo 6 mesi di follow up nei 3 gruppi: autoaiuto guidato (GSH); autoaiuto con minimo contatto (M-GSH), gruppo controllo (Controllo)

	Al termine	Dopo 6 mesi
GSH	6,4%	7,3%
M-GSH	5,2%	5%
Controllo	0,5%	-

Le differenze fra il peso al termine del trattamento e del follow up e quelle fra i due gruppi non sono risultate statisticamente significative

Il programma comprende una prima fase di screening in cui i candidati si impegnano all'automonitoraggio, a una regolare frequenza agli incontri, a una perdita del 15% del goal di peso stabilito.

Le condizioni di permanenza nel gruppo prevedono una frequenza regolare, l'automonitoraggio regolare, il raggiungimento dei goal di peso prescritti; occorre comunicare le vacanze almeno 15 gg prima e comunicare il peso durante le vacanze; in caso di mancato raggiungimento dei goal è prevista una sospensione temporanea dal gruppo; si raggiunge un livello di indipendenza se il peso viene mantenuto per almeno 12 mesi: in tal caso si può rimanere nel gruppo inviando il report del peso mensile.

Le caratteristiche principali del programma sono:

- enfasi sul mantenimento del peso perso e sulla modificazione permanente "lifelong" dello stile di vita;
- combinazione del self-help e del continuous care;

Tab. III (A). Risultati del Trevoise behavior modification program: % di adesione al gruppo

Ammessi al gruppo	89,8%
Inseriti nel gruppo a 1 anno	69,5%
Inseriti a 2 anni	43,8%

- supporto del gruppo per tutta la vita a nessuno o a minimo costo, cosa che lo rende particolarmente interessante per i progetti di salute pubblica.

Lo studio ha comunque dei limiti nell'auto selezione dei partecipanti e nella prevalenza del sesso femminile (96,9%).

Noi abbiamo recentemente iniziato un'esperienza di gruppi di autoaiuto guidato autogestiti dai pazienti e guidati da un conduttore addestrato con la supervisione di un terapeuta A.I.D.A.P., basato sull'utilizzo del manuale *Perdere peso senza perdere la testa*.

Tab. III (B). Risultati del Trevoise behavior modification program: perdita di peso

Inseriti a 2 anni	Perdita di peso del 19 ± 0,8%
Inseriti a 5 anni	Perdita di peso del 18,4 ± 1,1%

Bibliografia

1. Ordman AM, Kirschenbaum DS: Bulimia: assessment of eating, psychological adjustment and familial characteristics. *Int J Of Eating Disorders* 5, 865-878, 1986
2. 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
3. Dalle Grave R. *Perdere peso senza perdere la testa*. Positive Press, Verona, 1999
4. Todesco T: Risultati dello studio multicentrico controllato di efficienza del manuale "perdere peso senza perdere la testa". *Atti 3° Congresso Nazionale AIDAP, Emozioni e Cibo* 8, 11, 2002
5. Latner JD, Wilson GT, Stunkard AJ, Jackson ML: Self help and long-term behavior therapy for obesity. *Behavior Research and Therapy* 40, 805-812, 2002

Terapia cognitivo-comportamentale dell'obesità

Arianna Banderali, Riccardo Dalle Grave

Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, Garda (VR)

Efficacia dei trattamenti attualmente applicati nell'obesità. Fino a ora solo tre terapie dell'obesità hanno fornito dei dati basati sull'evidenza.

Trattamento chirurgico. È una procedura raccomandata per alcuni pazienti altamente selezionati, che hanno un Indice di Massa Corporea (BMI) superiore a 40. Il trattamento è in grado di determinare una perdita di peso nei primi 6-12 mesi del 20-45% che generalmente è ben mantenuta. Le complicanze mediche, in ogni modo, non sono da sottovalutare.

Terapia farmacologica. È in grado di determinare una perdita di peso compresa tra il 5 e il 10% nei pazienti che concludono il trattamento. La perdita avviene di solito nei primi 6 mesi e dopo si arresta. Se il farmaco è sospeso il peso è recuperato. Ciò significa che per mantenere la perdita di peso è necessario continuare la terapia farmacologica in modo indefinito. Questo fatto crea qualche preoccupazione perché non ci sono studi che abbiano dimostrato la sicurezza dei farmaci per l'obesità oltre i 2 anni.

Terapia comportamentale. Un programma tipico, che incorpora una dieta di circa 1200 calorie al giorno, produce una perdita di peso media di circa il 10% in 6 mesi nei pazienti che completano il programma (circa l'80%). Nell'anno seguente alla fine del trattamento si assiste però a un recupero di peso del 40% e il rimanente peso è recuperato entro tre anni. In sintesi i due maggiori trattamenti non chirurgici dell'obesità producono una perdita di peso media del 10% nei soggetti che completano la cura, ma il peso è recuperato rapidamente una volta terminata la terapia.

Obiettivi di trattamento nell'obesità. Negli ultimi 5 anni è divenuto sempre più chiaro che anche una modesta perdita di peso del 5-10% determina importanti miglioramenti nelle condizioni di salute. C'è anche un'evidenza che questi miglioramenti sono mantenuti se il peso non è recuperato. Le recenti linee guida del sovrappeso e dell'obesità del National Institute of Health, riprese dalle Linee Guida Italiane per l'Obesità (Ligio 99), raccomandano una perdita di peso del 10%. Dal momento che il 10% è un obiettivo che si può raggiungere con i programmi non chirurgici per l'obesità (terapia comportamentale e farmacologica), la sfida più pressante è quella di sviluppare un nuovo modo di trattamento in grado di minimizzare il recupero del peso perduto.

Ricerca sul recupero di peso e sua prevenzione. Attualmente la ricerca sui meccanismi che portano al recupero del peso è ancora scarsa. Sappiamo che alcuni fattori biologici, come per esempio la diminuzione del consumo di energia in seguito al dimagrimento e l'incremento dell'attività di un enzima (lipoprotein lipasi), possono ostacolare il mantenimento del peso perduto. A ogni modo, alcuni meccanismi psicologici sembrano essere anch'essi molto importanti.

Alcuni studi hanno valutato le caratteristiche comportamentali dei soggetti che perdono e mantengono 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 perduto adottano tre comportamenti: 1) fanno costantemente attività fisica; 2) consumano una dieta povera di grassi; 3) controllano periodicamente il loro peso corporeo. È evidente che questi tre comportamenti sono dei semplici marker dei meccanismi cognitivi sottostanti che motivano il soggetto a continuare nel tempo a persistere nell'applicazione di queste strategie.

Analisi cognitiva del recupero del peso. Cooper e Fairburn propongono che il recupero del peso, da un punto di vista cognitivo, sia la conseguenza di due processi tra loro collegati: 1) la diminuzione progressiva della convinzione di poter controllare il peso corporeo, che spesso porta all'abbandono del programma; 2) il ritorno, in queste condizioni, alle abitudini alimentari precedenti con il conseguente recupero del peso.

Obiettivi della perdita di peso e aspettative. La maggior parte dei pazienti obesi desidera perdere dal 20 al 30% del loro peso iniziale. Dato che con i programmi a nostra disposizione si può raggiungere solo un 10% di decremento ponderale, tale obiettivo non è realistico. Inoltre, una perdita di peso del 10% tende a non essere apprezzata.

Obiettivi primari e aspettative. La perdita di peso non è motivata solamente dal fatto di raggiungere un peso corporeo inferiore, ma soprattutto dalla convinzione che senza di essa non si possono raggiungere altri obiettivi importanti. L'esperienza clinica suggerisce che nelle donne che cercano di perdere peso il desiderio di modificare l'apparenza fisica è il più importante fattore che motiva il dimagrimento. Una minoranza (circa il 20%) valuta in modo estremamente negativo il proprio corpo e si comporta di conseguenza. Un'altra ragione per perdere peso, spesso associata alle precedenti, è il desiderio di migliorare la fiducia in se stessi e il rispetto di sé. Infine, un motivo meno comune per perdere peso è il desiderio di migliorare la salute.

Relazione tra obiettivi primari e perdita di peso. È facile comprendere che il raggiungimento della maggior parte degli obiettivi pri-

mari è connesso debolmente con la perdita di peso. Mentre alcuni obiettivi richiedono solo un modesto decremento ponderale (per esempio, il miglioramento delle condizioni di salute), altri non sono raggiunti completamente con il dimagrimento (per esempio, la modificazione della forma del corpo), altri ancora non richiedono necessariamente una perdita di peso (per esempio, migliorare la fiducia in se stessi o le relazioni interpersonali). Questo, anche se appare ovvio, non è quasi mai apprezzato dai pazienti, che invece continuano a mantenere la convinzione che solo il raggiungimento di una grande perdita di peso produrrà l'esito voluto.

Abbandono della perdita di peso. In pratica la maggior parte dei soggetti obesi non riesce a raggiungere il suo obiettivo di peso perché in un periodo variabile da 4 a 6 mesi si verifica un arresto del dimagrimento. Inoltre, quasi tutti i pazienti non raggiungono i loro obiettivi primari perché, come abbiamo visto sopra, sono debolmente legati alla perdita di peso e quasi mai sono affrontati durante il trattamento. Non sorprende che i pazienti divengano demoralizzati non appena il tasso di perdita di peso tende ad arrestarsi. Questa tendenza è accentuata dal fatto che i pazienti tendono a ignorare gli altri risultati positivi che hanno raggiunto (per esempio, sulla salute, sul fitness ecc.) e si focalizzano costantemente sul peso che deve ancora essere perso. A questo punto, per la maggior parte è facile arrivare alla conclusione che, dal momento che i loro obiettivi non sono raggiungibili, non vale la pena di continuare a cercare di dimagrire e così abbandonano ogni tentativo di controllare il peso.

Trascurare la necessità di un mantenimento di peso attivo. L'abbandono del tentativo di dimagrire tende a non essere seguito da uno sforzo per mantenere il nuovo peso più basso. Tipicamente la maggior parte dei pazienti trascura la necessità di una gestione attiva del mantenimento del peso e ritorna alle sue vecchie abitudini alimentari, con il risultato che il peso perduto viene recuperato. I pazienti in questa situazione non hanno una mentalità favorevole al mantenimento del peso perché sottovalutano la perdita di peso che hanno raggiunto e pensano che il loro peso non sia più controllabile. Infine, la confusione riguardante la fase della perdita e del mantenimento del peso porta a non apprezzare l'importanza di acquisire e praticare metodi efficaci di controllo del peso.

