

IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA BINGE-EATING ASSOCIATO ALL'OBESITÀ PROPOSTO DAL CENTRO ADA

Informazioni per i pazienti



Alimentazione
flessibile e
moderatamente
ipocalorica



Stile di vita
attivo



Terapia cognitivo
comportamentale

**IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO
DA BINGE-EATING
ASSOCIATO ALL'OBESITÀ**

PROPOSTO DAL CENTRO ADA

Informazioni per i pazienti



Associazione Disturbi Alimentari



Associazione Disturbi Alimentari
Via Sansovino 16 - 37138 Verona (VR)
Tel. 045/8103915 - Fax 045/8102884
E-mail: segreteria@adacentroobesitaanoressia.it
Sito web: www.adacentroobesitaanoressia.it

Questo manuale è protetto da copyright
© 2019 ADA Associazione Disturbi Alimentari

Nessuna parte del libretto può essere riprodotta senza il permesso scritto dell'editore.
I pazienti possono fotocopiarne parti a scopo terapeutico.

Illustrazioni www.flaticon.com

COSA SAPERE PRIMA DI INIZIARE



Il disturbo da binge-eating (BED) è stato descritto per la prima volta nel 1959 dal medico americano Albert Stunkard per illustrare le caratteristiche di un sottogruppo di pazienti con obesità ed episodi ricorrenti di alimentazione eccessiva e incontrollata. La sua esistenza come disturbo dell'alimentazione distinto è stata però ignorata fino alla seconda metà degli anni ottanta, quando alcuni studi sulla prevalenza della bulimia nervosa nella popolazione evidenziarono un ampio sottogruppo di individui che non usava comportamenti di compenso dopo gli episodi di abbuffata. Nello stesso periodo si osservò che circa un quarto degli individui che richiedeva un trattamento per l'obesità riportava episodi di abbuffata ricorrenti, ma non soffriva di bulimia nervosa. Studi successivi hanno confermato che il BED presenta caratteristiche distintive rispetto alla bulimia nervosa e all'obesità, ma solo nel 2013 il disturbo è stato riconosciuto come categoria diagnostica distinta dalla classe medica.

Negli ultimi 15 anni sono stati pubblicati più di 2000 articoli sul BED in riviste scientifiche internazionali e oggi abbiamo un'ampia conoscenza delle sue principali caratteristiche cliniche. Gli studi effettuati hanno anche fatto emergere due problemi che complicano il trattamento:

- 01** I meccanismi che mantengono gli episodi di abbuffata sono eterogenei e diversi da individuo a individuo
- 02** L'effetto limitato dei trattamenti disponibili sulla perdita di peso, quando il BED è associato all'obesità

Per affrontare questi due problemi il Centro ADA ha sviluppato un innovativo trattamento integrato del BED associato all'obesità che ha l'obiettivo di aiutare il paziente ad interrompere gli episodi di abbuffata e raggiungere un peso salutare. Questi due obiettivi sono perseguiti affrontando in modo individualizzato i fattori che mantengono gli episodi di abbuffata e l'obesità.

Prima di accettare il trattamento leggete con attenzione ogni punto dell'opuscolo e sottolineate le parti che non vi sono chiare o che desiderate discutere con il vostro terapeuta. Conoscere in dettaglio l'organizzazione generale del programma, le strategie e le procedure applicate è un passo essenziale da compiere prima di decidere se iniziare il trattamento.

Buona lettura!

Dott. Riccardo Dalle Grave
*Direttore sanitario e responsabile
scientifico del centro ADA*

INFORMAZIONI GENERALI SUL DISTURBO DA BINGE-EATING (BED)



Il **Disturbi da Binge-Eating (BED)** è un problema diffuso nel nostro Paese, ma la sua conoscenza è ancora limitata sia tra gli individui che ne sono colpiti sia tra i medici e il personale sanitario. La scarsa conoscenza può portare gli individui che soffrono di questo disturbo ad attribuire le cause del loro mangiare eccessivo e incontrollato alla scarsa forza di volontà o alla mancanza di disciplina e i medici e il personale sanitario a proporre trattamenti non efficaci o in alcuni casi dannosi.

CARATTERISTICHE PRINCIPALI

Episodi di abbuffata ricorrenti

La caratteristica essenziale del BED è la presenza di **episodi di abbuffata ricorrenti**. Un episodio di abbuffata è definito quando si verifica l'assunzione in un discreto periodo di tempo (per esempio, meno di due ore) di una quantità di cibo definitivamente più grande di quella che le persone mangerebbero in un simile periodo di tempo e in circostanze simili.



Per essere considerato un episodio di abbuffata, l'eccessivo consumo di cibo deve essere accompagnato dalla sensazione di perdita di controllo

Un indicatore della perdita di controllo è l'incapacità di evitare di mangiare o di fermarsi quando si è iniziato. L'indebolimento del controllo può non essere assoluto; per esempio, un individuo può continuare a mangiare mentre suona il telefono, ma interrompere l'assunzione di cibo se un familiare entra nella stanza. In alcuni casi non è presente una sensazione acuta di perdita di controllo, ma piuttosto una modalità incontrollata generale di mangiare. In altri casi gli individui abbandonano completamente il tentativo di controllare l'alimentazione e la sensazione di perdita di controllo può non essere apparentemente presente.

Infine, alcuni individui programmano gli episodi di abbuffata. In questi ultimi due casi gli episodi sono considerati un'abbuffata se l'individuo non è in grado di farne a meno.

L'assunzione di una quantità di cibo elevata associata alla perdita di controllo è definita anche **episodio di abbuffata oggettivo**, per distinguerlo dall'episodio di abbuffata soggettivo, dove la perdita di controllo non è associata all'assunzione di una grande quantità di cibo. Se non è presente la perdita di controllo si parla di episodio di alimentazione eccessiva o non eccessiva a seconda della quantità di cibo assunta (**Figura 1**).

