

LA CURA DEL DISTURBO ALIMENTARE

L'approccio ai Dca deve tenere presente i due versanti coinvolti: quello fisico e quello psicologico. Per questo motivo è previsto l'intervento di specialisti di formazione diversa. La terapia ambulatoriale è il trattamento di scelta

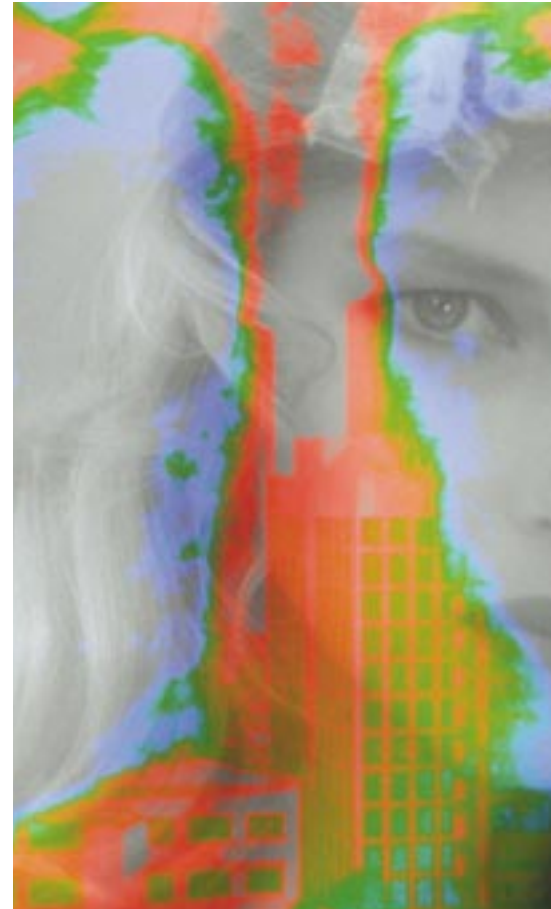
L'approccio terapeutico ai Dca è complesso e articolato e ha subito negli anni notevoli evoluzioni e modificazioni. L'*American psychiatric association* ha di recente pubblicato le linee guida per la terapia dei Dca, le *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*, e in Italia la Commissione ministeriale di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da anoressia e bulimia nervosa nel 1998 ha elaborato un progetto obiettivo. Ciò nonostante, imperversa ancora molto pressappochismo ed è difficile districarsi, nella migliore delle ipotesi, tra le diverse opzioni terapeutiche a disposizione, o, nella peggiore, in una carenza completa di referenti competenti e adeguati. Il progetto obiettivo della Commissione ministeriale è stato com-

pletamente disatteso, e i centri specializzati nella terapia dei Dca sono pochi e oberati da liste d'attesa di mesi.

Considerazioni generali

L'approccio ai Dca deve tenere presente i due versanti coinvolti: quello fisico e quello psicologico. Per questo motivo i trattamenti prevedono che specialisti di formazione diversa (internista, psichiatra, psicologo, dietista) collaborino all'interno di programmi complessi e articolati nella gestione dei Dca. L'intervento di un solo specialista è spesso insufficiente e può contribuire alla cronicizzazione del quadro clinico.

Nei Dca i livelli di terapia utili, secondo la gravità, sono tre: ambulatoriale, in ricovero diurno (Day hospital) e in ricove-



ro globale. La scelta del tipo di intervento dipende dalle condizioni cliniche del paziente:

1. gravità delle condizioni fisiche, tra cui basso peso corporeo ($Bmi < 15 \text{ kg/m}^2$) e rapidità della perdita di peso ($> 1 \text{ kg}$ la settimana);
2. presenza o assenza di gravi complicanze internistiche (per esempio, ipopotassiemia) o psicologiche (per esempio, depressione grave, idee suicide, autolesionismo) o di comorbilità psichiatrica (abuso di sostanze, multi-impulsività);
3. ambiente familiare (ostile o collaborante);
4. durata della malattia ed esito di eventuali trattamenti intrapresi (per esempio, fallimento di programmi ambulatoriali).