Terapia cognitivo-comportamentale dell'obesità. Viene proposto un nuovo programma di terapia cognitivo-comportamentale dell'obesità che, pur mantenendo le principali tecniche dei trattamenti comportamentali dimostratisi in grado di determinare un decremento ponderale del 10%, aggiunge nuove componenti per favorire il mantenimento del peso corporeo perduto. Il trattamento è derivato dall'analisi dei fattori implicati nella ricaduta e ha numerosi elementi distintivi rispetto ai trattamenti standard di terapia dell'obesità:

- 1) propone una terapia basata su un modello cognitivo e non su un modello comportamentale che bilancia il cambiamento e l'accettazione;
- 2) adotta uno stile terapeutico simile a quello della terapia cognitivo-comportamentale applicata nella cura dei disturbi dell'alimentazione;
- 3) distingue in modo formale e sostanziale la perdita di peso corporeo e il mantenimento;
- 4) è organizzato in cinque "Moduli" che sono introdotti in modo sequenziale e usati in modo flessibile in base alla necessità del paziente:
 - 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.

Bibliografia

1. Agras WS: Short term psychological treatments for binge eating. In: Fairburn CG, Wilson GT (Eds): Binge eating: nature, assessment and treatment. Guilford Press, New York, 1993, p. 50-76
2. Cooper Z, Fairburn C: Cognitive behavioral treatment of obesity. In: Wadden TA, Stunkard AJ (Eds): Obesity: theory and therapy (3^a ed.). Guilford Press, New York, 2002
3. Dalle Grave R: Terapia Cognitivo Comportamentale dell'Obesità. Positive Press, 2001
4. 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, New York, 1993, p. 361-404

Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione

Tiziana Todesco, Riccardo Dalle Grave

Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, Garda (VR)

La teoria e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) dei disturbi dell'alimentazione è stata descritta agli inizi degli anni ottanta da Fairburn per la bulimia nervosa e da Kelly Bemis (oggi Vitousek) per l'anoressia nervosa. Fairburn ha elaborato una teoria "focalizzata" esclusivamente sui processi che mantengono i sintomi della bulimia nervosa, mentre Garner e Vitousek hanno sviluppato una teoria "allargata" che include, oltre ai fattori di mantenimento, anche i fattori di rischio e precipitanti l'anoressia nervosa.

La CBT "focalizzata" di Fairburn, nonostante oggi sia considerata il trattamento di prima scelta per la cura della bulimia nervosa (non ci sono terapie che hanno dimostrato di essere più efficaci) ha tre difetti principali: 1) ha un'efficacia limitata (solo il 50% dei pazienti raggiunge una remissione prolungata); 2) è applicabile solo alla bulimia nervosa e non agli altri disturbi dell'alimentazione; 3) non prende in considerazione la presenza di meccanismi psicopatologici aggiuntivi (vedi sotto), presenti in un sottogruppo di pazienti, che contribuiscono a mantenere il disturbo e a ostacolare il trattamento.

La CBT "allargata" di Garner e Vitousek ha il vantaggio di essere applicabile con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione e di non focalizzarsi solo sul comportamento alimentare del paziente e sulla sua preoccupazione per l'alimentazione, il peso e le forme corporee, ma di affrontare anche altre variabili individuali come per esempio il senso di identità scarsamente sviluppato, l'ascetismo, il perfezionismo, i conflitti di autonomia, i problemi familiari e interpersonali. Questo modello ha però tre principali difetti: 1) la sua efficacia non è supportata da ricerche controllate, ma solo dall'esperienza clinica; 2) ha una lunga durata (1 o 2 anni anche se applicata alla bulimia nervosa); 3) non è preciso nello spiegare i meccanismi di mantenimento del disturbo.

I progressi compiuti negli ultimi anni nella comprensione dei meccanismi psicopatologici di sviluppo e di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione e l'osservazione clinica che anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione atipici hanno caratteristiche cliniche distintive condivise e che esiste un movimento temporale da un disturbo dell'alimentazione all'altro hanno spinto Fairburn e collaboratori ad aggiornare la loro precedente teoria e a proporre un modello teorico e terapeutico "transdiagnostico", in grado cioè di essere applicabile a tutti i disturbi dell'alimentazione.

Il trattamento derivato da questa teoria, attualmente in corso di valutazione, prevede l'integrazione di tre figure professionali (medico, dietista e psicologo) e si sviluppa in tre fasi distinte con la possibilità di usare 5 moduli aggiuntivi per affrontare alcuni fattori, presenti in un sottogruppo di pazienti, che ostacolano il trattamento.

La nuova teoria cognitivo-comportamentale transdiagnostica. La teoria si chiama "transdiagnostica" perché è stata studiata e strutturata per essere applicata con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione atipici). La teoria sostiene che il nucleo psicopatologico centrale dei disturbi dell'alimentazione è un sistema disfunzionale di valutazione del valore personale. Le persone affette da questi disturbi, infatti, giudicano se stesse largamente o esclusivamente sulla base del loro comportamento alimentare, peso o forme corporee (spesso su tutte e tre le caratteristiche) e del grado di controllo che riescono a esercitare su di essi. Lo schema di autovalutazione disfunzionale si sviluppa gradualmente per il concorso vari *fattori di rischio* specifici (presenti solo nei disturbi dell'alimentazione) e generici (presenti in altri disturbi psichiatrici) ed è attivato da alcuni *fattori precipitanti*. L'attivazione dello schema di autovalutazione disfunzionale porta l'individuo a seguire una dieta ferrea e ad adottare altri comportamenti di controllo del peso come l'attività fisica eccessiva. La dieta ferrea da una parte porta a mantenere iperattivo lo schema di autovalutazione disfunzionale attraverso i rinforzi positivi e/o negativi che l'individuo percepisce quando riesce a controllare l'alimentazione, il peso e le forme corporee e dall'altra favorisce la perdita di peso e la comparsa della sindrome da digiuno che a sua volta agiscono nel mantenere attivato lo schema di autovalutazione disfunzionale. In un sottogruppo di pazienti la dieta ferrea favorisce la comparsa delle abbuffate che a loro volta mantengono attivato il nucleo psicopatologico magnificando le preoccupazioni del paziente sulla sua abilità di controllare il suo comportamento alimentare, il suo peso e le sue forme corporee. Ciò incoraggia una restrizione alimentare ancora più ferrea, che a sua volta aumenta il rischio di nuove abbuffate. Un secondo processo che mantiene le abbuffate si verifica nei pazienti che usano i comportamenti eliminativi (per es., vomito auto-indotto o assunzione di lassativi) dopo le abbuffate. La fede di questi pazienti nella capacità di riuscire a minimizzare l'aumento di peso con i comportamenti eliminativi favorisce l'abbandono del controllo dell'alimentazione e aumenta a sua volta il rischio di nuove abbuffate. Infine, spesso i pazienti adottano altri comportamenti, come il body checking e gli evitamenti legati al corpo, che a loro volta mantengono attivata la preoccupazione per il peso e le forme corporee.

Fattori di mantenimento aggiuntivi. In un sottogruppo di pazienti (non in tutti) si osservano uno o più processi di mantenimento aggiuntivi che interagiscono con la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione (lo schema di autovalutazione disfunzionale) nel mantenere il disturbo e ostacolare la guarigione (fig. 1). Il primo di questi meccanismi di mantenimento aggiuntivi è il "perfezionismo clinico", il secondo la "bassa autostima nucleare", il terzo l'intolleranza alle emozioni e il quarto le "difficoltà interpersonali".

Il nuovo trattamento ambulatoriale cognitivo-comportamentale*. Sulla base della teoria cognitivo-comportamentale descritta sopra è stato disegnato un nuovo trattamento cognitivo-comportamentale transdiagnostico le cui fasi sono illustrate nella figura 3.

Il disturbo dell'alimentazione specifico del paziente non è rilevante per il trattamento. Piuttosto, il contenuto della terapia è dettato dalle caratteristiche psicopatologiche particolari presenti e dai processi che le mantengono. Il trattamento è stato disegnato per essere applicabile a livello ambulatoriale da un'équipe composta da un medico, un

* Descritto dettagliatamente in 1.

dietista e uno psicologo che affrontano i molteplici aspetti del disturbo dell'alimentazione collaborando e integrandosi fra loro, aderendo tutti, però, al medesimo modello teorico di trattamento (vedi sopra). Il medico esegue la fase della preparazione, la valutazione diagnostica e cura le eventuali complicanze mediche presenti. Il dietista si occupa del comportamento alimentare e della normalizzazione del peso. Lo psicologo esegue la formulazione personalizzata del caso, affronta lo schema di autovalutazione disfunzionale ed eventuali fattori di mantenimento aggiuntivi.

Fase della preparazione. Il trattamento prevede una prima visita con il medico, cui segue un altro incontro per decidere quale trattamento intraprendere. Durante la prima visita il medico incontra il paziente da solo e poi assieme ai genitori e, oltre alla raccolta dei dati anamnestici, valuta la sua motivazione a iniziare una cura, e fornisce informazioni sui disturbi dell'alimentazione (costruendo con il paziente una *formulazione generale del suo disturbo*, vedi figura 1).

Nel secondo incontro il medico valuta con il paziente i pro e i contro di iniziare una cura e, in caso di disponibilità, analizza con lui quale opzione terapeutica scegliere. In genere, nella maggior parte dei casi si inizia con la terapia ambulatoriale standard per almeno tre mesi, a meno che le condizioni del paziente non richiedano un ricovero urgente.

Durata del trattamento e numero di sedute. La durata del trattamento dipende dal livello di peso, utilizzando come parametro l'indice di massa corporea (BMI) calcolato facendo il rapporto tra il peso e il quadrato dell'altezza (kg/m²):

- pazienti con BMI ≥ 17,5: 22 sedute in 24 settimane;
- pazienti con BMI < 17,5: 46 sedute in 48 settimane.

Lo stile e il contenuto dei due trattamenti è sovrapponibile ad eccezione del fatto che nei pazienti sottopeso è necessario un periodo più lungo di terapia per normalizzare il peso corporeo.

La frequenza delle sedute è la seguente:

- prima settimana: 2 sedute;
- settimane successive: 1 seduta la settimana;
- ultime sei settimane: 1 seduta ogni due settimane.

Il trattamento è individuale e non prevede sedute di gruppo, ogni seduta prevede un incontro di 45' con lo psicologo e un incontro di 30' con il dietista.