Diagnosi di binge-eating (BED)

Per la diagnosi di **BED** è richiesta la presenza di almeno un episodio di abbuffata oggettivo la settimana per tre mesi e che siano associati a **marcato disagio** e ad **almeno tre delle seguenti caratteristiche**:

- Mangiare molto più rapidamente del normale
- Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
- Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
- Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
- Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo l'episodio di abbuffata

	Quantità di cibo elevata	Quantità di cibo non elevata
Presenza di perdita di controllo	Abbuffata oggettiva	Abbuffata soggettiva
Assenza di perdita di controllo	Alimentazione eccessiva	Alimentazione non eccessiva



DECORSO

Nei casi tipici il **BED** insorge nell'adolescenza o nella giovane età adulta con episodi di abbuffata, spesso in concomitanza a eventi stressanti. Gli episodi di abbuffata determinano nella maggior parte dei casi un aumento di peso e per tale motivo alcuni individui si sottopongono a delle diete per cercare di dimagrire, senza però ottenere nella maggior parte dei casi un calo di peso duraturo.



Nella maggior parte dei casi gli individui alternano periodi prolungati caratterizzati da episodi di abbuffata ricorrenti ad altri privi di perdita di controllo nei confronti dell'alimentazione.



COMPLICANZE FISICHE

La maggior parte delle problematiche fisiche associate al BED, come per esempio la sindrome metabolica, il diabete, le malattie cardiovascolari, l'osteartrosi, la sindrome delle apnee ostruttive, la sindrome dell'ovaio policistico, la steatosi epatica non alcolica e alcuni tipi di cancro, sono attribuibili alla condizione di obesità spesso associata. A parità di peso, però, le persone con BED riportano con più frequenza insoddisfazione nei riguardi della loro salute fisica, utilizzazione delle cure sanitarie, insonnia, menarca precoce e dolori al collo, alle spalle, alla schiena e ai muscoli e hanno un maggior rischio di sviluppare le componenti della sindrome metabolica (cioè obesità addominale, dislipidemia, ipertensione arteriosa e alterata glicemia a digiuno) rispetto a quello attribuibile alla sola obesità.

Figura 1 La classificazione degli episodi di alimentazione eccessiva



PROBLEMI PSICOLOGICI COESISTENTI

Diverse problematiche psicologiche possono coesistere con il BED. Le più comuni sono le seguenti:

- 01 **Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo**, cioè valutare se stessi in modo predominante sulla base del peso e della forma del corpo

- 02 **Bassa autostima**

- 03 **Difficoltà interpersonali**

- 04 **Intolleranza alle emozioni**



QUALITÀ DELLA VITA

Le persone con BED riportano una peggiore qualità della vita legata alla salute rispetto alla popolazione generale e scarsa soddisfazione della loro vita. L'associazione del disturbo con l'obesità e la depressione aggrava ulteriormente la qualità di vita fisica e psicologica, rispettivamente. Infine, è stata osservata una scarsa fitness fisica che sembra in parte essere influenzata negativamente sia dall'obesità sia dalla depressione spesso coesistente al disturbo dell'alimentazione.

I FATTORI DI MANTENIMENTO

Il trattamento del centro ADA del BED si basa su un modello teorico cognitivo comportamentale dei fattori che mantengono sia gli episodi di abbuffata sia l'obesità associata (**Figura 2**)



I fattori di mantenimento identificati diventano gli **obiettivi del trattamento** che può essere individualizzato per affrontare i processi più importanti che operano nel singolo paziente. In tal modo il trattamento è adatto per una varietà di diverse presentazioni cliniche come spesso si osserva nelle persone con BED.

Fattori che mantengono l'episodio di abbuffata

Secondo questa teoria l'episodio di abbuffata è mantenuto dall'interazione di uno o più dei seguenti fattori di mantenimento (**vedi BOX colorati nella Figura 2**):

- 01 Eventi e cambiamenti emotivi associati

- 02 Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo

- 03 Obiettivi di peso non realistici

- 04 Restrizione dietetica disfunzionale

Fattori che mantengono l'obesità

Il modello teorico include anche i seguenti fattori che contribuiscono a mantenere l'obesità nelle persone con BED (**vedi BOX bianchi nella Figura 2**):

- 01 Abbuffata

- 02 Alimentazione sregolata e in eccesso

- 03 Bassi livelli di attività fisica

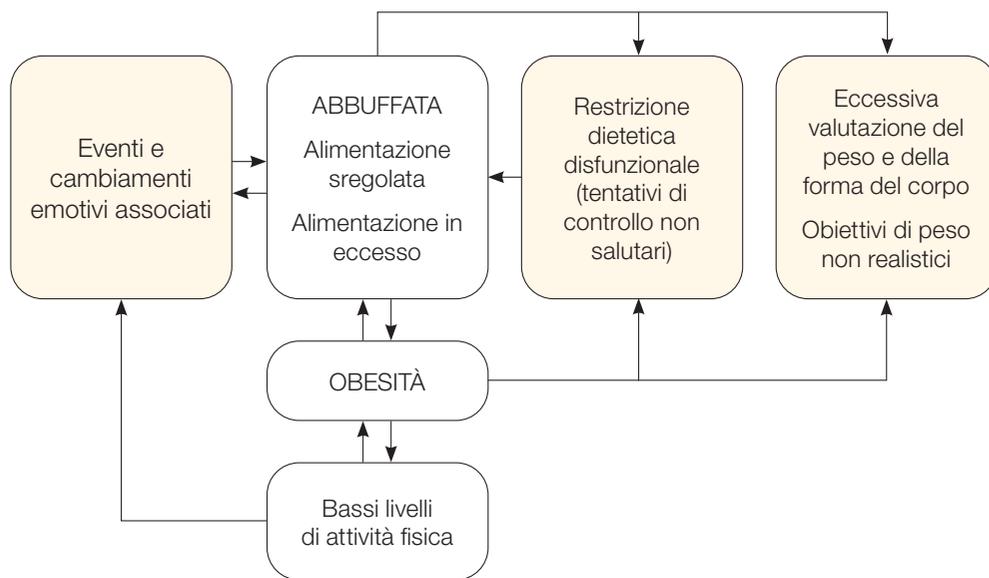


Figura 2 Formulazione dei principali fattori di mantenimento degli episodi di abbuffata e dell'obesità

Tratta da: Cooper, Z., Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2019). Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching? *Eating and Weight Disorders*. doi:10.1007/s40519-019-00734-4

EVENTI E CAMBIAMENTI EMOTIVI ASSOCIATI

Gli episodi di abbuffata nelle persone con BED sono spesso scatenati e mantenuti da eventi della vita e cambiamenti emotivi associati.

