

Il modello di malattia e il modello psicologico nella concettualizzazione dei disturbi dell'alimentazione: implicazioni per il trattamento

Riccardo Dalle Grave (Unità di Riabilitazione Nutrizionale Casa di Cura Villa Garda)

La pandemia del COVID-19 e le misure di distanziamento sociale e fisico introdotte dai governi per contrastarne la diffusione sono state associate a un drammatico aumento dell'incidenza di disturbi dell'alimentazione, in particolare nell'adolescenza (Taquet *et al.*, 2021). In questo scenario, l'invito alla discussione di Donatella Cavanna e Renata Nacinovich sui «Nodi clinici per l'identificazione e il trattamento dei disturbi alimentari in età evolutiva. Un invito alla discussione» è di grande attualità.

Tra i temi proposti delle autrici ho deciso di focalizzare la mia discussione sul trattamento dei disturbi dell'alimentazione e, in particolare, sulle differenze concettuali e le conseguenti implicazioni cliniche dei due principali modelli teorici che hanno cercato di spiegare lo sviluppo e il mantenimento della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione e, soprattutto, la natura egosintonica di alcune sue espressioni (Dalle Grave, 2023): il modello di «malattia» (chiamato anche modello medico) e il modello psicologico.

1. Il modello di malattia. Il modello di malattia postula che le caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione sono i sintomi di un disturbo specifico (es. anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating). Il modello affonda le sue radici nel modello medico dei disturbi mentali e considera i disturbi

dell'alimentazione più o meno allo stesso modo delle malattie somatiche.

Il modello di malattia ha importanti implicazioni per il trattamento. Se il disturbo dell'alimentazione è una malattia, spetta ai clinici sconfiggerlo adottando un approccio attivo e prescrittivo. I pazienti, d'altro canto, non sono considerati in grado di controllare il proprio comportamento perché è il disturbo che li controlla. Ai pazienti è spesso chiesto di non fidarsi dei propri pensieri sul peso, sulla forma del corpo e sull'alimentazione, perché sono sintomi della loro malattia generata dalla parte «malata» del loro cervello (esternalizzazione), mentre i genitori sono spesso coinvolti come «controllori» del comportamento dell'adolescente.

Il modello di malattia presenta due vantaggi principali: (1) non incolpa il paziente o i genitori per lo sviluppo del disturbo dell'alimentazione; (2) favorisce l'allocazione di risorse economiche alla ricerca e al trattamento, come avviene in altre malattie somatiche.

Tuttavia, il modello presenta importanti limitazioni: (1) non sono stati identificati dei biomarcatori specifici dei disturbi dell'alimentazione e delle specifiche diagnosi DSM-5 dei disturbi dell'alimentazione; (2) i trattamenti biologici e farmacologici per i disturbi dell'alimentazione sono fino ad ora risultati inefficaci, (3) concettualizzare il disturbo come una malattia priva chi ne soffre dell'opportunità di com-

Contributi alla discussione

prendere significati psicologici percepiti associati con il controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione.

2. Il modello psicologico. Il modello psicologico si basa su costrutti ipotetici (American Psychological Association, 2015) e postula che il disturbo dell'alimentazione è il risultato del modo in cui la persona percepisce, elabora o da un senso a diverse esperienze di vita, che possono dipendere da un'ampia gamma di fattori, tra cui, tra gli altri, l'apprendimento, la personalità, lo stress, le credenze, l'autoefficacia e le esperienze dei primi anni di vita.

Tra le diverse teorie psicologiche proposte per spiegare la natura egosintonica e la persistenza dei disturbi dell'alimentazione, qui mi concentro sul modello teorico alla base della terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E), perché è quello che conosco meglio e ha avuto un'influenza importante sul trattamento basato sull'evidenza dei disturbi dell'alimentazione (Linardon *et al.*, 2017). Ciò premesso, alcune delle considerazioni esposte nei paragrafi successivi possono essere applicate anche ad altri trattamenti basati sul modello psicologico.

La CBT-E, a differenza del modello della malattia, non separa la malattia dal paziente. Il trattamento affronta la psicopatologia individuale dei pazienti, non la diagnosi del DSM-5 (Dalle Grave & Calugi, 2020). Non utilizza mai procedure «prescrittive» e non chiede mai al paziente di fare qualcosa che non vede come un problema. Gli obiettivi della prima fase del trattamento non prevedono il recupero del peso, ma mirano ad aiutare la persona a comprendere in modo personalizzato la natura e i meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione. Al termine di questa fase, alla persona viene chiesto di prendere la decisione di cambiare. Se non accetta di affrontare il cambiamento, il trattamento non può essere continuato, ma questo non accade frequentemente. Nella seconda fase «attiva» del trattamento, il paziente è aiutato ad affrontare la psicopatologia individuale del disturbo dell'alimentazione e ad affrontare l'aumento di peso (se indicato), attraverso un insieme flessibile e personaliz-

zato di strategie cognitive e comportamentali sequenziali progressive. I pazienti sono partecipanti attivi nel proprio percorso di cura, mentre i genitori e le altre persone significative sono coinvolti come «aiutanti» piuttosto che come «controllori» (Dalle Grave & el Khazen, 2022).