La terapia ambulatoriale dovrebbe essere il trattamento di scelta nei Dca e nella maggior parte dei casi può essere efficacemente svolta da team multidisciplinari oppure da un unico terapeuta che applichi un tipo di programma che si è dimostrato clinicamente o, ancor meglio, statisticamente efficace.

Il trattamento ospedaliero residenziale dell'anoressia nervosa (An) e della bulimia nervosa (Bn) sembra efficace a breve termine, mentre la sua efficacia a lungo termine è ancora in discussione. I pro-

di **Patrizia Todisco**

Specialista in Medicina interna e psicoterapeuta, Centro pilota regionale per i Disturbi del comportamento alimentare, Azienda ospedaliera "Spedali Civili", Brescia



Anoressia, bulimia e Binge eating disorder sono 10 volte più frequenti nel sesso femminile

grammi di ospedalizzazione intensiva sono da riservarsi a circa il 10 per cento della popolazione clinica in cui il fallimento di precedenti tentativi terapeutici ambulatoriali, la precarietà delle condizioni cliniche, la gravità e la rapidità della perdita di peso, l'ambiente familiare non collaborante, la presenza di idee suicide o di comorbidità psichiatrica fanno porre indicazione al ricovero. In questi casi può essere necessario ricorrere a un ricovero d'urgenza per trattare le complicanze acute internistiche, come squilibri elettrolitici importanti o aritmie cardiache, oppure quelle psichiatriche, come tentativi di suicidio o autolesionismo. Si tratta però di ricoveri salvavita che non modificano la patologia alimentare. Si è dimostrato più utile il ricovero presso un reparto dove esista un programma riabilitativo multidisciplinare in cui, all'attenzione alle condizioni cliniche, si associ un lavoro psicoterapeutico per comprendere e affrontare i fattori di mantenimento del Dca.

Il ricorso all'ospedale

Il ricovero totale in ambiente specializzato può essere necessario per molte pazienti affette da An, mentre necessita

dell'ospedalizzazione solo il 5-10 per cento dei casi di Bn, ovvero quelli che presentino: depressione severa o comportamenti autolesionistici, sintomatologia medica importante (ipopotassiemia, diabete mellito scompensato), comorbidità psichiatrica grave (idee suicide, abuso di sostanze, multi-impulsività), impossibilità a interrompere il circolo vizioso abbuffate-vomito; fallimento dei trattamenti ambulatoriali; situazioni ambientali ostili, gravidanza (soprattutto nei primi cinque mesi di gestazione). I ricoveri riabilitativi dovrebbero prevedere un insieme di elementi su cui esiste un notevole consenso clinico: riabilitazione nutrizionale, riabilitazione medica, psicoterapia, psicoeducazione, terapia familiare, riabilitazione psicosociale.

A seconda dell'età e delle caratteristiche del singolo paziente le diverse componenti del programma avranno una maggiore o minore importanza. La riabilitazione nutrizionale prevede, nei soggetti che lo necessitano, l'aumento di peso fino al valore desiderabile o naturale, stabilito in base alla storia di peso della paziente, superiore a un Bmi di 19, compreso nel range di Bmi normale, e lo sviluppo di comportamenti alimentari sani. Sono stati proposti diversi modelli riabilitativi che associano, a un programma di rialimentazione graduale e progressivo, interventi psicoterapeutici che mirano a facilitare l'assunzione di cibo da parte del paziente aiutandolo a superare i blocchi cognitivo-comportamentali che glielo impediscono.

In casi particolarmente refrattari all'intervento nutrizionale, in cui ci sia un effettivo e immediato pericolo di vita, può essere necessario utilizzare tecniche più invasive e coercitive, potenzialmente pericolose, quali la terapia enterale con sondino naso-gastrico o attraverso una gastrostomia endoscopica percutanea (Peg) e la nutrizione parenterale parziale o totale (Tpn).

La psicoterapia durante l'ospedalizzazione è svolta nei soggetti individualmente e/o in gruppo, con attenzione alle problematiche di ciascun soggetto. In coloro che hanno superato la fase di estrema denutrizione, l'intervento psicoterapico si concentra sui meccanismi cognitivi tipici dei Dca e sulle tema-

tiche relative all'immagine corporea. La terapia familiare acquisisce valore e modalità diverse secondo l'età del paziente e le sue caratteristiche: a qualunque età è comunque utile coinvolgere la famiglia in modo tale da farla divenire uno dei fattori favorevoli la guarigione piuttosto che uno dei fattori di mantenimento della patologia.