Valutazioni diagnostiche. Alle sedute 4, 12, 24 (36 e 48 nei soggetti con BMI < 17,5) è effettuata una valutazione diagnostica da parte

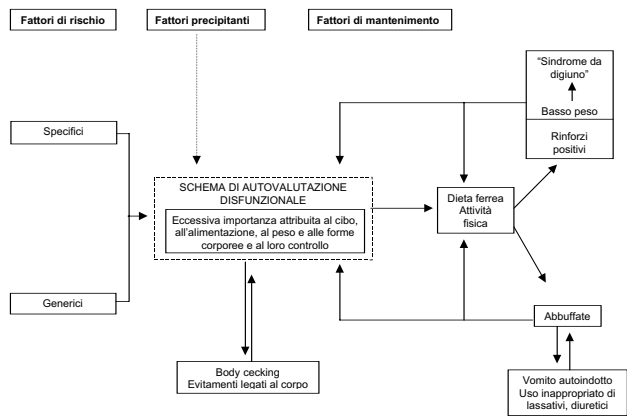


Fig. 1. Lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione secondo la teoria cognitivo-comportamentale transdiagnostica.

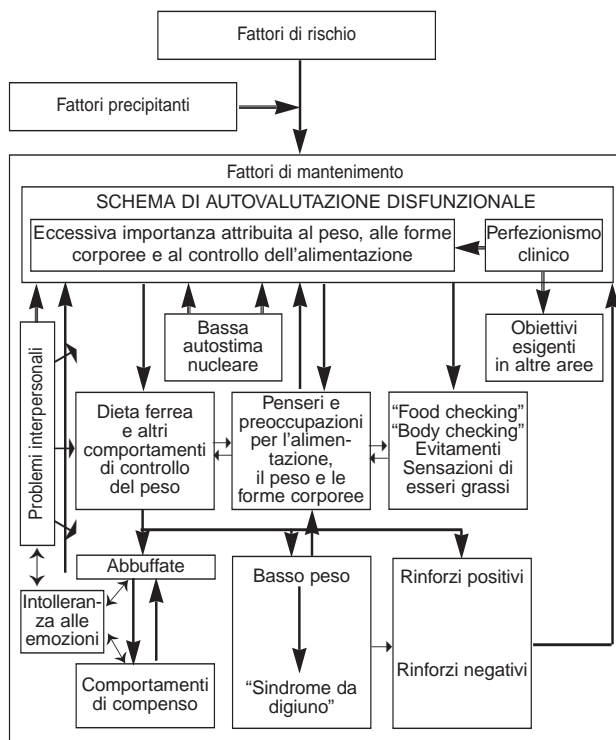
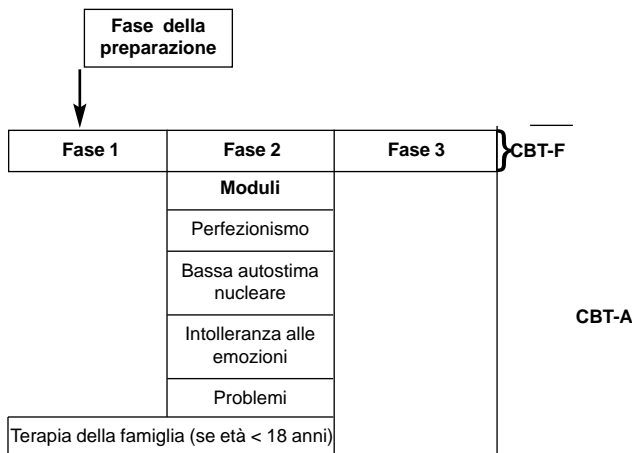


Fig. 2. Lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione con i fattori di mantenimento aggiuntivi.



CBT-F = Terapia cognitivo-comportamentale focalizzata
CBT-A = Terapia cognitivo-comportamentale allargata

Fig. 3. La nuova terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione.

del medico per valutare l'andamento della terapia. La valutazione diagnostica include le seguenti procedure:

- visita medica per valutazione dell'andamento della terapia;
- valutazione dell'andamento del BMI;
- valutazione della frequenza dei comportamenti dei disturbi dell'alimentazione nelle ultime quattro settimane;
- somministrazione di test psicodiagnostici specifici per valutare l'andamento della sintomatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione della sintomatologia psichiatrica associata;
- esami bioumorali e strumentali per la valutazione di eventuali complicanze presenti.

Se dopo quattro settimane (prima valutazione diagnostica) il paziente è migliorato* il trattamento continua con le procedure standard (CBT-F o focalizzata); se invece non è migliorato ed emergono altre problematiche psicopatologiche di mantenimento, alla terapia standard sono aggiunti moduli specifici per affrontare gli ostacoli evidenziati (CBT-A o allargata). Se le condizioni mediche sono scadenti si propone una terapia più intensiva (per es., terapia ambulatoriale intensiva, day-hospital, ricovero).

Se dopo 12 settimane (seconda valutazione diagnostica) il paziente non è migliorato si cambia terapia. Le opzioni possono essere: trattamento ambulatoriale intensivo (con consumo dei pasti in ambulatorio), terapia farmacologica, day hospital, ricovero presso un reparto riabilitativo.

Fase 1. La fase 1 dura 6 sedute (5 settimane perché nella prima settimana ci sono due sedute) e ha sette aree principali d'intervento:

1. sviluppare la formulazione generale del disturbo dell'alimentazione;
2. stabilire il BMI naturale;
3. pianificare l'alimentazione e se necessario normalizzare il BMI;
4. sviluppare le abilità per eliminare i comportamenti disfunzionali;
5. usare il diario emotivo;
6. comprendere i principali fattori di sviluppo e di mantenimento;
7. sviluppare la formulazione allargata del disturbo dell'alimentazione (fig. 2).

L'area 1 è discussa sia con il dietista sia con lo psicologo, le aree 2, 3 e 4 sono portate avanti con il dietista, le aree 5, 6 e 7 con lo psicologo.

Fase 2. La fase 2 inizia nella seduta 7, occupa la maggior parte del trattamento e ha un contenuto che è dettato dalla formulazione personalizzata effettuata nella fase 1.

La CBT-F è riservata ai pazienti che sono migliorati nella fase 1 e in cui non sono emersi fattori di mantenimento aggiuntivi durante gli incontri eseguiti con lo psicologo. La fase 2 nella CBT-F ha 2 aree principali d'intervento:

1. continuare l'enfasi sul recupero del peso, la normalizzazione dell'alimentazione e l'eliminazione dei comportamenti disfunzionali;
2. modificare lo schema disfunzionale di valutazione di sé.

Il punto 1 è effettuato con il dietista, il punto 2 con lo psicologo.

La CBT-A è riservata ai pazienti che non sono migliorati nella fase 1 o che dalla valutazione dello sviluppo e del mantenimento del disturbo eseguita con lo psicologo è emerso che hanno dei fattori di mantenimento aggiuntivi.

La CBT-A, include tutti gli interventi della CBT-F, ma anche uno o più moduli di trattamento, in base ai fattori di mantenimento aggiuntivi evidenziati dalla formulazione personalizzata. I moduli che possono essere aggiunti alla terapia standard sono:

- modulo per ridurre il perfezionismo;
- modulo per migliorare la bassa autostima nucleare;
- modulo per migliorare le relazioni interpersonali;
- modulo per regolare le emozioni.

Fase 3. La fase 3 inizia alla settimana 20 nei pazienti con BMI iniziale > 17,5 e alla settimana 44 nei pazienti con BMI iniziale ≤ 17,5.

Questa fase prevede tre sedute eseguite ogni due settimane.

Gli obiettivi della fase tre riguardano il futuro e sono:

1. riassumere i progressi e le procedure del programma che hanno funzionato;
2. prepararsi per le difficoltà future;
3. fare un piano di mantenimento;
4. chiarire quando è necessario riprendere la terapia;
5. programmare il follow-up.

Modulo "terapia della famiglia". Il modulo "terapia della famiglia" è aggiunto alla terapia standard nei pazienti che hanno un'età inferiore ai 18 anni e in casi particolari anche in soggetti che hanno più di 18, se i fattori familiari sono ancora rilevanti nel mantenimento del disturbo. Il modulo inizia sin dalla fase 1 e prevede le seguenti procedure e sedute:

1. sedute con il dietista

a. visita 2: per la spiegazione della pianificazione dei pasti. In questo incontro il dietista insegna ai genitori e al paziente la pianificazione dei pasti e l'alimentazione meccanica e ai genitori come assistere ai pasti della figlia/o. Viene anche consegnato un opuscolo che spiega come fornire l'assistenza ai pasti;

b. visita 3: per la valutazione dell'andamento della pianificazione;

c. visite successive: la loro frequenza è valutata caso per caso a seconda dei problemi incontrati;

2. sedute con lo psicologo

a. visita 1bis: per la valutazione diagnostica, in questo incontro, che è eseguito uno o due giorni dopo la visita 1 e prima della visita 2, lo psicologo incontra i genitori da soli per eseguire una valutazione diagnostica e per valutare se hanno la possibilità e le risorse per assistere ai pasti della figlia/o;

b. dalla visita 6 in poi: 4-6 incontri con la famiglia.

Conclusioni. La CBT è il trattamento dominante dei disturbi dell'alimentazione basato sull'evidenza. In questo articolo sono state presentate le basi teoriche e gli aspetti pratici di un modello di CBT "transdiagnostico" che può essere applicato a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata). Il trattamento, preceduto da una fase di preparazione, ha tre fasi e una durata di 22 settimane per i pazienti con BMI > 17,5 e di 44 settimane per i pazienti con BMI ≤ 17,5. I pazienti che migliorano nella fase 1 e che non presentano fattori di mantenimento aggiuntivi eseguono una forma di trattamento focalizzata solo sui fattori di mantenimento specifici per i disturbi dell'alimentazione (CBT-F). I pazienti che non migliorano nella fase 1 o che hanno fattori di mantenimento aggiuntivi oltre alle procedure della CBT-F, eseguono uno o più moduli (CBT-A). Infine, i pazienti di età inferiore ai 18 anni o in cui emergono importanti fattori di mantenimento familiare eseguono il modulo "terapia della famiglia". L'efficacia di questo nuovo modello di cura è attualmente in corso di valutazione.

Bibliografia

1. Dalle Grave R: Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione. Positive Press, Verona, 2003
2. Garner D, Dalle Grave R: Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Positive Press, Verona, 1999
3. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment.

* Definizione di miglioramento. Soggetti normopeso con abbuffate e mezzi di compenso: diminuzione abbuffate e mezzi di compenso del 70%; soggetti sottopeso: aumento di peso di almeno 1/2 kg/settimana.