Il cibo visto come una scappatoia

I principali meccanismi che spiegano l'associazione tra eventi della vita, cambiamenti emotivi ed episodi di abbuffata sono i seguenti:

- 01 Il cibo può essere usato per distrarsi dagli eventi negativi e dai problemi che preoccupano
- 02 Il cibo può aiutare ad attenuare gli stati emotivi
- 03 Il cibo può essere un modo per gratificarsi, come spesso accade nelle persone che hanno una condizione di sovrappeso od obesità

Ansia, depressione e sensi di colpa

L'episodio di abbuffata, dopo un'iniziale attenuazione dello stato emotivo negativo, produce spesso sensi di colpa, ansia, depressione che, a loro volta, possono innescare un nuovo episodio di abbuffata (Figura 2).

Intolleranza alle emozioni

Un sottogruppo di persone con BED ha anche un problema coesistente di **intolleranza alle emozioni**. Questa è un'espressione usata per definire individui eccezionalmente sensibili alle emozioni, con frequenti emozioni negative (per esempio, rabbia, ansia) che hanno difficoltà a tollerare e gestire.

Chi soffre di questo problema, adotta comportamenti disfunzionali di modulazione dell'umore, come assumere sostanze psicoattive (alcol o tranquillanti) o abbuffarsi, che riducono la consapevolezza dello stato emotivo (e dei pensieri associati) comportando, però, un costo personale (emotivo, interpersonale e fisico).



ECCESSIVA VALUTAZIONE DEL PESO E DELLA FORMA DEL CORPO

L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo è presente in **circa il 50% delle persone con BED** e va distinta dall'insoddisfazione corporea, termine usato quando a una persona non piace il proprio aspetto fisico. L'insoddisfazione corporea è molto diffusa tra le persone e non rappresenta necessariamente un problema clinico.

Una persona ha un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo quando **giudica il suo valore largamente, e in alcuni casi esclusivamente, in termini di controllo del peso e della forma del corpo**.

Check del peso e della forma del corpo

Espressioni tipiche di chi ha un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo

- Frequenti **check del peso e della forma del corpo** (cioè misurare il peso frequentemente, guardare parti del corpo, misurare le circonferenze del corpo, prendere in mano le pliche di grasso, confrontare il proprio corpo con quello di altri)
- **Evitamento di pesarsi** e di esporre la forma del corpo
- **Sentirsi grassi**
- Adozione di una **dieta ferrea** o di altri comportamenti estremi di controllo del peso.

Riduzione degli altri domini della vita

L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo marginalizza altre aree della vita, riducendo gli interessi dell'individuo principalmente al corpo ed elude inevitabilmente un impegno in altri domini importanti della vita (per esempio, la scuola, le relazioni e il lavoro) che contribuiscono in genere a sviluppare un sistema di autovalutazione funzionale, stabile e articolato (Figura 3).

Mantenimento degli episodi di abbuffata

L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo contribuisce a mantenere gli episodi di abbuffata perché porta ad adottare in modo intermittente comportamenti estremi di perdita di peso, come la restrizione dietetica disfunzionale che contribuisce a mantenere le abbuffate con i meccanismi descritti sotto.

Aumento del disagio psicologico

L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo è considerata un indicatore di gravità del BED perché si associa a una più elevata frequenza di episodi di abbuffata e a un più grave disagio psicologico e danno psicosociale.

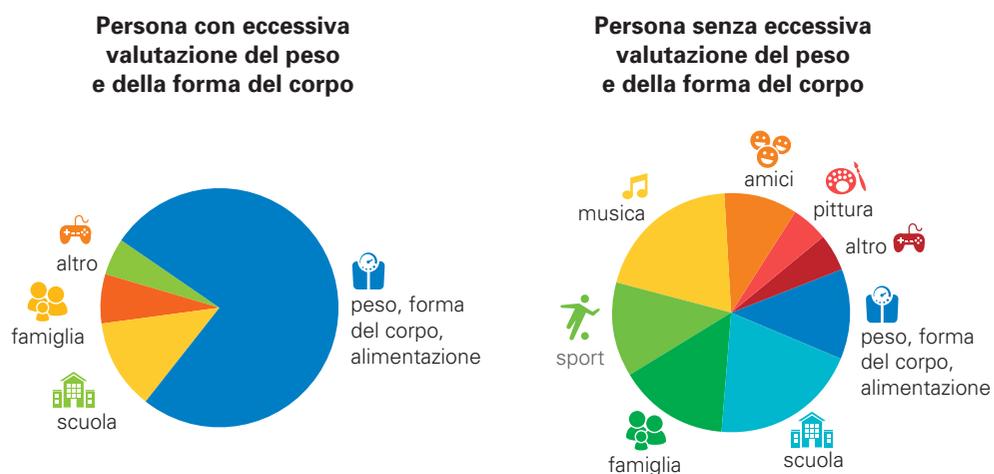


Figura 3

Rappresentazione grafica di due persone con e senza eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo

OBIETTIVI DI PESO NON REALISTICI

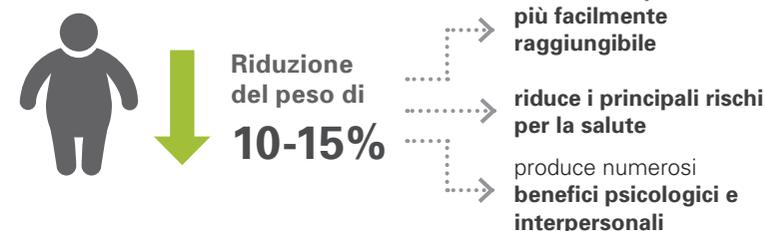
I dati della ricerca indicano che il peso corporeo è parzialmente controllato dalla genetica, e quindi una persona può riuscire a modificarlo solo in parte.

Avere aspettative e obiettivi raggiungibili

Attualmente non esistono trattamenti (ad eccezione della chirurgia bariatrica) che determinano una perdita di peso media superiore al **10-15%** del peso corporeo iniziale: un calo di peso che, comunque, ha effetto positivo sulla qualità di vita e riduce le principali complicanze mediche associate all'obesità.

Gli studi effettuati in Italia indicano che molte persone che iniziano un trattamento di perdita di peso vogliono perdere più del 10-15% del loro peso (in media hanno un'aspettativa di perdita di peso del 32%) e spesso hanno "obiettivi primari" disfunzionali perché non sono sempre raggiungibili attraverso la perdita di peso (per esempio, migliorare le relazioni interpersonali e/o la fiducia in sé stessi, trovare un partner o un nuovo lavoro).