L'intervento psicoeducativo ha lo scopo di fornire informazioni corrette sui Dca, i loro fattori di sviluppo e mantenimento, i meccanismi che determinano il peso corporeo, in modo da favorire il cambiamento attraverso l'eradicazione di false convinzioni.

La riabilitazione psicosociale è svolta in modo diverso nei diversi programmi di ricovero esistenti e prevede l'acquisizione di abilità sociali specifiche.

Nei casi in cui esista un serio pericolo di vita non valutato dal paziente può essere necessario ricorrere a un ricovero ospedaliero contro la volontà del soggetto, quale il trattamento sanitario obbligatorio (Tso). Purtroppo in Italia è possibile effettuare solo Tso di tipo psichiatrico.

Ospedalizzazione parziale e intensiva

Circa il 20 per cento della popolazione clinica, non gestibile con una terapia ambulatoriale, può giovare di un programma intensivo con caratteristiche diverse dall'ospedalizzazione totale: l'ospedalizzazione parziale intensiva (Dh) che cerca di massimizzare i vantaggi e minimizzare gli svantaggi del ricovero globale. Il ricovero in Dh trova indicazione nei casi in cui un programma articolato e intensivo di riabilitazione psico-nutrizionale s'impone come terapia di scelta, ma i pazienti sono in condizioni psico-fisiche tali da consentire gli spostamenti, da non richiedere sorveglianza o assistenza continue o l'allontanamento dal proprio ambiente e vivono a una distanza non eccessiva dalla sede del Dh. I potenziali vantaggi del Dh rispetto al ricovero totale sono molteplici, sia dal punto di vista economico-organizzativo sia da quello clinico; in particolare esso:

- limita la regressione e la dipendenza della paziente;
- fornisce l'opportunità di fare immediata pratica con strategie atte ad affrontare situazioni difficili ri-

ducendo il rischio di ricaduta alla fine del programma;

- consente di confrontarsi anche con problematiche non specifiche dei Dca (per esempio impulsività e gestione delle relazioni interpersonali) e allo stesso tempo di affrontare i sintomi specifici;
- riduce l'oppositività delle pazienti e favorisce il fatto che la cura sia percepita come empatica, dal momento che non vivono un rigido controllo esterno;
- evita spaccature psicosociali permettendo il mantenimento dei contatti esterni.

Il Dh è stato proposto anche come fase successiva al ricovero totale, prima del ritorno a casa, per favorire un allontanamento graduale e progressivo dall'ambiente protettivo della cura ed evitare le ricadute. I trattamenti in Dh esistenti prevedono 4, 5 o 7 giorni di assistenza la settimana e il loro programma settimanale comprende la supervisione dei pasti, una notevole varietà di gruppi terapeutici e, in alcuni casi, anche psicoterapia individuale. Inoltre la terapia familiare, quella farmacologica e quella medica possono essere utilizzate se necessarie. Si ritiene che il Dh sia un programma efficace per pazienti con Dca di gravità da moderata a severa e che i soggetti bulimici che hanno una rapida risposta al trattamento, entro le prime quattro settimane, hanno una risposta più duratura alla terapia e un minor tasso di ricaduta a distanza di due anni.

L'anoressia nervosa

L'An è una patologia che tende alla cronicizzazione e ha un rischio di morte circa 12 volte superiore a quella di soggetti di pari età della popolazione generale, ma ha un alto tasso di miglioramento quando vengano instaurati precocemente adeguati approcci terapeutici.

La riabilitazione nutrizionale è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici in caso di anoressia nervosa. I trattamenti psicologici hanno il ruolo di aiutare le pazienti a collaborare con il programma di riabilitazione fisica e nutrizionale, a individuare e cambiare i comportamenti disfunzionali relativi al disordine alimentare, ad aumentare le abilità interpersonali e il funzionamento sociale. La psicoterapia si occupa inoltre della comorbilità psichia-

trica e dei conflitti psicologici che rinforzano e mantengono il disturbo. Nella fase acuta del trattamento nutrizionale, dati i deficit cognitivi legati alla denutrizione, molti suggeriscono una relazione terapeutica che si concentri sul processo motivazionale e solo successivamente, con il miglioramento delle condizioni di malnutrizione, diventi psicoterapia.