Behav Res Ther 41, 509-528, 2003

Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione nella scuola: progressi e prospettive future

Riccardo Dalle Grave

Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, Garda (VR)

Introduzione. Negli ultimi dieci anni la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione ha avuto una notevole crescita nonostante la scarsa conoscenza dei meccanismi coinvolti nello sviluppo di questi disturbi e le minime risorse dedicate alla ricerca. La priorità è stata data allo sviluppo di programmi di prevenzione scolastici, perché i disturbi dell'alimentazione iniziano nell'adolescenza e la scuola è potenzialmente il luogo migliore dove trovare tutte le persone a rischio. Programmi scolastici di prevenzione primaria sono stati sviluppati in Canada (1), Stati Uniti d'America (2-6), Norvegia (7), Svizzera (8), Olanda (9), Inghilterra (10, 11), Italia (12, 14), Australia (15, 16) e Israele (17). Numerosi interventi sono stati valutati da rigorose ricerche controllate che hanno fornito un considerevole bagaglio di conoscenza che potrà guidare gli sviluppi futuri.

Scopo dell'articolo è di fornire un aggiornamento esaustivo sulla ricerca fino a ora effettuata sui programmi di prevenzione scolastici dei disturbi dell'alimentazione sottolineando i progressi ottenuti, il lavoro che rimane da fare e le prospettive future.

Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione: alcune definizioni. I programmi di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione possono essere classificati in due ampie categorie (18): *programmi universali* e *programmi mirati (targeted)*. I programmi universali sono diretti a tutti gli individui consenzienti di una data popolazione, come per esempio tutti gli alunni delle prime classi di una scuola. I programmi mirati

sono diretti su una sottopopolazione ad alto rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione, come per esempio gli individui che hanno un fattore di rischio che la ricerca ha dimostrato predire l'insorgenza dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa. In pratica, però, questa distinzione è difficile da mantenere; molti programmi universali dei disturbi dell'alimentazione, per esempio, si focalizzano solo sulle donne – e il sesso femminile è considerato il più potente fattore di rischio per i disturbi dell'alimentazione (18).

Teorie e tecniche adottate nella prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione. Due teorie hanno dominato la ricerca effettuata sulla prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione (19, 20): 1) il modello "Disease-Specific Pathways" (DSP); 2) il modello Non-Specific Vulnerability-Stressor" (NSVS). Il modello DSP è basato sull'analisi dei *processi specifici* che conducono allo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione e postula che eliminando specifici fattori di rischio si riduce l'incidenza dei disturbi dell'alimentazione (13). Il modello NSV postula che esiste una relazione *non specifica* tra disturbi mentali e stress, mancanza di abilità di coping e di supporto sociale (19). Gli sforzi del modello NSVS non sono focalizzati a interrompere specifici fattori di rischio, ma si concentrano nell'aiutare gli studenti a sviluppare "life skills" generali per far fronte in modo efficace agli eventi stressanti della vita. In pratica, i programmi di prevenzione fino a ora testati hanno usato una combinazione varia di tecniche derivate dai due modelli, sebbene ogni intervento abbia privilegiato una delle due teorie. La tabella I descrive le principali componenti dei due modelli.

La prima generazione di programmi di prevenzione ha adottato un approccio educativo (didattico) che si è focalizzato su argomenti collegati alla nutrizione, all'immagine corporea e ai disturbi dell'alimentazione (21). Questo approccio, utile nell'aumentare la conoscenza degli studenti, è risultato inefficace nel modificare le attitudini e i comportamenti non salutari su peso, forme corporee e controllo dell'ali-

Tab. I. Caratteristiche principali del modello "Disease-Specific Pathways" (DSP) e del modello "Non-Specific Vulnerability-Stressor" (NSVS) nei programmi di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione

Modello DSP	Modello NSVS
Promozione della nutrizione e dell'attività fisica per un controllo del peso salutare	Promozione della nutrizione e dell'attività fisica come parte di uno stile di vita più salutare
Promozione di abilità per analizzare, resistere e combattere i fattori di rischio sociali dei disturbi dell'alimentazione (es. la pressione a fare la dieta)	Promozione di "life skills" per far fronte agli eventi stressanti generali della vita
Educazione sulla natura e i danni della restrizione calorica e dei disturbi dell'alimentazione	Educazione e promozione di modalità di pensiero critico sul significato e sulla costruzione sociale del genere (maschile e femminile)
Promozione di abilità per risolvere specifiche sfide di sviluppo (es. i conflitti tra aumento di peso naturale nella pubertà e vivere in una società che idealizza la magrezza)	Promozione di abilità per migliorare l'autostima e il senso di competenza
Caratteristiche condivise dai modelli DSP e NSVS	
Promozione della diversità naturale del peso e delle forme corporee	
Enfasi sui fattori socio-culturali e di sviluppo	
Enfasi sull'aiutare gli studenti a capire, criticare e a resistere ai messaggi non salutari dei media (media "literacy")	
Promozione di "life skills" per rafforzare l'individuo contro i potenziali fattori che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione	

mentazione (vedi sotto).

La seconda generazione di programmi di prevenzione ha introdotto un approccio educativo interattivo ed esperienziale, e altre strategie ideate specificatamente per modificare le attitudini e i comportamenti disfunzionali. L'approccio basato sullo sviluppo di una dissonanza cognitiva, per esempio, utilizza una serie di esercizi verbali, scritti e comportamentali che incoraggiano i partecipanti a criticare l'ideale della magrezza con l'obiettivo di indurre una dissonanza cognitiva che dovrebbe portare a modificare le attitudini e i comportamenti (22). Altri esempi includono l'uso della ristrutturazione cognitiva per sfidare le cognizioni disfunzionali su peso, forme corporee e controllo dell'alimentazione (11-13), tecniche attive per incoraggiare un cambiamento delle abitudini alimentari, come per esempio l'uso dell'automonitoraggio (11), messaggi su video per dissuadere a intraprendere una dieta (23), videotape sulla dieta e l'immagine corporea (24), e l'uso di programmi multimediali su Internet (25). Alcuni autori, infine, hanno cercato di testare approcci diversi abbandonando ogni tentativo di aumentare la conoscenza sulla nutrizione e la dieta, ma focalizzandosi interamente nel cercare di "migliorare l'immagine corporea attraverso la costruzione di una buona autostima" (16).

Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione nelle scuole: un aggiornamento dei risultati della ricerca. La revisione presentata si basa esclusivamente sui programmi di prevenzione scolastici di prevenzione che sono stati valutati in ricerche controllate e che sono stati pubblicati in riviste scientifiche o manuali. Gli studi analizzati includono ricerche in cui gli studenti sono stati assegnati a "random" a un programma di prevenzione o a una lista d'attesa o ad altre misure di controllo. Non sono state considerate le ricerche che non hanno valutato se le modificazioni ottenute fossero significativamente diverse nel gruppo sperimentale, rispetto a quello di controllo.

Per trovare delle pubblicazioni rilevanti sono state adottate due procedure. Dapprima è stata effettuata una ricerca su MedLine e PsychInfo per gli anni compresi tra il 1985 e il 2002 usando le seguenti parole chiave: "eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, prevention and preventive". Secondariamente sono stati contattati degli esperti nella prevenzione dei disturbi dell'alimentazione a cui sono state chieste delle copie di precedenti articoli di revisione.

La tabella II riassume i programmi universali e mirati che sono stati valutati in ricerche controllate. Questa revisione considera universali i programmi somministrati a "tutti i partecipanti" in classi intere, e mirati quelli che hanno selezionato i partecipanti per uno o più fattori di rischio. Gli studi che hanno adottato delle strategie di screening (per es., inserzioni o annunci per un programma per migliorare l'accettazione corporea) sono stati considerati mirati dal momento che è stato dimostrato che i partecipanti che auto-selezionano i programmi finalizzati a migliorare l'accettazione corporea e l'alimentazione hanno in genere maggiori fattori di rischio (per es., insoddisfazione corporea) (18) rispetto ai controlli.

Riassunto degli effetti. Tre aspetti generali dei programmi scolastici di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione sembrano essere associati a esito positivo.

Il primo aspetto è quello che i programmi di prevenzione mirati ottengono generalmente migliori risultati rispetto a quelli universali. La maggior parte dei programmi universali riesce a raggiungere l'obiettivo del miglioramento significativo delle conoscenze. Sei (86%) dei sette studi universali che hanno misurato l'acquisizione della conoscenza hanno riportato una differenza significativa tra gruppo sperimentale e di controllo alla fine dell'intervento. Gli effetti dei programmi universali sulle attitudini hanno prodotto dei risultati misti: 10 programmi non hanno determinato alcun miglioramento, mentre sette (41%) hanno osservato una differenza significativa tra gruppo sperimentale e di controllo in almeno una misura durante il follow-up.

L'effetto preventivo dei programmi sul miglioramento dei comportamenti è elusivo: effetti positivi transitori, che sono scomparsi al follow-up, sono stati trovati solo in due dei sei studi (12%) che hanno valutato questa misura di esito. La maggior parte dei programmi mirati, al contrario, ha determinato effetti positivi sulle attitudini (87%) e sui comportamenti (86%). Effetti positivi sui soggetti ad alto rischio sono stati osservati anche in quattro programmi universali. Due ragioni principali possono spiegare gli effetti scadenti dei programmi di prevenzione universali rispetto a quelli mirati (18): 1) il livello di attitudini e comportamenti disfunzionali in un campione non selezionato può essere così basso da rendere difficile l'identificare qualsiasi effetto significativo dell'intervento; 2) il campione non selezionato può non essere sufficientemente motivato per coinvolgersi nel programma di prevenzione.

Il secondo aspetto è che gli interventi didattici hanno prodotto minori effetti positivi rispetto a quelli interattivi. I programmi educativi didattici, infatti, hanno in genere determinato delle modificazioni sulla conoscenza, ma pochi miglioramenti delle attitudini e dei comportamenti. Questa osservazione aggiunge un'ulteriore evidenza alla conclusione raggiunta da ricercatori in altre aree che gli interventi psico-educativi didattici sono meno efficaci rispetto a quelli che coinvolgono attivamente gli studenti e insegnano loro nuove abilità (39). Un terzo aspetto è che i programmi effettuati negli studenti più anziani (più di 16 anni) hanno prodotto un effetto preventivo più potente sulle attitudini e i comportamenti. Una spiegazione possibile di questo risultato è che pochi studenti giovani (11-12 anni) adottano comportamenti di controllo del peso non salutari o evidenziano attitudini disfunzionali nei confronti del peso, delle forme corporee e del controllo dell'alimentazione; è, perciò, molto difficile raggiungere una riduzione significativa di questi misure di esito. Un modo migliore di valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione in questo campione potrebbe essere quello di seguirli negli anni per valutare gli effetti a lungo termine dell'intervento preventivo (21). Un'altra possibilità è che gli studenti più giovani senza preoccupazioni su peso, forme corporee e controllo dell'alimentazione non siano sufficientemente motivati a impegnarsi in un programma di prevenzione.