PERDITA DI PESO SALUTARE



Impegnarsi per mantenere i risultati raggiunti

La presenza di obiettivi di peso e di obiettivi primari non realistici sembra associarsi all'interruzione del trattamento o al non impegnarsi nel mantenimento del peso perso, perché le persone considerano il risultato ottenuto insoddisfacente.

Inoltre, le persone con BED che hanno obiettivi di peso non realistici adottano spesso in modo intermittente la restrizione dietetica disfunzionale che contribuisce a mantenere le abbuffate con i meccanismi descritti sotto.

RESTRIZIONE DIETETICA DISFUNZIONALE

Fasi di restrizione troppo rigide ed estreme

Alcune persone con BED, in particolare quelle con un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo o con obiettivi non realistici di peso, adottano in modo intermittente una restrizione dietetica disfunzionale caratterizzata da regole dietetiche estreme e rigide per cercare di perdere peso e di modificare la forma del corpo. Questo tipo di dieta favorisce gli episodi di abbuffata (**Figura 2**) perché è molto probabile rompere le regole dietetiche quando sono rigide, numerose e difficili da seguire. In questi casi, l'individuo interpreta le minime trasgressioni alimentari come l'evidenza della sua mancanza di autocontrollo e non del fatto che le regole dietetiche sono troppo rigide ed estreme. Ciò favorisce l'abbandono temporaneo dello sforzo di controllare l'alimentazione (pensiero "tutto o nulla") e l'episodio di abbuffata.

ABBUFFATA

Assunzione di grandi quantità di cibo in poco tempo

Durante l'episodio di abbuffata sono spesso assunti gli alimenti evitati nelle fasi di restrizione perché considerati troppo calorici. La preferenza va agli alimenti ricchi di carboidrati o di grassi che non richiedano né troppa preparazione per essere cucinati né masticazione per essere assunti (per esempio, dolci, gelati, pane, toast, cioccolata). Se non ci sono a disposizione dolci o carboidrati, può essere assunto qualsiasi cibo. Alcuni mangiano soltanto "cibi salutari" (cioè frutta e verdura), altri aumentano semplicemente la quantità di cibo usualmente consumata.

Gli studi hanno evidenziato che non c'è una dipendenza fisica dai carboidrati: ciò che caratterizza gli episodi di abbuffata non è la qualità dell'alimentazione ma la quantità di cibo assunto - tipicamente tra le 1000 e le 2000 calorie. L'elevato introito di calorie con gli episodi di abbuffata spiega perché, quando esse sono frequenti, le persone tendano ad aumentare di peso e a sviluppare e a mantenere una condizione di obesità.

ALIMENTAZIONE SREGOLATA E IN ECCESSO

Mancanza di moderazione nell'assunzione di cibo

Le persone con BED al di fuori degli episodi di abbuffata hanno spesso un'alimentazione sregolata e in eccesso caratterizzata dalla mancanza di moderazione flessibile dell'assunzione di cibo. Questa modalità alimentare comprende il saltare i pasti (per esempio la colazione), il piluccare frequentemente fuori pasto, l'assumere porzioni abbondanti di cibo e alimenti ad alta densità calorica ricchi di grassi saturi, zuccheri e sale (per esempio, hamburger, wüstel, hot dog, patate fritte, bibite zuccherate, dolci elaborati, pizza, ecc.).

L'alimentazione sregolata ed eccessiva porta inevitabilmente ad assumere giornalmente elevate quantità di calorie che favoriscono lo sviluppo e il mantenimento dell'obesità.

BASSI LIVELLI DI ATTIVITÀ FISICA

Sedentarietà ed emozioni negative

Le persone con BED e obesità sono spesso sedentarie e i bassi livelli di attività fisica, determinando un ridotto dispendio energetico, possono contribuire a sviluppare e a mantenere l'obesità. Inoltre, la sedentarietà favorisce lo sviluppo di emozioni negative (per esempio la noia), che a loro volta spesso sono un fattore scatenante e mantenente degli episodi di abbuffata e di alimentazione sregolata e in eccesso (**Figura 2**).

IL TRATTAMENTO: UNA VISIONE D'INSIEME



Il trattamento integrato dell'obesità associata al BED sviluppato presso il centro ADA è stato ideato per aiutare il paziente a raggiungere due obiettivi principali:

- 01** Affrontare e interrompere gli episodi di abbuffata
- 02** Raggiungere una salutare perdita di peso

Questi due obiettivi sono perseguiti affrontando in modo individualizzato i fattori che mantengono gli episodi di abbuffata e l'obesità (vedi sopra) e utilizzando in modo integrato strategie e procedure della terapia cognitivo comportamentale migliorata (**CBT-E**) per i disturbi dell'alimentazione e della terapia cognitivo comportamentale dell'obesità (**CBT-OB**) (**Figura 4**).

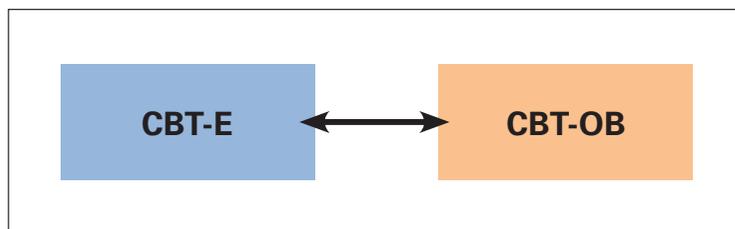


Figura 4

Il trattamento integra la terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione (CBT-E) con la terapia cognitivo comportamentale dell'obesità (CBT-OB)



**Informazioni
sulla CBT-E**

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE MIGLIORATA (CBT-E)

La CBT-E, sviluppata dal centro CREDO (Centre for Research on Eating Disorders at Oxford) dell'Università di Oxford, con cui la nostra équipe collabora da molti anni, è il trattamento più efficace attualmente disponibile per affrontare gli episodi di abbuffata ed è raccomandata dalle più importanti linee guida internazionali come trattamento di prima scelta per il BED e la bulimia nervosa.