La terapia dovrebbe essere svolta in regime ambulatoriale anche se non sempre è possibile per le critiche condizioni fisico-psichiche della paziente o perché un periodo di terapia ambulatoriale, almeno 12-16 settimane, non ha portato a sufficienti cambiamenti sintomatologici.

Per quanto attiene al tipo di psicoterapia, esistono pochissimi trial randomizzati nell'An e la maggior parte di essi si è focalizzata sugli adolescenti arrivando alla conclusione che per i soggetti con un'insorgenza precoce (prima dei 19 anni) e una breve durata della patologia (meno di tre anni) il trattamento con un migliore *outcome* a breve e lungo termine (5 anni di *follow-up*) è rappresentato dalla terapia familiare. Per i soggetti di età maggiore e con una più lunga storia di malattia la terapia familiare non sembra avere indicazioni specifiche anche se è importante coinvolgere la famiglia in caso di intervento psicoeducazionale o cognitivo-comportamentale (Cbt) di gruppo che aiuti soprattutto i genitori a comprendere gli scopi funzionali del Dca, a gestire il loro senso di colpa e di impotenza e a divenire elemento favorente la guarigione.

Nell'An dei soggetti adulti, una serie di dati clinici e alcuni studi preliminari sostengono l'utilità della Cbt. Essa si focalizza sui fattori che iniziano e mantengo-

no la sintomatologia anoressica piuttosto che sui fattori eziologici, ovvero su:

- la natura ego-sintonica del sintomo;
- l'interazione tra aspetti fisici e psicologici;
- le specifiche "credenze" su cibo e peso;
- il deficit pervasivo del concetto di sé.

Nella Cbt, particolare attenzione è rivolta all'aumentare la motivazione del paziente alla terapia, agli aspetti psicoeducativi, alla gestione dell'alimentazione e del peso, al coinvolgimento dei familiari. Questa terapia viene di solito svolta individualmente e ha una durata di 1-2 anni in regime ambulatoriale, ma può far parte di un programma riabilitativo in regime di ricovero totale o parziale. Mancano studi sull'applicazione della terapia interpersonale (Ipt) nell'An ma si presume possa essere utile dal momento che spesso problematiche interpersonali sono alla base dell'insorgenza e del mantenimento di questa patologia. Non vi sono poi prove sperimentali sull'efficacia né delle psicoterapie psicoanalitiche, sebbene molto diffuse, né di quelle psicodinamiche.

Negli anni sono stati sperimentati vari tipi di psicofarmaci (dagli antipsicotici agli antidepressivi, dagli stabilizzatori dell'umore agli ansiolitici) nell'An, ma nessuno si è dimostrato di provata efficacia. Pertanto, l'uso di farmaci nell'An non è specifico né necessario, e sembra piuttosto da riservare alla prevenzione delle ricadute o alla gestione della sintomatologia depressiva dopo il recupero di peso (in tal caso sono da preferire gli Ssri). Si sta studiando l'utilizzo dei nuovi antipsicotici atipici, quali l'olanzapina, nel trattamento dei casi di An difficili e refrattari.

OBIETTIVI NELLA CORREZIONE DELL'ANORESSIA NERVOSA

L'*American psychiatric association* individua come scopi dell'intervento nell'anoressia nervosa:

- restituire alla paziente un peso normale;
- trattare le complicanze fisiche;
- motivare la paziente a cooperare per restaurare dei comportamenti alimentari corretti e per partecipare al trattamento;
- educare ai principi di un'alimentazione normale;
- correggere i pensieri disfunzionali, le convinzioni e gli atteggiamenti relativi al disturbo alimentare;
- trattare le patologie psichiatriche associate, il deficit di autostima, i disturbi dell'umore e del comportamento;
- intervenire con una terapia della famiglia dove necessario;
- prevenire le ricadute.