Ci sono almeno tre aspetti dei programmi esaminati che non sembrano associarsi a un esito positivo.

Primo, la durata del programma è debolmente legata a un esito positivo: alcuni interventi molto lunghi non hanno determinato alcuna modificazione nelle attitudini e nei comportamenti, mentre altri interventi brevi hanno ottenuto degli effetti significativi positivi in queste misure di esito. È da sottolineare però che i programmi che durano meno di un'ora non sono in grado di determinare un effetto positivo. Secondo, la durata del follow-up non sembra essere associata a esito positivo. Esiti positivi e negativi sono stati trovati sia in programmi con lungo follow-up, sia in quelli con un breve follow-up. Alcuni programmi hanno determinato delle modificazioni positive significative al termine dell'intervento, ma non al follow-up, mentre altri hanno ottenuto risultati positivi solo al follow-up. È da sottolineare, però, che la maggior parte dei programmi analizzati in questa revisione ha avuto un follow-up troppo corto per valutare un reale effetto preventivo a lungo termine. Terzo, la dimensione del campione non sembra associarsi all'esito positivo. Lo studio di Killen e collaboratori, per esempio, che è l'intervento con il campione di dimensioni maggiori, non ha determinato alcun effetto significativo sulle misure di esito (3), mentre altri studi effettuati su campioni più piccoli hanno ottenuto effetti positivi sia nelle attitudini sia nei comportamenti disfunzionali.

Sfortunatamente, i dati attuali non permettono di valutare se il contenuto specifico dei programmi abbia un effetto positivo sulle attitudini e sui comportamenti degli studenti. Il numero di procedure e tecniche

Tab. II. Studi controllati che hanno valutato i programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione

Studio	Nazione	Numero	Età media	Durata (ore)	Follow-up (mesi)	Focus	Con	A	Comp
Programmi universali									
Killen et al. (1993) (3)	US	931 f	12,4	15	7-14-24	Didat		No	No
Moreno e Thelen (1993) (26)	US	104 f	13,7	0,5	1	Didat	Sì	Si/No	--
	US	115 f	13,8	0,5	1	Didat	Sì	Si/No	--
Paxton (1993) (27)	AU	136 f	14,1	10	11	Didat	--	No	No
Neumark-Sztainer et al. (1995) (17)	ISR	269 f	15,3	10	24	Inter	Si-6 No-24	No	Si-6 No-24
Mann et al. (1997) (28)	US	113 f	17,9	1,5	4	Didat	--	No	No
Buddeberg-Fischer et al. (1998) (8)	SWISS	314 fm	16,1	4,5	3	Didat	--	No	No
Smolak et al. (1998) (4)	US	222 fm	10,0	8	2	Didat	Sì	No	No
Smolak et al. (1998) (29)	US	266 fm	9,0	8	0	Didat	Sì	Sì	No
Martz e Bazzini (1999) (30)	US	114 f	19,0	1	1	Didat	--	No	No
Santonastaso et al. (1999) (14)	ITL	308 f	16,1	16	12	Inter	--	Si/No	Si/No
O'Dea e Abraham (2000) (16)	AU	470 fm	12,9	10	12	Inter	--	Si/No	No
Phelps et al. (2000) (31)	US	530 f	12,0	6	0	Inter	--	No	No
Dalle Grave et al. (2001) (13)	ITL	106 mf	11,6	12 + 4	6-12	Inter	Sì	Sì	No
Nicolino et al. (2001) (32)	US	85 f	18,9	1	1	Inter	--	No	No
Stewart et al. (2001) (11)	UK	752 f	13,4	4,5	6	Inter	Si/No	Si/No	Si/No
Varnado-Sullivan et al. (2001) (33)	US	157 f	12,0	2,5	0	Inter	--	Sì	No
	US	130 m	12,0	2,5	0	Inter	--	No	No
McVey and Davis (2002) (2)	CAN	263 f	10,9	5	12	Inter	--	No	No
Programmi mirati									
Kaminski et al. (1996) (34)	US	29 f	18,3	12	1	Inter	--	Sì	Sì
Franko (1998) (35)	US	19 f	--	12	0	Inter	--	Sì	Sì
Winzelberg et al. (1998) (25)	US	57 f	19,7	5	3	Didat	No	Sì	--
Celio et al. (2000) (36)	US	76 f	19,6	5 + 4,5	6	Inter	--	Sì	Sì
Stice et al. (2000) (22)	US	30 f	18,0	3	1	Inter	--	Sì	Sì
Winzelberg et al. (2000) (37)	US	60 f	20,0	5	3	Didat	--	Sì	No
Baranowski et al. (2001) (38)	UK	29 f	11,5	7,5	6	Inter	--	No	Sì
Stice e Ragan (2002) (6)	US	66 f	21,0	33	0	Inter	--	Sì	Sì

f = femmine; m = maschi; Didat = presentazione didattica; Inter = esercizi ineterattivi; Con = miglioramenti nella conoscenza; A = miglioramenti in almeno un'attitudine; Comp = miglioramenti in almeno un comportamento. A questo riguardo Sì = sì in almeno una variabile dipendente; No = no in nessuna variabile dipendente. -- = il risultato non è stato valutato nella ricerca.

utilizzate nei programmi è molto vario ed esiste una sovrapposizione di tecniche nei programmi che hanno avuto un esito positivo e negativo. Inoltre, sebbene alcuni teorici abbiano da molto tempo auspicato l'importanza d'includere nell'intervento alcuni elementi "ecologici" per modificare le attitudini e i comportamenti di genitori, insegnanti e altri adulti significativi e per trasformare l'influenza tossica dei media, nessuno studio elencato nella tabella II, con l'eccezione forse di quello di Neumark-Sztainer e coll. (17), lo ha fatto in profondità. Il ruolo dell'approccio ecologico nella prevenzione dei disturbi dell'alimentazione richiede, perciò, ulteriori ricerche. Infine, dal momento che valutazioni qualitative sono state raramente usate per valutare gli esiti, è impossibile determinare se certi fattori generici (per es., il tipo di relazione terapeutica stabilita dagli studenti con il conduttore del programma di prevenzione) abbiano avuto un impatto significativo sui risultati.

Suggerimenti pratici derivati dalla ricerca sulla prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione. I risultati ottenuti dai programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione permettono di tracciare alcuni suggerimenti pratici che possono essere utili per chiunque sia impegnato nel campo della prevenzione scolastica (21). Primo, non esiste alcuna evidenza statistica indicante che i programmi di prevenzione scolastica esaminati nella presente revisione producano degli effetti dannosi negli studenti. I risultati fino a ora ottenuti possono rassicurare i genitori e gli insegnanti che la prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione non ha effetti generali dannosi sui comportamenti e sulle attitudini degli studenti.

Secondo, i risultati promettenti osservati con i programmi di prevenzione mirata sugli studenti ad alto rischio dovrebbe incoraggiare i responsabili della promozione della salute a promuovere e investire risorse economiche in questi interventi nei giovani di età superiore a 16 anni a rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione. Obiettivi comuni di questi programmi includono la riduzione della restrizione dietetica (nei soggetti normopeso) e l'eccessiva importanza attribuita al peso, alle forme corporee e al controllo dell'alimentazione. Buoni risultati sono stati ottenuti utilizzando semplici programmi mirati, come per esempio interventi psico-educativi facilmente disseminabili che possono essere somministrati in gruppi o all'interno della classe. Dal momento che i programmi mirati possono avere la potenzialità intrinseca di produrre la discriminazione dei partecipanti, la ricerca futura dovrebbe studiare anche delle strategie per evitare che questo possa accadere. Alcune recenti tecnologie (per es., CD-roms, compiti a casa su Internet, chat rooms guidate) possono aiutare a risolvere questi potenziali problemi (21).

Terzo, i risultati scadenti ottenuti dai programmi di prevenzione universale nei giovani adolescenti suggeriscono che per il momento non è consigliabile spendere dei soldi in modo indiscriminato in questi interventi. Dal momento, però, che alcuni casi clinici di disturbi dell'alimentazione derivano dal gruppo di studenti a basso rischio, la ricerca sulla prevenzione universale dovrebbe continuare e la scuola rimane un luogo importante dove poter effettuare questi interventi.

Suggerimenti pratici derivati dall'esperienza. Negli ultimi cinque anni l'AIDAP (Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso) ha effettuato numerosi studi aperti e uno studio controllato per valutare l'efficacia della prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione. L'esperienza maturata è stata notevole e, oltre a guidare la costruzione di un nuovo programma di prevenzione finalizzato a migliorare i risultati fino a ora ottenuti, permette di suggerire i seguenti consigli generali (21):

1. i programmi di prevenzione devono essere inseriti facilmente nel contesto dell'orario scolastico con lezioni di durata non superiore ai 50 minuti;
2. i conduttori dei programmi devono essere estensivamente prepa-

rati prima d'iniziare l'intervento;

3. il programma deve essere scritto in dettaglio in un manuale per facilitare la fedeltà e la disseminazione dell'intervento;
4. la fedeltà al programma deve essere sempre monitorata, specialmente se l'intervento è effettuato lontano dal team che conduce l'intervento. Per aumentare la fedeltà, oltre ad avere una scaletta dettagliata degli interventi da effettuare, è necessario registrare su un audio-cassetta il programma affinché il supervisore della ricerca possa valutare se l'intervento è stato applicato in modo corretto;
5. per eliminare possibili contaminazioni è consigliabile usare un gruppo di controllo in un luogo diverso dalla scuola in cui è applicato l'intervento di prevenzione;
6. è "estremamente importante" coinvolgere nel programma di prevenzione la maggior parte degli adulti a contatto diretto o indiretto con gli studenti (genitori, insegnanti, preside, amministratori scolastici ecc.);
7. incontri di rinforzo ("booster sessions") dovrebbero essere pianificati di routine per mantenere e aumentare l'efficacia dell'intervento;
8. i programmi dovrebbero selezionare delle misure di esito qualitative e quantitative per valutare gli esiti primari e secondari che si desiderano raggiungere e anche la possibile comparsa di effetti negativi;
9. follow-up a breve termine (6 mesi) e a lungo termine (1 o più anni) dovrebbero essere pianificati ed effettuati per valutare gli esiti dell'intervento.