Le numerose e rigorose ricerche eseguite sugli effetti della CBT-E indicano che circa 2/3 dei pazienti che concludono il trattamento ottengono una remissione duratura del disturbo dell'alimentazione.



**Informazioni
sulla CBT-OB**

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DELL'OBESITÀ (CBT-OB)

La CBT-OB è stata sviluppata dalla nostra équipe e si è dimostrata in grado di produrre un calo di peso salutare nel 70% dei pazienti affetti da obesità.

È bene sapere che dati della ricerca indicano che un calo di peso del 5% si associa a una riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari e previene l'insorgenza del diabete di tipo 2 nei soggetti con prediabete, mentre un calo del 10% del peso si associa alla riduzione della mortalità cardiovascolare. Infine, un calo di peso del 15% porta alla remissione del diabete di tipo 2 se si ha un diabete che ha una durata inferiore ai sei anni.

ORGANIZZAZIONE GENERALE

Il trattamento proposto dal centro ADA è organizzato in **5 fasi** e prevede 36 sedute

Incontro iniziale di valutazione

Il trattamento è preceduto da un incontro con il **medico** per valutare la natura e la gravità dell'obesità e del BED, nonché qualsiasi problema medico e psicosociale associato, e per coinvolgere il paziente nel trattamento.

Struttura delle sedute

Il trattamento si svolge in 5 fasi e prevede 36 sedute (**Figura 5**). Ogni seduta ha una durata di 45 minuti ed è strutturata in questo modo:

- 01 Misurare in modo collaborativo il peso
- 02 Rivedere le schede di monitoraggio e il questionario andamento settimanale
- 03 Stabilire l'agenda (gli argomenti da affrontare nella seduta)
- 04 Implementare l'agenda
- 05 Concordare i compiti a casa, riassumere la seduta e fissare l'appuntamento successivo

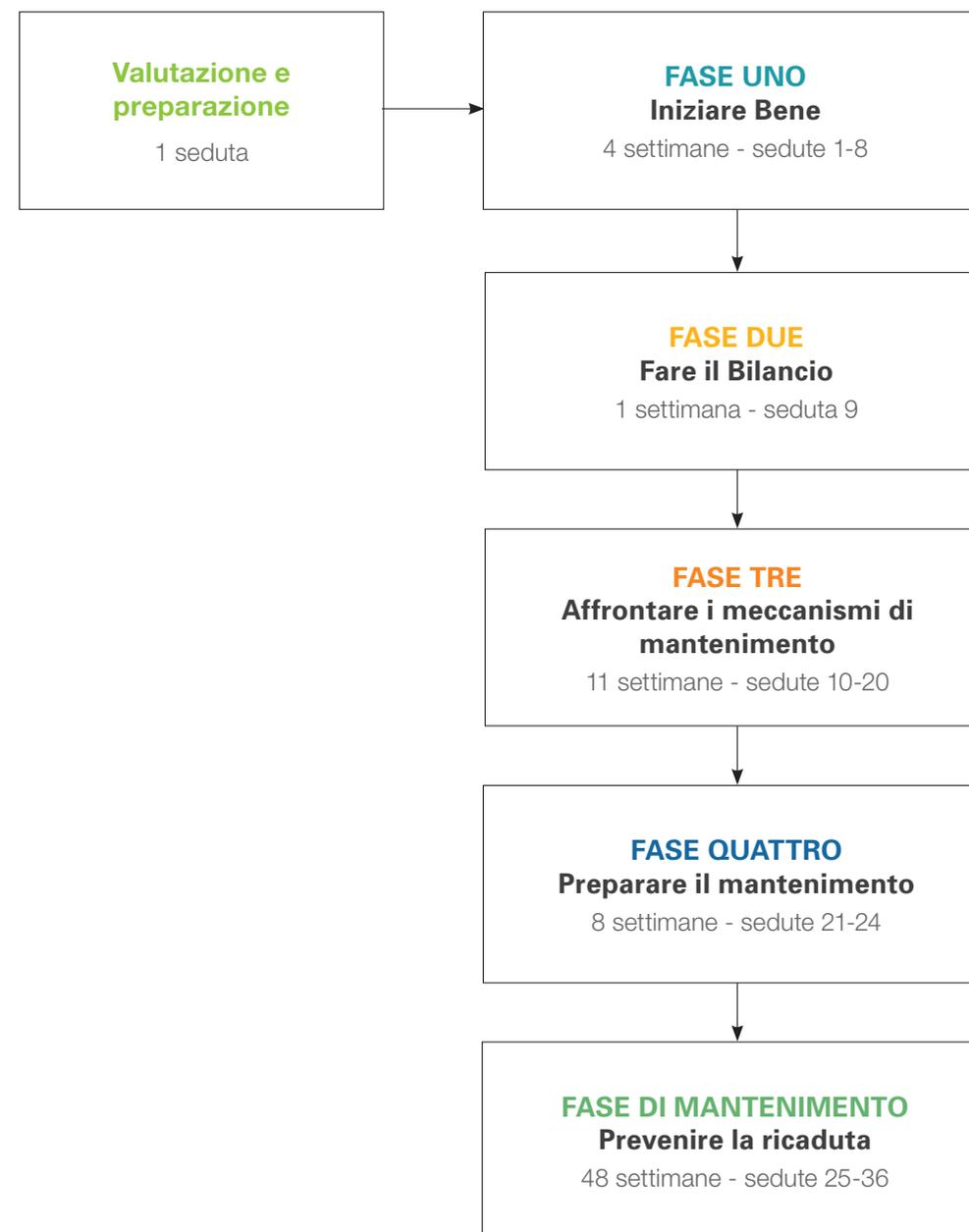


Figura 5

Il trattamento integra la terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione (CBT-E) con la terapia cognitivo comportamentale dell'obesità (CBT-OB)

STRATEGIE DEL TRATTAMENTO

Il trattamento è **personalizzato** e affronta i principali processi che promuovono e ostacolano la perdita e il mantenimento del peso e che mantengono gli episodi di abbuffata

TUTTE LE PROCEDURE VENGONO CONCORDATE DI COMUNE ACCORDO CON IL PAZIENTE

A differenza di altri trattamenti applicati nell'obesità e nel **BED**, non adotta mai procedure prescrittive. In altre parole, non è mai chiesto al paziente di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire, perché questo può aumentare la sua reticenza a cambiare.