La bulimia nervosa

Per la bulimia nervosa le linee guida dell'Apa prevedono la riabilitazione nutrizionale, i trattamenti psicologici e la terapia farmacologica. La riabilitazione nutrizionale ha lo scopo di attaccare il circolo vizioso (eccessiva preoccupazione per l'aspetto fisico e il peso corporeo/dieta rigida/perdita di controllo sull'alimentazione/metodi di compenso/aumento della preoccupazione per peso e aspetto/dieta rigida) alla base della malattia. Dal punto di vista psicologico, la terapia si prefigge di trattare la comorbilità psichiatrica e di affrontare temi che potrebbero essere alla base dei comportamenti alimentari patologici, come l'identità personale e l'autostima in aree diverse da quella del peso e del corpo.

Per la Bn, i trattamenti che finora hanno ottenuto risultati statisticamente significativi in studi di follow-up eseguiti in tutto il mondo sono la Cbt e l'Ipt. Entrambe le terapie hanno l'obiettivo di migliorare il comportamento alimentare, la prima (Cbt) agendo in modo diretto su di esso ottiene un miglioramento a livello interpersonale, la seconda agisce in modo opposto focalizzandosi sulle problematiche interpersonali con effetto positivo sul comportamento alimentare.

Perché iniziare una psicoterapia

Sebbene l'Ipt nella terapia della Bn sia dimostrata a lungo termine altrettanto efficace della Cbt, si consiglia di iniziare con quest'ultima per la maggior rapidità con cui ottiene il controllo sintomatologico.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica della Bn esistono dati in favore dell'utilizzo degli antidepressivi, in particolar modo degli Ssri per i minori effetti collaterali, anche se la loro efficacia non sembra essere dovuta all'effetto antidepressivo. In pazienti bulimici che non siano mai stati trattati in precedenza si consiglia di iniziare con una psicoterapia per i seguenti motivi:

- alta efficacia degli interventi psicologici;
- solo una minoranza di pazienti ottiene la remissione dalle abbuffate e dai comportamenti di compenso con l'utilizzo dei farmaci;
- l'effetto ottenuto con i farmaci viene mantenuto solo a breve termine

AZIONE DIRETTA SUL COMPORTAMENTO PER LA BULIMIA

La terapia comportamentale (Cbt) per la Bn è finalizzata ad affrontare i principali fattori comportamentali e cognitivi di mantenimento del disturbo e consta di 15-20 sedute individuali svolte nell'arco di cinque mesi con una suddivisione in tre fasi con i seguenti scopi:

o Fase I

- agganciare il paziente alla terapia spiegandone il razionale e in particolare la necessità di affrontare non solo le abbuffate, ma anche la restrizione alimentare e l'ipervalutazione di alimentazione, peso, aspetto;
- educare il paziente sul suo disturbo e su ogni falsa credenza riguardante la restrizione alimentare e il peso;
- aiutare il paziente a recuperare il controllo sulla sua alimentazione attraverso uno schema di alimentazione regolare.

o Fase II

continuare l'attenzione nei confronti di un'alimentazione regolare e affrontare ogni tipo di restrizione alimentare come pure l'ipervalutazione di peso e aspetto e ogni loro espressione comportamentale.

o Fase III

assicurare che i risultati ottenuti vengano mantenuti in futuro aiutando i pazienti ad avere aspettative realistiche e a programmare un efficace piano per gestire le eventuali ricadute.

- e ci sono alte percentuali di ricaduta alla loro sospensione;
- ci sono elevati tassi di *drop-out* ed effetti collaterali con la somministrazione di psicofarmaci. Si dovrebbe considerare, pertanto, l'uso di antidepressivi solo nei soggetti che non riescano a ottenere risultati soddisfacenti con la psicoterapia o presentino una sintomatologia depressiva che richieda di per sé una terapia farmacologica.

Nei casi di Bn non gravi sembra che un approccio psicoeducativo, strutturato in un vero e proprio programma (numero fisso di "lezioni" con distribuzione di materiale informativo sui Dca e sulle modalità per combatterli, invito ai partecipanti a cambiare in base alle informazioni ricevute) o l'utilizzo di manuali di auto-

aiuto (che il paziente utilizza da solo o con il supporto di un terapeuta non necessariamente specializzato nella terapia dei Dca, per esempio il medico di famiglia) siano sufficienti a indurre un cambiamento comportamentale e cognitivo.