Direzioni future. L'ultima sezione di questo articolo presenta un breve riassunto di alcune possibili direzioni future della prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione.

Basarsi maggiormente sulla ricerca effettuata sui fattori di rischio. La maggior parte dei programmi di prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione valutati in questa revisione sono stati disegnati senza essere guidati dalla moderna ricerca sui fattori di rischio (per es., studi caso-controllo retrospettivi o studi prospettici di coorte). Sebbene la conoscenza dei fattori di rischio causali sia ancora scadente è raccomandabile che i futuri programmi di prevenzione siano empiricamente costruiti con lo specifico proposito di affrontare i fattori di rischio evidenziati dalla ricerca.

Superare i difetti metodologici. La revisione della letteratura sulla prevenzione dei disturbi dell'alimentazione ha evidenziato numerosi difetti metodologici nella maggior parte delle ricerche analizzate. Molti studi, non valutati in questa revisione, non includono un gruppo di controllo; senza questa condizione è impossibile distinguere gli effetti dell'intervento da quelli del passare del tempo. La maggior parte degli studi non ha usato la randomizzazione per assegnare i partecipanti alle condizioni esaminate e solo pochi hanno incluso il placebo come condizione di controllo. In molti casi il follow-up è stato inadeguato per poter avere delle conclusioni utili. Nella maggior parte degli studi le misure di esito utilizzate sono state questionari di auto-somministrazione; tali strumenti, è noto, tendono a sovrastimare la psicopatologia e non rappresentano il modo ideale per valutare le caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione. Oltre a ciò, le misure di esito utilizzate tendono a valutare la modificazione delle attitudini e dei comportamenti e non il vero effetto dei programmi di prevenzione sull'incidenza dei disturbi dell'alimentazione. Numerosi studi, infine, hanno limitazioni statistiche, non avendo condotto appropriati test inferenziali per valutare gli effetti dell'intervento (per es., ANOVA per misure ripetute) e gli effetti della dimensione del campione.

Valutare l'efficacia di nuove idee e paradigmi. Alcuni teorici hanno suggerito che i programmi di prevenzione scolastica dovrebbero essere mirati verso i soggetti più giovani prima che lo schema sul peso e le forme corporee sia completamente sviluppato (40). Gli interventi sui bambini e sui giovani adolescenti dovrebbero, inoltre, essere disegnati con con-

tenuti e strategie adatte all'età degli studenti a cui sono rivolti (41). Altri teorici hanno proposto di usare nuovi paradigmi nella prevenzione dei disturbi dell'alimentazione. Il modello "Participatory-Empowerment-Ecological-Relational" (PEER) (42), per esempio, pur condividendo molte caratteristiche con i modelli DSP e NSVS, si allontana radicalmente dall'abituale modo di somministrare i programmi scolastici preventivi enfatizzando che gli adolescenti sono i proprietari autorevoli dei loro corpi e delle loro attitudini e comportamenti. I teorici del modello PEER sostengono che i risultati scadenti ottenuti dai programmi di prevenzione universali fino a ora testati dipende principalmente dall'aver usato un "approccio dall'alto al basso" con esperti (psicologi, insegnanti ecc.) che trasmettono dall'alto informazioni e abilità agli studenti. Il modello PEER, al contrario, è "guidato dagli adolescenti" e la conoscenza è costruita attraverso un dialogo "tra adolescenti" con la guida di adulti significativi. Questa conoscenza è poi usata per trasformare l'ambiente sociale, che include i pari, i genitori, gli insegnanti, le politiche scolastiche e le strutture amministrative. Un approccio ecologico di questo tipo è stato anche proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel modello chiamato "Promozione della Salute Scolastica" (40).

Sebbene queste nuove idee e teorie siano benvenute, studi controllati e randomizzati sono necessari per valutarne la reale efficacia.

Importare strategie da altri campi della prevenzione e dal trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Alcune strategie per migliorare l'efficacia dei programmi di prevenzione per i disturbi dell'alimentazione possono essere imparate da altri campi della prevenzione (per es., depressione). Per esempio, alcuni interventi psico-sociali disegnati con il proposito di ridurre il rischio di depressione nei figli di genitori depressi, senza tenere conto della trasmissione del rischio (genetico o appreso) (43). Nessuno studio, fino a ora, è stato mirato ai figli dei genitori affetti da disturbi dell'alimentazione.

Un altro campo dove potrebbero imparare qualche strategia i ricercatori che si occupano di prevenzione è l'auto-aiuto con manuali adottato nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione più lievi. Questo approccio ha evidenziato effetti positivi e interessanti nel trattamento della bulimia nervosa e del disturbo da alimentazione incontrollata (44, 45). L'auto-aiuto con i manuali può essere usato senza l'aiuto di un terapeuta (auto-aiuto puro) o con il supporto e la guida di un terapeuta, anche non specialista (auto-aiuto guidato). I contenuti di alcuni libri di auto-aiuto (46, 47) sono derivati dalla teoria e terapia cognitivo-comportamentale della bulimia nervosa, la più efficace forma di trattamento valutato nelle ricerche controllate (48). L'auto-aiuto con manuali usa alcune strategie efficaci per aumentare la motivazione al cambiamento, per ridurre la restrizione alimentare e l'eccessiva importanza attribuita al peso e alle forme corporee. Le ricerche sulla prevenzione, con poche eccezioni, hanno completamente trascurato l'importanza di aumentare la motivazione dei partecipanti e non hanno sistematicamente usato le efficaci strategie cognitivo-comportamentali per ridurre i comportamenti e le attitudini disfunzionali su alimentazione, peso e forme corporee. L'uso di alcune strategie dimostrate efficaci nell'auto-aiuto con manuali potrebbe essere un modo per ottenere dei risultati positivi con interventi mirati su individui ad alto rischio (21).

Valutare la possibilità d'integrare la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione con quella dell'obesità. La ricerca sui fattori di rischio indica che può essere sbagliato considerare i disturbi dell'alimentazione e l'obesità come due entità separate. Queste due condizioni possono coesistere e, in alcuni casi, gli individui migrano dal disturbo dell'alimentazione all'obesità e viceversa. Studi caso-controllo hanno dimostrato che l'obesità è un fattore di rischio per la bulimia nervosa (49) e il disturbo da alimentazione incontrollata (50); altre ricerche hanno evidenziato che il disturbo da alimentazione incontrollata

è molto comune tra le persone affette da obesità (51). Oltre a ragioni concettuali, ci sono almeno altri due buoni motivi pratici per integrare la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità (21). Una è la riduzione dei costi: un solo intervento è ovviamente più economico di due. La seconda è quella di eliminare potenziali messaggi conflittuali sulla nutrizione, attività fisica e immagine corporea e potenziali effetti iatrogeni generati da programmi somministrati separatamente (per es., strategie per prevenire l'obesità, come per esempio monitorare l'assunzione di alimenti, potrebbero promuovere un'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, il peso e le forme corporee e viceversa strategie finalizzate a eliminare qualsiasi forma di restrizione alimentare potrebbero favorire l'adozione di un'alimentazione in eccesso e lo sviluppo di sovrappeso) (52). Un approccio integrato, che bilanci l'importanza di seguire uno stile di vita salutare per evitare lo sviluppo di obesità con l'importanza di accettare la diversità genetica del corpo umano per evitare lo sviluppo di disturbi dell'alimentazione, è una sfida che dovrà essere affrontata e valutata nelle future ricerche.

Conclusioni. La prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione è ancora nella sua prima infanzia. Negli ultimi 10 anni, a ogni modo sono stati compiuti importanti progressi nell'identificare i fattori di rischio e piccoli, ma significativi, progressi nello sviluppare e testare innovativi interventi preventivi. I risultati ottenuti dalle ricerche controllate valutate in questa revisione, devono rassicurare i genitori e gli insegnanti che la prevenzione scolastica dei disturbi dell'alimentazione non sembra avere effetti negativi sulle attitudini e sui comportamenti degli studenti. I programmi di prevenzione mirati hanno ottenuto risultati promettenti sugli individui ad alto rischio. Altri risultati positivi sono stati ottenuti usando uno stile educativo interattivo e focalizzando gli sforzi sugli adolescenti di età superiore ai 16 anni. I programmi di prevenzione universali, sfortunatamente, hanno ottenuto dei risultati insoddisfacenti, specialmente con i bambini e i giovani adolescenti.

Per migliorare i risultati negativi ottenuti dalla prevenzione universale, la ricerca si dovrà focalizzare sull'identificazione dei fattori di rischio più potenti modificabili dall'intervento preventivo. Nuove idee e paradigmi dovranno essere presi in considerazione e valutati da una rigorosa metodologia della ricerca. Già ora abbiamo a disposizione un bagaglio di conoscenze derivate dai campi della ricerca sulla prevenzione dei disturbi dell'alimentazione e dalla moderna tecnologia di studio dei fattori di rischio per poter costruire una nuova generazione di programmi preventivi universali senza i difetti metodologici evidenziati da questa revisione e che siano in grado di raggiungere l'obiettivo concreto di diminuire l'incidenza e la prevalenza dei disturbi dell'alimentazione nella popolazione generale.