TERAPEUTA E PAZIENTE LAVORAZIONE INSIEME COME UNA SQUADRA

Il **trattamento** si basa sullo sviluppo di un **rapporto di collaborazione** in cui terapeuta e paziente lavorano insieme come una squadra per affrontare il problema dell'eccesso di peso (empirismo collaborativo).

IL PAZIENTE VIENE INCORAGGIATO A PARTECIPARE ATTIVAMENTE AL PROCESSO DI CURA

Il **paziente** è incoraggiato a diventare un attivo partecipante nel processo di cura e a vedere il trattamento come priorità. Le procedure più semplici sono preferite rispetto alle più complesse ed è adottato il principio della parsimonia "Fare poche cose bene piuttosto che tante male".

COSTRUZIONE DELLA FORMULAZIONE PERSONALIZZATA DEI PRINCIPALI PROCESSI CHE OSTACOLANO IL TRATTAMENTO

Il paziente è educato sul suo **bilancio energetico**, su come implementare un piano alimentare e di attività fisica per perdere peso in modo graduale e sul costruire in modo collaborativo la formulazione personalizzata dei principali processi che mantengono gli episodi di abbuffata e che ostacolano la perdita di peso, che diverranno il bersaglio del trattamento.

Solo dopo la condivisione dei problemi da affrontare si pianificano, con il paziente stesso, le procedure per affrontare gli ostacoli evidenziati, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno.

La **Tabella 3** descrive le principali **strategie del trattamento**

Tabella 3 Strategie del trattamento integrato applicato al Centro ADA

- Il trattamento è personalizzato e flessibile e affronta i principali processi che mantengono gli episodi di abbuffata e ostacolano la perdita e il mantenimento del peso
- Il terapeuta e il paziente lavorano assieme come una "squadra" (empirismo collaborativo).
- Il paziente è incoraggiato a diventare un attivo partecipante nel processo di cura e a vedere il trattamento come priorità.
- Le procedure più semplici sono preferite rispetto alle più complesse ed è adottato il principio della parsimonia "Fare poche cose bene piuttosto che tante male".
- Per ottenere un cambiamento comportamentale il paziente è incoraggiato ad eseguire la pianificazione e il monitoraggio, in tempo reale, dell'alimentazione e dell'attività fisica.
- Per ottenere un cambiamento cognitivo il paziente è spinto a fare specifici cambiamenti comportamentali e ad analizzare gli effetti e le implicazioni di questi cambiamenti sul loro modo di pensare.
- Il paziente è incoraggiato a osservare se stesso e ad identificare gli ostacoli cognitivi e comportamentali individuali all'adozione di uno stile di vita orientato al controllo del peso (non si fa riferimento alla «dipendenza dal cibo»).
- Il paziente è aiutato a identificare gli stimoli che riattivano lo stato mentale del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso evitando così la ricaduta.

PROCEDURE DEL TRATTAMENTO

Il programma integra in modo personalizzato tre componenti (Figura 6)



- 01 Alimentazione flessibile e moderatamente ipocalorica
- 02 Stile di vita attivo
- 03 Terapia cognitivo comportamentale

Il trattamento è guidato da una **formulazione personalizzata del disturbo dell'alimentazione**, costruita all'inizio del programma e rivista durante il trattamento, che ha l'obiettivo di identificare e affrontare i fattori di mantenimento degli episodi di abbuffata, dell'alimentazione in eccesso e dello stile di vita sedentario. Questi fattori sono affrontati con delle procedure che aiutano il paziente a regolarizzare l'alimentazione rendendola flessibile, a iniziare uno stile di vita attivo e a gestire gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione. L'attenzione è quindi focalizzata sulla persona al fine di renderla consapevole dei propri fattori di mantenimento e di apprendere procedure terapeutiche utili alla gestione del disturbo dell'alimentazione. L'atteggiamento attivo e collaborativo del paziente è di fondamentale importanza nel successo del trattamento.

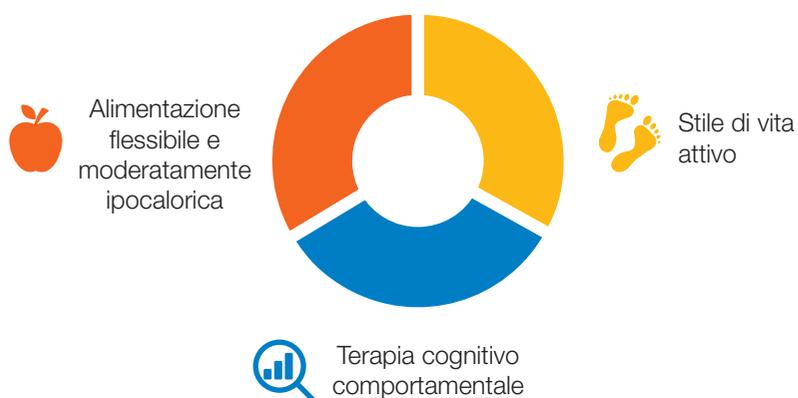


Figura 6 Le tre componenti del programma del centro ADA

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Il trattamento è condotto da un'équipe multidisciplinare specializzata nel trattamento dell'obesità e dei disturbi dell'alimentazione e nella terapia cognitivo comportamentale



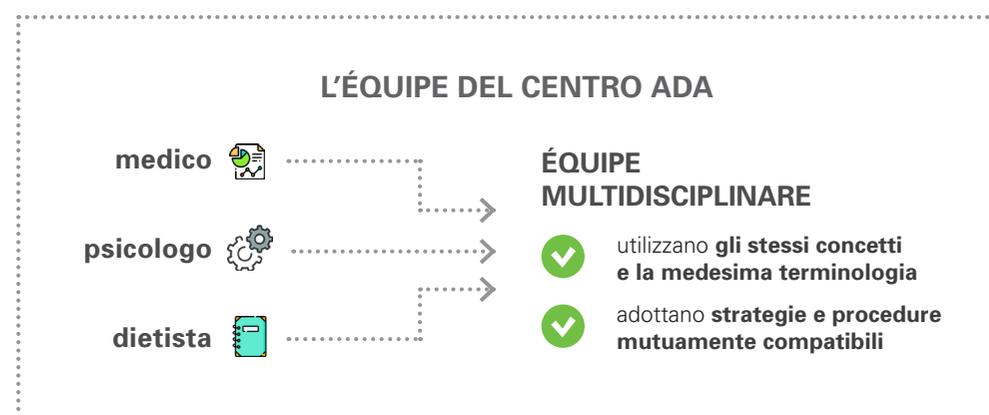
L'équipe è composta da **medici, dietisti/nutrizionisti e psicologi**. Tutti i membri dell'équipe hanno effettuato il web-training sulla CBT-E sviluppato dal centro CREDO dell'Università di Oxford e hanno conseguito l'Advanced Certificate nella CBT-ED e nella CBT-OB.