Il disturbo da alimentazione incontrollata

I soggetti affetti da questa patologia si presentano con un disturbo somatico del peso, cioè sovrappeso od obesità, un disturbo comportamentale dell'alimentazione, vale a dire abbuffate o Bed e spesso con un disturbo psicologico connesso all'estrema preoccupazione nei confronti dell'alimentazione, del peso e dell'aspetto e talvolta con caratteristiche depressive. Nella valutazione dei trattamenti per questa patologia bisogna te-

SOTTO ANALISI I RAPPORTI INTERPERSONALI

La Terapia interpersonale (Ipt) è una psicoterapia che si focalizza sui problemi interpersonali attuali e fu inizialmente sviluppata per il trattamento ambulatoriale della depressione. La sua applicazione alla Bn prevede 12-20 sessioni individuali settimanali nell'arco di 3-5 mesi suddivise in tre fasi: la prima riguarda l'identificazione delle aree problematiche interpersonali che possono aver portato allo sviluppo e al mantenimento del Dca; la seconda prevede che il paziente, incoraggiato e supportato dal terapeuta che non è mai direttivo, trovi le possibili soluzioni per i problemi interpersonali che ha deciso di affrontare e le applichi; nella fase finale vengono valutati e sottolineati i progressi ottenuti, individuate le difficoltà ancora presenti e quelle future per evitare il rischio di ricaduta e si prepara la conclusione della terapia.

nere presente l'impatto della terapia su tutti questi aspetti sia nel breve sia nel lungo termine. Al momento non possiamo affermare nulla di definitivo, poiché a breve termine il Bed sembra rispondere a molti tipi di intervento sia specialistico sia non specialistico (la Cbt e l'Ipt, come pure l'auto-aiuto guidato), sia psicoterapico sia non (appunto la Cbt e la Ipt, ma anche i trattamenti comportamentali di perdita di peso). Nel Bed, essendo la sola terapia con psicofarmaci non efficace a lungo termine, è utile iniziare il trattamento con una terapia comportamentale di perdita di peso o la Cbt o la Ipt e riservarsi di aggiungere psicofarmaci nel caso in cui il paziente non riesca a ottenere rapidamente una riduzione delle abbuffate o ricada alla fine della terapia o manifesti una sintomatologia depressiva tale da richiedere di per sé un trattamento farmacologico.

Conclusioni

In un articolo recentemente apparso su *Lancet* è stata ancora una volta messa in

discussione l'efficacia dei trattamenti esistenti per la terapia dei Dca e sottolineata la necessità di nuovi sviluppi in quest'area.

La scelta fra le diverse opzioni terapeutiche dovrebbe, comunque, essere fatta in favore dei trattamenti che abbiano ricevuto una qualche evidenza sperimentale o clinica.

BIBLIOGRAFIA

- American psychiatric association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fourth edition text revised (Dsm-IV-Tr)* Apa, Washington Dc.
- American psychiatric association (2000) *Practice guideline for the treatment of Patients with eating disorders (revision)* Apa, Washington Dc.
- *Annali della sanità pubblica*, vol. III, fasc. 1, 2, 3 ministero della Sanità, Roma, 1998
- Ben-Tovim DI, Walker K, Gilchrist P, Freeman R, Kalucy R, Esterman A. Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *Lancet*, Apr 21; 357 (9264): 1254-7, 2001.
- Dalle Grave R & Garner DM (2000)

Come scegliere un programma terapeutico specialistico. In Piccini F. (Ed): *Anoressia, bulimia, binge eating disorder*, pp 185-214. Torino, Centro scientifico editore.

- Garner DM, Dalle Grave R (1999) *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona, Positive Press.
- Autori vari (2002) Treatment and prevention of eating disorders. In Fairburn CG & Brownell KD (Eds) *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. 2nd Edition, pp 291-371. New York: The Guilford press.
- Gowers SG, Weetman J, Shore A, Hossain F. and Elvins R. (2000) Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 174, 138-141.
- Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J and Dodge L (2001) Psychological therapies for adult with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 178, 214-221.
- Zipfel S, Reas DL, Thornton C, Olmsted MP et al. (2002) Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*, 31, 105-117. ■