Bibliografia

1. Piran N: Eating disorders: A trial of prevention in a high risk school. *J Prim Prev* **20**, 75-90, 1999
2. McVey GL, Davis R: A program to promote positive body image: A 1-year follow-up assessment. *J Early Adol* **22**, 96-108, 2002
3. Killen JD, Taylor CB, Hammer LD et al: An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *Int J Eat Disord* **13** (4), 369-384, 1993
4. Smolak L, Levine MP, Schermer F: A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *J Psychosom Res* **44** (3-4), 339-353, 1998
5. Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras WS: Dissonance prevention program decreases thin-ideal interiorization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary

- experiment. *Int J Eat Disord* **27** (2), 206-217, 2000
6. Stice E, Ragan J: A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *Int J Eat Disord* **31** (2), 159-171, 2002
 7. Børresen-Gresko R, Rosenvinge JH: The Norwegian program for the primary, secondary and tertiary prevention. *Eat Dis* **2**, 57-63, 1994
 8. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Gnam G et al: Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatr Scand* **98** (2), 146-155, 1998
 9. Noordenbos G: Problems and possibilities of prevention of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* **2**, 126-142, 1994
 10. Baranowski MJ, Hetherington MM: Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord* **29** (2), 119-124, 2001
 11. Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG: Modification of eating attitudes and behaviour in adolescent girls: A controlled study. *Int J Eat Disord* **29** (2), 107-118, 2001
 12. Dalle Grave R, De Luca L: Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione. Un programma di educazione e prevenzione primaria e secondaria per operatori socio-sanitari. Positive Press, Verona, 1999
 13. Dalle Grave R, De Luca L, Campello G: Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. *Eat Dis* **9**, 327-337, 2001
 14. Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S et al: A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychother Psychosom* **68** (1), 46-50, 1999
 15. Huon GF, Roncolato WG, Ritchie JE et al: Prevention of diet-induced disorders: Findings and implications of a pilot study. *Eat Dis* **5**, 280-293, 1997
 16. O'Dea JA, Abraham S: Improving the body image, eating attitudes, and behaviours of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *Int J Eat Disord* **28** (1), 43-57, 2000
 17. Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H: Eating disturbances among adolescent girls: Evaluation of a school-based primary prevention program. *J Nutr Educ* **27**, 24-31, 1995
 18. Stice E, Hoffman E: Eating disorder prevention programs. In: Thompson JK (Ed): *Handbook of eating disorders and obesity*. Wiley, New York, in stampa
 19. Levine MP, Piran L: The prevention of eating disorders: Toward a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy. In: Striaghel-Moore RH, Smolak L (Eds): *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. American Psychological Association, Washington DC, 2001, p. 233-253
 20. Albee GW, Gullotta TP: Primary prevention's evolution. In: Albee GW, Gullotta TP (Eds): *Primary prevention works*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997, p. 3-22
 21. Dalle Grave R: School-based prevention programs for eating disorders: achievements and opportunities. *Disease Management & Health Outcomes*, in stampa
 22. Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras WS: Dissonance prevention program decreases thin-ideal interiorization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *Int J Eat Disord* **27** (2), 206-217, 2000
 23. Paxton SJ, Wertheim EH, Pilawski A et al: Evaluating of dieting prevention messages by adolescent girls. *Prev Med* **35**, 474-491, 2002
 24. Withers GF, Twigg K, Wertheim EH, Paxton SJ: A controlled evaluation of an eating disorders primary prevention videotape using the Elaboration Likelihood Mode of persuasion. *J Psychosom Res* **53**, 1021-1027, 2002
 25. Winzelberg AJ, Taylor CB, Sharpe T et al: Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *Int J Eat Disord* **24** (4), 339-349, 1998
 26. Moreno AB, Thelen MH: A preliminary prevention program for eating disorders in a junior high school population. *J Youth Adol* **2**, 109-124, 1993
 27. Paxton SJ: A prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A 1 year follow-up. *Health Educ Res* **8**, 43-51, 1993
 28. Mann T, Nolen-Hoeksema S, Huang K et al: Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychol* **16**, 215-225, 1997
 29. Smolak L, Levine MP, Schermer F: Lessons from lessons: An evaluation of an elementary school prevention program. In: Vandereyken W, Noordenbos G (Eds): *The Prevention of Eating Disorders*. Athlone, London, 1998, p. 137-172
 30. Martz D, Bazzini D: Eating disorders prevention programming may be failing: Evaluation of two one-shot programs. *J College Student Devel* **40**, 32-42, 1999
 31. Phelps L, Sapia J, Nathanson D et al: An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychol Schools* **37**, 443-452, 2000
 32. Nicolino JC, Martz DM, Curtin L: Evaluation of a cognitive-behavioural therapy intervention to improve body image and decrease dieting in college women. *Eat Behav* **2**, 353-362, 2001
 33. Varnado-Sullivan PJ, Zucker N, Williamson DA et al: Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: A two-stage prevention program for eating disorders. *Cognit Behav Pract* **8**, 248-259, 2001
 34. Kaminski PL, McNamara K: A treatment for college women at risk for bulimia: A controlled evaluation. *J Counsel Develop* **74**, 288-294, 1996
 35. Franko DL: Secondary prevention of eating disorders in college women at risk. *Eat Disord* **6**, 29-40, 1998
 36. Celio AA, Winzelberg AJ, Wilfley DE et al: Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *J Consult Clin Psychol* **68** (4), 650-657, 2000
 37. Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL et al: Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* **68** (2), 346-350, 2000
 38. Baranowski MJ, Hetherington MM: Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *Int J Eat Disord* **29** (2), 119-124, 2001
 39. Clarke G, Hawkins W, Murphy M et al: Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **34** (3), 312-321, 1995
 40. Ewell F, Smith S, Karmel MP et al: The sense of self and its development: A framework for understanding eating disorders. In: Smolak L, Levine MP et al (Eds): *The developmental psychopathology of eating disorders: Implication for research, prevention, and treatment*. Erlbaum, Mahwah NJ, 1996, p. 107-133
 41. Levine MP, Smolak L: Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence. In: Thompson JK, Smolak L (Eds): *Body image, eating disorders and obesity in youth*. American Psychological Association, Washington DC, 2001, p. 237-260
 42. Piran N: The reduction of preoccupation with body weight and

- shape in schools: A feminist approach. *Eat Disord* **4**, 323-330, 1996
43. Pearson J, Goldklang D, Striegel-Moore RH: Prevention of eating disorders: challenges and opportunities. *Int J Eat Disord* **31** (3), 233-239, 2000
44. Thiels C, Schmidt U, Treasure J, Garthe R, Troop N: Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. *Am J Psychiatry* **155** (7), 947-953, 1998
45. Carter JC, Fairburn CG: Cognitive-behavioural self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol* **66** (4), 616-623, 1998
46. Fairburn CG: *Overcoming binge eating*. Guilford Press, New York, 1995
47. Dalle Grave R: *Alle mie pazienti dico... Informazioni e auto-aiuto per superare i disturbi dell'alimentazione*. Positive Press, Verona, 2002
48. Fairburn CG: Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD (Eds): *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Second edition. Guilford, New York, 2002, p. 302-307
49. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA et al: Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* **54** (6), 509-517, 1997
50. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL et al: Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry* **55** (5), 425-432, 1998
51. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T et al: Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* **13** (2), 137-153, 1993
52. Irving LM, Neumark-Sztainer D: Integrating the prevention of eating disorders and obesity: feasible or futile? *Prev Med* **34** (3), 299-309, 2002

Presentazione dei risultati preliminari di un intervento di educazione alimentare e stile di vita

Enrico Sparacino*, Chiara Galli**, Enrica De Chiffre***, Debora Liguori****, Roberto Mancin*, Paola Putto***, Paolo Rumi**, Giancarlo Perrone****

*Ser.T- ASL MI3; **Unità Operativa di Medicina, AO S. Gerardo, Monza (MI); ***Servizio Nutrizionale, ASL MI3; ****Consulenti

Razionale dello studio. Il riconoscimento che l'obesità è un importante fattore di rischio per molte malattie di rilevanza sociale (diabete mellito, malattie cardiovascolari, neoplasie) e che rappresenta la seconda causa di mortalità e morbilità dopo il consumo di tabacco, ha indotto le società scientifiche e le istituzioni sanitarie a focalizzare l'attenzione sul problema.

Nel contempo la spinta socioculturale verso la magrezza conduce molti adolescenti ad adottare comportamenti estremi che possono sfociare in disturbi veri e propri, come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da iperalimentazione compulsiva e altri disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Pertanto, nel contesto della prevenzione e dell'educazione alla salute, gli interventi indirizzati a correggere le abitudini alimentari degli adolescenti, devono tenere conto del fatto che la popolazione alla quale ci si rivolge è a rischio di sviluppare sia l'obesità sia un disturbo del comportamento alimentare in genere.

Scopo del lavoro. Il progetto di prevenzione prevede un inter-

vento finalizzato a valutare e correggere le abitudini alimentari degli adolescenti, tenendo conto del rischio di DCA della fascia d'età a cui è rivolto.

Focus dell'intervento. Il focus dell'intervento è quello di favorire una corretta condotta alimentare, di promuovere un corretto stile di vita e di ridurre l'influenza del peso e dell'aspetto fisico sull'autostima.

Oltre all'intervento di psicoeducazione alimentare, il progetto comprende l'obiettivo di monitorare la popolazione interessata per individuare eventuali situazioni a rischio ed effettuare un invio al servizio nutrizionale.

Inoltre, è prevista una verifica degli effetti dell'intervento.

Materiale. Per realizzare l'intervento è stata approntata una scheda anagrafica e un questionario sulle conoscenze relative all'argomento. Sono stati utilizzati inoltre i test EdeQ, EAT 40 e il Rosenberg Selfesteem, e materiale informativo.

Il campione. Individuata una popolazione di 109 adolescenti (17 M e 92 F) che frequentano il primo anno di scuola media superiore, è stata chiesta l'adesione degli studenti al progetto, comunicando alle famiglie lo scopo del lavoro e richiedendo l'autorizzazione per la partecipazione dei figli all'intervento.

Hanno aderito volontariamente 72 studenti (66% della popolazione interessata), di cui 6 maschi e 66 femmine, di età media 15,3 anni.

Maschi	6
Femmine	66
Totale	72

Metodologia. Individuazione del campione.

Rilevazione dati antropometrici dei partecipanti (peso/altezza).

Prima somministrazione dei questionari:

- questionario sulle conoscenze relative all'alimentazione;
- test EdeQ, EAT 40 e il Rosenberg Selfesteem.

Valutazione di:

- BMI;
- conoscenze;
- grado di autostima.

Diagnostica sullo stato nutrizionale e screening per l'eventuale presenza di un DCA attraverso l'esame di alcuni parametri psicometrici e mediante questionari autosomministrati (EDEQ, EAT 40); successiva valutazione tramite colloquio clinico dei soggetti sospetti.

Successivamente gli adolescenti che hanno aderito volontariamente al programma sono stati suddivisi in 2 gruppi.

Un gruppo controllo (gruppo A), composto da 38 studenti che frequentavano le classi in cui non è stato effettuato l'intervento di psicoeducazione.

Un gruppo sperimentale (gruppo B) composto da 34 studenti, frequentanti le classi in cui è stato effettuato l'intervento di psicoeducazione alimentare con i seguenti argomenti:

1. peso naturale: teoria del set point, indice di massa corporea, rischi del sovrappeso e del sottopeso;
2. informazioni nutrizionali;
3. stile di vita;
4. riduzione dell'importanza del peso e dell'aspetto fisico sull'autostima.

Dopo tre mesi è stata effettuata una seconda somministrazione dei questionari a tutto il campione per la verifica dei cambiamenti intercorsi. In base ai dati ricavati, sono state individuate le situazioni a rischio dandone comunicazione alle famiglie e inviando i casi in questione al Servizio Nutrizionale. Su 29 segnalazioni hanno risposto 5 famiglie.