Approccio seguito dall'équipe del centro ADA

La caratteristica distintiva dell'équipe del centro ADA è che i terapeuti utilizzano gli stessi concetti e la medesima terminologia e adottano strategie e procedure mutuamente compatibili (**approccio multidisciplinare non eclettico**).

Il contributo dei vari terapeuti al trattamento

La fase di valutazione e preparazione al trattamento è svolta dal medico. Le sedute del trattamento sono condotte da uno psicologo affiancato in alcune sedute da un dietista/nutrizionista per sviluppare il piano alimentare per raggiungere il peso salutare.



INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Ha l'obiettivo di valutare le problematiche mediche, psicologiche e sociali associate all'obesità e al BED e di strutturare un trattamento individualizzato

VALUTAZIONE MEDICA

Viene eseguita da un medico per chiarire e stabilire le specifiche necessità diagnostiche e terapeutiche del paziente.



La valutazione medica, oltre alla visita include esami bioumorali e strumentali che hanno lo scopo di valutare obiettivamente lo stato di salute del paziente, in particolare il sistema cardiocircolatorio e la presenza di fattori di rischio cardiovascolari associati all'obesità.

VALUTAZIONE PSICOLOGICA E DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Viene seguita da uno psicologo clinico, specializzato nel trattamento dell'obesità e nel BED.

VALUTAZIONE COMPOSIZIONE CORPOREA

È eseguita con la misura della circonferenza vita (per valutare la distribuzione del tessuto adiposo) e l'impedenziometria per valutare la composizione corporea.

VALUTAZIONE DEL DISPENDIO ENERGETICO

È eseguito con la calorimetria indiretta che permette di valutare il consumo di energia a riposo (essenziale per impostare un programma dietetico moderatamente ipocalorico e flessibile individualizzato).

FASI DEL TRATTAMENTO

Durata, numero delle sedute, frequenza e contenuto delle fasi che compongono il trattamento

FASE UNO - INIZIARE BENE



- Durata di **4 settimane**
- Comprende le **sedute 1-8 (due incontri a settimana)**



Formulazione individuale, educazione, monitoraggio in tempo reale, misurazione collaborativa del peso seguiti da **3 passi**.

- **PASSO UNO - Affrontare gli episodi di abbuffata:** alimentazione regolare per ridurre le abbuffate.
- **PASSO DUE - Affrontare l'alimentazione sregolata:** focalizzarsi sulla quantità e sulla scelta del cibo per favorire l'adozione di una moderata e flessibile restrizione alimentare per raggiungere un calo di peso salutare (almeno del 5%) (**Figura 7**).
- **PASSO TRE - Affrontare la sedentarietà:** incrementare il numero di passi e lavorare per raggiungere obiettivi moderati usando il contapassi (**Figura 8**).

N.B. Dopo le prime 4 sedute sono valutati i progressi con l'alimentazione regolare e, se si è verificata una riduzione degli episodi di abbuffata, si procede con i due passi successivi. In caso contrario si ripete la valutazione ogni settimana e si introducono i Passi Due e Tre una volta raggiunta una riduzione degli episodi di abbuffata.

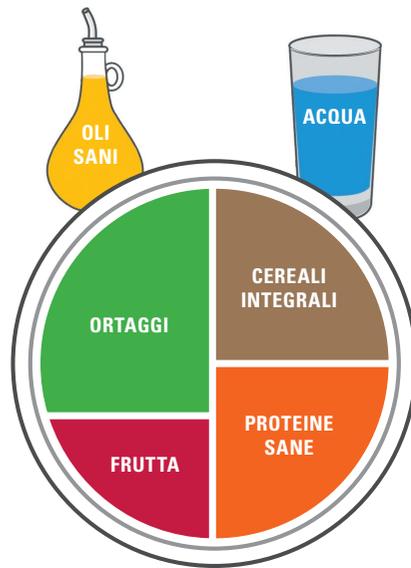


Figura 7 Il pattern alimentare raccomandato dal programma

Adattata da Piatto del Mangiar Sano, Copyright © 2011 Harvard University. Per maggiori informazioni sul Piatto del Mangiar Sano, per favore consulta The Nutrition Source, Department of Nutrition, Harvard T.H. Chan School of Public Health, <http://www.thenutritionsource.org> e Harvard Health Publications, harvard.edu.”



Figura 8 I livelli di attività fisica classificati sulla base del numero di passi giornalieri

FASE DUE - FARE IL BILANCIO



- Durata di **1 settimana**
- Comprende la **seduta 9**
(da questo momento le sedute sono **una volta a settimana**)



Continuare ad applicare le procedure iniziate nella Fase Uno e fare il bilancio delle prime 4 settimane

- **Rivedere i progressi**
- **Identificare gli ostacoli**
- **Rivedere la formulazione**
- **Pianificare la fase successiva del trattamento**

FASE TRE - AFFRONTARE I MECCANISMI DI MANTENIMENTO



- Durata di **11 settimane**
- Comprende le **sedute 10-20 (una volta a settimana)**



- Continuare ad applicare le procedure iniziate nella Fase Uno
- Implementare un trattamento individualizzato sulla base della revisione eseguita nella Fase Due

- Affrontare l'**eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo**
- Affrontare gli **obiettivi non realistici di perdita di peso** e altri obiettivi di vita (differiti)
- Affrontare gli **eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione**
- Affrontare la **restrizione dietetica non salutare e rigida** e rinforzare le **strategie finalizzate a controllare il peso in modo salutare**

FASE QUATTRO - FINIRE BENE



- Durata di **8 settimane**
- Comprende le **sedute 21-24 (una ogni due settimane)**



Focalizzarsi sul futuro e fare un piano a lungo termine per

- **Controllare gli episodi di abbuffata**
- **Mantenere un peso salutare**
- **Svolgere una moderata attività fisica**

FASE DI MANTENIMENTO - PREVENIRE LA RICADUTA



- Durata di **48 settimane**
- Comprende le **sedute 25-36 (una ogni quattro settimane)**



Rivedere il piano di mantenimento per

- **Controllare gli episodi di abbuffata**
- **Mantenere un peso salutare**
- **Adottare uno stile di vita attivo**

RUOLO DEL PAZIENTE NEL TRATTAMENTO

Al paziente che inizia il trattamento è richiesto impegno e serietà. Affrontare l'eccesso di peso e allo stesso tempo il disturbo dell'alimentazione è molto impegnativo ma ne vale sempre la pena!