Il principale vantaggio del modello psicologico, come quello adottato dalla CBT-E, è di aiutare i pazienti a comprendere che un sistema di autovalutazione basato prevalentemente sul peso e sulla forma del corpo, sebbene sia percepito positivamente, è disfunzionale a lungo termine e che è possibile trovare delle soluzioni più funzionali e meno dannose. Questa esplorazione aumenta la comprensione dei pazienti e facilita il loro empowerment e lo sviluppo o di una relazione terapeutica collaborativa tra paziente e terapeuta. Inoltre, l'analisi storica degli eventi della vita effettuata nelle fasi finali della CBT-E, quando i pazienti hanno sviluppato uno schema di autovalutazione più funzionale, può aiutarli a normalizzare la loro esperienza e a decentrarsi dal mindset del disturbo dell'alimentazione. Tuttavia, è noto che un trattamento basato sul modello psicologico non è adatto a tutti i pazienti. Dipende dall'ingaggio attivo dei pazienti, cosa che non è sempre possibile ottenere.

3. Considerazioni cliniche finali. Il modello di malattia e il modello psicologico presentano differenze marcate, inclusa la concettualizzazione del disturbo dell'alimentazione, il ruolo dei terapeuti, dei pazienti e il coinvolgimento di altre persone significative (Dalle Grave, 2023).

Molti clinici che aderiscono al modello della malattia utilizzano una concettualizzazione biopsicosociale, piuttosto che puramente biologica delle cause sottostanti e dei fattori di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Tuttavia, questo approccio piuttosto nebuloso incoraggia l'eclettismo indisciplinato e la deriva terapeutica, soprattutto nei servizi clinici multidisciplinari. Questi spesso usano un miscuglio di procedure mediche, psicologiche e sociali derivanti da teorie diverse e contrastanti. In tali scenari, i pazienti ricevono inevitabilmente informazioni contrastanti su come dovrebbero

vivere e affrontare i loro disturbi alimentari, causando confusione e senso di impotenza in persone già instabili. Dal punto di vista della ricerca, senza una teoria unificante, è anche quasi impossibile capire quali parti del trattamento funzionano e quali non funzionano, e in chi, creando una barriera insormontabile a qualsiasi evoluzione migliorativa dell'intervento terapeutico.

Considerato quanto sopra e l'attuale mancanza di efficacia dei trattamenti farmacologici, è auspicabile che i servizi clinici dei disturbi dell'alimentazione progettino i loro percorsi di cura attorno a un modello teorico unificato coerente con gli interventi psicologici basati sull'evidenza disponibili ad oggi. Anche quando vi è la necessità clinica di attuare specifici interventi medici in associazione al trattamento psicologico, è opportuno mantenere un linguaggio e un approccio multidisciplinare condiviso e basato sulla teoria e sul trattamento psicologico con cui viene trattato il paziente. Ciò può aiutare a prevenire la confusione e la discontinuità delle cure tra i pazienti, consentendo loro di assumere il controllo dei propri pensieri e comportamenti e quindi guidare il proprio percorso di guarigione.

Riferimenti bibliografici

- American Psychological Association (2015). *APA Dictionary of Psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cavanna, D., Nacinovich, R. (2024). Nodi clinici per l'identificazione e il trattamento dei disturbi alimentari in età evolutiva. *Psicologia clinica dello sviluppo*, vol. XXVIII, n. 1, pp. 111-126.
- Dalle Grave, R. (2023). The implications of the disease model and psychological model on eating disorder treatment. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(1), 7. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01527-6>.
- Dalle Grave, R., Calugi, S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy for adolescents with Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Dalle Grave, R., el Khazen, C. (2022). *Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders in Young People: A Parents' Guide*. London: Routledge.
- Linardon, J., Wade, T.D., de la Piedad Garcia, X., Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080-1094. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>.
- Taquet, M., Geddes, J.R., Luciano, S., Harrison, P.J. (2021). Incidence and outcomes of eating disorders during the Covid-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 1-3. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.105>.

The disease model and the psychological model in the conceptualization of eating disorders: Implications for treatment

Two primary theoretical models have been proposed to explain the development and persistence of the eating disorders and of egosyntonic of some of their expression, namely (1) the disease model, and (2) the psychological model. This discussion focuses on examining the clinical implications inherent in these two models. The different conceptualizations of eating disorder psychopathology, the nature of the involvement of patients, significant others, and clinicians, the general treatment strategies, and the strengths and weaknesses of the two models are discussed. Finally, based on the above, several clinical considerations are formulated.

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, treatment, cognitive behavior therapy, psychological treatment, medical treatment.

Per corrispondenza: Riccardo Dalle Grave, Unità di Riabilitazione Nutrizionale Casa di Cura Villa Garda, Via Montebaldo 89, 37016 Garda (VR), Italy. E-mail: r.dallegrave@villagarda.it, <http://www.dallegrave.it>