Risultati e discussione. Una prima considerazione riguarda l'adesione degli studenti al progetto. Su una popolazione di 109 adolescenti

presumibilmente normali, 72, pari al 66% hanno scelto di partecipare volontariamente a un intervento che non faceva parte dell'attività curricolare della scuola. Tale dato riflette un interesse significativo all'argomento evidenziando il grado di importanza attribuita all'immagine corporea e al peso che per questa fascia di età possono rappresentare un elemento particolarmente critico.

Distribuzione del BMI. Il campione esaminato è stato suddiviso in tre gruppi:

- a) soggetti con BMI < 19,5 = 23%
- b) soggetti con BMI compreso tra 20 e 23 = 60%
- c) soggetti con BMI > 24,9 = 17%

BMI	N.	Percentuale
< 19,5	17	23
Compreso tra 19,5 e 24,9	43	60
> 24,9	12	17

Conoscenze. Nella seguente tabella sono esposti i risultati relativi al questionario delle conoscenze

Gruppo	1ª somministrazione	2ª somministrazione	Differenza
A	16,0	18,1	+ 2,1
B	16,9	20,9	+ 4

La differenza tra le medie della prova iniziale tra i due campioni non è significativa confermando l'omogeneità della loro condizione di partenza sotto questo profilo.

Mentre la situazione cambia dopo l'intervento:

Gruppo A	Gruppo B	Significatività
18,1	20,9	T di Student (3,79)

Il valore di $t = 3,79$ maggiore del valore critico di t per "alfa" = 0,01. Si conclude che la variazione dei risultati ottenuti post test è attribuibile all'intervento. Entrambi i gruppi ottengono un miglioramento delle conoscenze dovuto a fattori ambientali esterni all'intervento, ma l'incremento nel gruppo sperimentale si può ragionevolmente attribuire all'efficacia delle informazioni trasmesse.

EDEq. Sia il gruppo sperimentale sia quello di controllo sono stati divisi in due sottogruppi:

- soggetti che hanno totalizzato alle sottoscale un punteggio < 4;
- soggetti che hanno totalizzato alle sottoscale un punteggio ≥ 4 considerati sospetti per DCA.

Sono state valutate le seguenti sottoscale - il criterio di significatività scelto è il χ^2 (la soglia è di 3,84).

- Paura d'ingrassare

	Prima	Dopo	χ^2
Gruppo A	18%	27%	2,3
Gruppo B	23%	28%	0,66

Nei due gruppi la variazione del dato non è significativa.

- Preoccupazione alimentare

	1ª somministrazione	2ª somministrazione	χ^2
Gruppo A	3%	2%	0,21
Gruppo B	15%	0%	12,21*

Entrambi i gruppi migliorano rispetto alla preoccupazione alimentare, ma la significatività si riscontra solo nel gruppo sperimentale.

- Preoccupazione per il peso

	1ª somministrazione	2ª somministrazione	χ^2
Gruppo A	8%	2%	3,59
Gruppo B	13%	5%	3,91*

Entrambi i gruppi migliorano riducendo la preoccupazione per il peso, ma la significatività si riscontra solo nel gruppo sperimentale.

- Influenza peso e aspetto fisico sull'autostima

	1ª somministrazione	2ª somministrazione	χ^2
Gruppo A	17%	18%	0,03
Gruppo B	23%	8%	8,59*

Entrambi i gruppi migliorano mostrando una riduzione dell'influenza del peso e dell'aspetto fisico sull'autostima, ma la significatività si riscontra solo nel gruppo sperimentale.

- Restrizione dell'alimentazione

	1ª somministrazione	2ª somministrazione	χ^2
Gruppo A	8%	2%	3,59
Gruppo B	10%	3%	4,03*

Entrambi i gruppi migliorano riducendo la tendenza alla restrizione alimentare, ma la significatività si riscontra solo nel gruppo sperimentale.

- Preoccupazione per l'aspetto fisico

	1ª somministrazione	2ª somministrazione	χ^2
Gruppo A	15%	2%	10,86*
Gruppo B	18%	13%	0,95

Entrambi i gruppi migliorano riducendo la preoccupazione per l'aspetto fisico, ma in questo caso la significatività si riscontra solo nel gruppo di controllo.

Rosemberg

Gruppo	1ª somministrazione	2ª somministrazione	Differenza
A	27,9	27,4	-0,5
B	28,1	29,1	+1,0

La differenza tra le medie della prova iniziale tra i due campioni non è significativa confermando l'omogeneità della loro condizione di partenza sotto questo profilo, mentre la situazione cambia dopo l'intervento:

Gruppo A	Gruppo B	Significatività
27,4	29,1	T di Student (2,66)

Il valore di $t = 2,66$ è maggiore del valore critico di t per "alfa" = 0,01. Anche se contenuta, la variazione dei risultati ottenuti post test è nuovamente attribuibile all'intervento.

Tuttavia, appare interessante la divergenza di tendenza nei due gruppi in cui nel gruppo di controllo si osserva una flessione dei valori, che riflette una riduzione rispetto all'autostima, mentre nel gruppo sperimentale la tendenza è migliorativa.

Si può concludere che i contenuti dell'intervento hanno sostenuto negli studenti i sentimenti di autostima indipendentemente dalla propria condizione fisica e a prescindere dai valori stereotipi o ideali personali.

EAT 40

Gruppo	1ª somministrazione	2ª somministrazione	Differenza
A	19,2	21,7	+2,5
B	20,1	16,6	-2,7

Considerando il cut off di 40, questo test non evidenzia casi sospetti per DCA.

Tuttavia, osservando i punteggi, si rileva la seguente variazione:

Gruppo A	Gruppo B	Significatività
21,7	16,6	T di Student (3,85)

Il valore di $t = 3,85$ è maggiore del valore critico di t per "alfa" = 0,01. Valutando la differenza dei punteggi, osserviamo ancora un'efficacia dell'intervento nel gruppo sperimentale rispetto a una riduzione degli atteggiamenti negativi nei confronti del comportamento alimentare.

Conclusioni. Considerata l'adesione e la partecipazione degli studenti al progetto in tutte le sue fasi, emerge innanzitutto un notevole interesse per l'argomento trattato. Dalla comparazione dei dati emerge un miglioramento significativo delle conoscenze riguardo la corretta alimentazione, del comportamento alimentare e dell'autostima nel gruppo sperimentale in cui è stato effettuato l'intervento di psicoeducazione alimentare rispetto al gruppo di controllo, anche se quest'ultimo ha registrato qualche miglioramento rispetto alla condizione prima dell'intervento.

Quindi possiamo concludere che un intervento di educazione a un corretto stile di vita e a sane abitudini alimentari, se condotto in modo equilibrato e avendo cura di non spingere troppo verso il valore della magrezza come mezzo per aumentare la propria autostima, non contribuisce ad aumentare tendenze disfunzionali negli adolescenti.

Infine, oltre alla funzione di educazione alla salute, l'intervento ha permesso di evidenziare all'interno della popolazione interessata quei casi che hanno mostrato anomalie sia rispetto ai dati antropometrici (BMI) sia rispetto alla condotta alimentare e di coinvolgere le famiglie inviandole al Servizio Nutrizionale dell'ASL-MI3 per un approfondimento specifico delle situazioni segnalate.

Conclusioni

Chiara Galli

Si è svolto a Milano presso lo Star Tourist Hotel, v.le F. Testi 300, il Convegno: Obesità e DCA, Prevenzione e Cura, Pubblico e Privato. L'argomento della manifestazione è stato volutamente ampio, in quanto i nostri scopi erano molteplici:

- 1) passare in rassegna i più consolidati trattamenti dei DCA e dell'obesità non sottovalutandone l'impatto economico (sia in termini di tempo che di risorse finanziarie);
- 2) puntualizzare lo stato della ricerca e della applicazione dei programmi di Prevenzione dei DCA;
- 3) presentare un primo progetto di educazione alimentare e di stile di vita che tenesse presente la fascia d'età in cui questi interventi vengono effettuati (a rischio di sviluppo per DCA) e che non spingesse troppo verso la magrezza;
- 4) discutere con gli operatori del SSN (ospedalieri e dei distretti), del Privato Convenzionato, dell'ASL e con chi opera esclusivamente nel settore privato la distribuzione e il coordinamento degli interventi. Ovviamente uno scopo tanto ambizioso non poteva essere, non dico esaurito, ma nemmeno sufficientemente sviluppato in un Convegno tanto breve che è comunque servito per porre all'attenzione e alla discussione una serie di problemi e possibilità. È evidente che la ristrettezza di risorse del SSN non permette la distribuzione non ponderata di interventi costosi su tutti i pazienti. La terapia CBT dell'obesità in regime ambulatoriale comporta 20 sedute di 55' in 40 settimane; l'autoaiuto guidato si effettua in 9 incontri di 20' ciascuno.

Una prima domanda potrebbe essere: può essere utile effettuare un primo intervento di autoaiuto guidato e passare alla CBT solo in caso di fallimento? Oppure è possibile pensare di selezionare a priori i pazienti in cui è indicato passare direttamente alla CBT? Altri spunti di riflessione: quando e quante volte il ricovero? Secondo quali criteri? Quali risultati daranno i recenti programmi di ricovero in DH per l'obesità? (sicuramente vantaggiosi in termini costi).

Altro punto è la diffusione degli interventi di Prevenzione sia per i DCA sia per l'obesità nelle scuole: questo compito è deputato alla ASL a cui si raccomanda di utilizzare sempre interventi validati. Molto utili si sono dimostrati gli interventi di psicoeducazione rivolti alla popolazione.

Uno strumento su cui è utile discutere dopo la presentazione dell'esperienza Treviso sono i gruppi di autoaiuto gestiti dagli stessi pazienti con la supervisione di un conduttore addestrato dal direttore del programma.

Le caratteristiche principali del programma sono:

- 1) enfasi sul mantenimento del peso perso e sulla modificazione permanente "lifelong" dello stile di vita;
- 2) combinazione del self-help e del continuous care; 3) supporto del gruppo per tutta la vita a nessuno o a minimo costo, cosa che lo rende particolarmente interessante per i progetti di salute pubblica.

Noi abbiamo recentemente iniziato un'esperienza di gruppi di autoaiuto guidato autogestiti dai pazienti e guidati da un conduttore addestrato con la supervisione di un terapeuta AIDAP, basato sull'utilizzo del manuale "Perdere peso senza perdere la testa".

Con questi spunti di riflessione e una proposta di flow chart su cui discutere al prossimo incontro, arrivederci a presto.

Proposta di un modello "stepped care" per la cura dell'obesità