È NECESSARIO CHE IL PAZIENTE SVOLGA UN RUOLO ATTIVO DURANTE E FUORI DALLE SEDUTE

Nel nostro trattamento è necessario che il paziente svolga un ruolo attivo durante e fuori dalle sedute per affrontare il cambiamento. Il trattamento ha infatti poche, o nessuna, probabilità di successo se il paziente non è coinvolto attivamente.



IL PAZIENTE È INCORAGGIATO A CONSIDERARE IL TRATTAMENTO COME UNA PRIORITÀ

Un altro atteggiamento vincente che consigliamo al paziente di adottare è di considerare il trattamento come una priorità e di mettere lo stesso impegno che dedica al lavoro nel cercare di cambiare il suo stile di vita.



IL TRATTAMENTO DEVE ESSERE VISTO COME UN'OPPORTUNITÀ SPECIALE

Il trattamento dovrebbe essere visto come un'opportunità speciale per iniziare una vita nuova e più soddisfacente. Come ogni cambiamento ci sono dei rischi, ma i vantaggi che si possono ottenere sono enormi ed includono:

- raggiungere condizioni di salute migliori
- ridurre il rischio di malattia e di disabilità
- migliorare la fitness fisica e la fiducia in sé stessi.



OGNI APPUNTAMENTO DEVE INIZIARE E FINIRE CON PUNTUALITÀ

È di fondamentale importanza che ogni appuntamento inizi e finisca con puntualità ed è una buona idea anche arrivare un po' in anticipo (circa 10, 15 minuti prima) a ogni seduta. Ciò darà l'opportunità di mettersi a proprio agio, rilassarsi e preparare le cose da discutere nella seduta.



LE PRIME OTTO SETTIMANE SONO LE PIÙ IMPORTANTI PER COSTRUIRE LO “SLANCIO TERAPEUTICO”

Dati sul trattamento indicano che l'entità del cambiamento (per es. il calo di peso e la riduzione degli episodi di abbuffata) ottenuto nelle prime quattro/otto settimane, è il più importante predittore dei risultati del trattamento a distanza di un anno dalla sua conclusione. Per tale motivo ogni paziente è incoraggiato a iniziare bene per costruire quello che noi definiamo lo “slancio terapeutico”, grazie al quale si può lavorare ogni giorno per sviluppare uno stile di vita e un atteggiamento mentale orientato al controllo del peso a lungo termine.



FONDAMENTALE È IL LAVORO DI SQUADRA TRA PAZIENTE E TERAPEUTA

È fondamentale che il paziente lavori insieme al terapeuta, proprio come una squadra, per affrontare il cambiamento di stile di vita. Insieme si accorderanno di volta in volta su specifici compiti (o “passi”), che il paziente dovrà assumersi l'impegno di svolgere tra una seduta e l'altra. I compiti sono fondamentali e ad essi va data l'assoluta priorità. È proprio ciò che il paziente farà tra un incontro e l'altro che determinerà i benefici o i limiti del trattamento.



IL TRATTAMENTO NON DEVE SUBIRE INTERRUZIONI PER NON PERDERE LO “SLANCIO TERAPEUTICO”

Si raccomanda al paziente di evitare interruzioni del trattamento perché altrimenti non si crea il necessario slancio terapeutico per ottenere un cambiamento rilevante.



LETTURE PER APPROFONDIRE

■ Libri in lingua italiana

- Dalle Grave, R. (2019). *Perdere e mantenere il peso. Un programma di modificazione dello stile di vita basato sulla terapia cognitivo comportamentale*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2018). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale (terza edizione)*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2014). *Disturbo da alimentazione incontrollata. Che cos'è e come affrontarlo*. Verona: Positive Press.
- Fairburn, C.G. (2014). *Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating*. Milano: Raffaello Cortina.

■ Libri in lingua inglese

- Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M., & Sartirana, M. (2018). *Treating obesity with personalised cognitive behavioural therapy*. Cham: Springer.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep cognitive behavioral therapy for eating disorders: Theory, practice, and clinical cases*. New York: Jason Aronson.
- Dalle Grave, Calugi, S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Eating Disorders*. New York: Guilford Press.

■ Articoli in lingua inglese

- Cooper, Z., Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2019). Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching? *Eating and Weight Disorders*. doi:10.1007/s40519-019-00734-4.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Bosco, G., Valerio, L., Valenti, C., El Ghoch, M., & Zini, D. (2018). Personalized group cognitive behavioural therapy for obesity: a longitudinal study in a real-world clinical setting. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. doi:10.1007/s40519-018-0593-z.
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., El Ghoch, M., & Calugi, S. (2017). Personalized multistep cognitive behavioral therapy for obesity. *Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity*, 10, 195-206. doi:10.2147/DMSO.S139496.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.



INDIRIZZI WEB UTILI

■ **Unità di Riabilitazione Nutrizionale Casa di Cura Villa Garda**

<http://www.villagarda.it/it/attività#nutrizionale>

■ **Associazione Disturbi Alimentari (ADA)**

<https://www.adacentroobesitaanoressia.it>

■ **Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione
e del Peso (AIDAP)**

<https://www.aidap.org>

■ **AIDAP Ricerca e Prevenzione
Disturbi dell'Alimentazione e Obesità**

<https://www.aidapricercaeprevenzione.org>

■ **CBT-E**

<https://www.cbte.co>

■ **Dr. Riccardo Dalle Grave**

<http://www.dallegrave.it>

ADA

Associazione Disturbi Alimentari

Via Sansovino, 16 - 37138 Verona (VR) - Tel. 045 8103915

E-mail: segreteria@adacentroobesitaanoressia.it