

Prof. Gaspare Jean (Milano, via Macedonio Melloni 68)

La collaborazione tra Servizi Sanitari e l'associazione "Overeaters Anonymous" (OA): un obiettivo da proporre ed incentivare

Introduzione

Tradizionalmente i medici hanno avuto un approccio riduzionista nel trattamento della obesità: ci si limitava a prescrivere una dieta ed a suggerire un aumento della attività fisica con o senza farmaci anoressizzanti; oggi incominciano a delinearsi trattamenti più olistici ed in particolare a tenere conto dei comportamenti ossessivo-compulsivi riguardanti il cibo.

Questa maggior integrazione di strategie terapeutiche è legato alla individuazione della bulimia nervosa e degli episodi di mangiare compulsivo (binge eating) come entità cliniche che insieme alla anoressia nervosa fanno parte del capitolo dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DSM V -2013) (1).

Caratteristiche della bulimia nervosa e del mangiare compulsivo.

- a) Perdita del controllo sul cibo con frequenti spuntini fuori pasto, incapacità di controllare a lungo una dieta consigliata o che ci si è autoimposti.
- b) Frequenti abbuffate ricorrenti (binge eating) con consumo in breve tempo di tutti i cibi disponibili; ha importanza più la quantità (e quindi la ricerca di una sensazione di ripienezza gastrica) più che la qualità, anche se alcuni soggetti hanno una sorta di "craving" (compulsione) verso cibi particolari (dolci, cioccolato, formaggi, ecc).
- c) Possibili comportamenti di compenso (vomito provocato, uso di purganti, di diuretici o di farmaci anoressizzanti) tanto che nella bulimia nervosa non sempre si riscontra sovrappeso.
- d) Pensieri incentrati sul cibo per un tempo eccessivo con la paura di aver fame in assenza di provviste.
- e) Desiderio eccessivo di un peso forma e preoccupazione per disestetismi legati alla obesità; da qui i sensi di colpa che colpiscono questi soggetti, specie dopo una abbuffata.

E' una "indisciplina esistenziale" che si manifesta non solo nei confronti di una dieta e verso gli orari dei pasti, ma anche in altri comportamenti: sessualità, incongruo uso di farmaci, eccessivo esercizio fisico, fumo, alcol, ecc.

Il sovrappeso e l'obesità sono le complicanze più evidenti e frequenti della bulimia nervosa; per la loro diffusione, queste rappresentano oggi un allarme sociale in quanto causa di disturbi osteoarticolari invalidanti, di insufficienza respiratoria, di diabete di tipo 2, di dislipidemie, di malattie cardiovascolari, di reflusso gastro-esofageo.

Nel 2012 (2), il 22,2 % dei bambini tra gli 8 e 9 anni era in sovrappeso e il 10,6% obeso: tra gli adulti il sovrappeso è riscontrabile nel 31% della popolazione e l'obesità nel 10%;

particolarmente preoccupante è l'obesità adolescenziale, epoca in cui si apprendono abitudini alimentari perduranti per tutta la vita e si formano ancora cellule adipose perenni dalla attivazione, favorita dal cibo, di cellule mesenchimali staminali.

Tuttavia bisogna sottolineare che il rapporto tra bulimia e obesità è complesso, essendo non del tutto chiariti i meccanismi che regolano il peso corporeo; si stanno attualmente studiando i rapporti tra tessuto adiposo bianco (cattivo) e tessuto adiposo bruno (buono) capace di bruciare acidi grassi con produzione di calore (3); la situazione ormonale ; il funzionamento dei centri ipotalamici della fame e della sazietà in rapporto a stimoli ormonali e nervosi(4 e 5); il ruolo della flora batterica intestinale (6).

Questi studi sicuramente porteranno a differenziare vari tipi di obesità, Anche per quanto riguarda la bulimia nervosa si stanno chiarendo numerosi stimoli che influenzano i centri ipotalamici della fame e della sazietà: in particolare sostanze ormonali (4) secrete dall'intestino (colecistochinina), dal sistema nervoso (ossicitocina, orexina, peptide Y) e dal tessuto adiposo (leptina), nonché i rapporti tra centri ipotalamici e strutture nervose legate alla emozionalità (7)

Fattori favorenti la bulimia nervosa.

L'insorgenza della bulimia non è ascrivibile ad un unico fattore, ma ad una costellazione di fattori che interreagiscono tra loro, portando ad una incapacità di decidere quanto e quando mangiare.

A) *Fattori biologici*: delicati equilibri nervosi ed ormonali regolano la funzionalità del centro della fame e di quello della sazietà: ripienezza gastrica, livello della glicemia, sostanze di natura ormonale (leptina, colecistochinina, orexina, grelina, neuro peptide Y, ossicitocina, ecc), circuiti neuronali specie tra corteccia frontale e strutture nervose limbiche. Vale la pena di sottolineare come alcuni di questi hanno una origine genetica altri ambientale; inoltre si è scoperto che fenomeni ambientali possono stimolare l'attività di geni epigenetici (7) che possono permanentemente influenzare ormoni o loro recettori attivi sui centri ipotalamici della fame e della sazietà.

B) *Fattori sociali*: queste patologie sono proprie delle società opulente che offrono grande quantità e varietà di cibi; comunità che si risolvono dalla povertà (Sud Italia), mostrano un numero più elevato di persone bulimiche/obese quasi che la capacità di controllare la propria dieta sia appannaggio di comunità benestanti da più lungo tempo; possono giocare abitudini familiari erronee e convinzioni irrazionali sui rapporti tra cibo salute e forza fisica. Inoltre l'abbondanza di provviste in casa rappresenta uno status symbol per chi esce dalla povertà. Tutti inoltre subiscono il fascino della reclamizzazione dei "cibi spazzatura" , delle gite enogastronomiche, dei fast food, ecc.

C) *Fattori socio-culturali*: il cibo viene abitualmente considerato un premio sia nella prima infanzia (pianto → allattamento) sia nell'adulto (chi non lavora non mangia!); individui particolarmente bisognosi di gratificazioni (8 e 9) trovano nel cibo una ricompensa facile e immediata. Le sollecitazioni familiari ed ambientali hanno a questo proposito un ruolo notevole; studi sui comportamenti umani sottolineano in particolare come le abitudini alimentari vengono apprese e quindi possono essere modificate da interventi psicoterapeutici a questo finalizzati, indipendentemente dalla molteplicità degli stimoli a cui è legato il comportamento alimentare.

D) *Fattori psicodinamici*: secondo il modello freudiano si ritiene che il soggetto iperfagico sia un individuo dipendente, fissato alla fase orale alla quale regredisce per conflitti intrapsichici inconsci che costituiscono il vero nucleo del suo problema (9).

E) *Fattori psicopatologici*: numerosi studi clinici su obesi evidenziano una forte prevalenza di disturbi psico-emotivi; si va dalla semplice depressione con lieve abbassamento del tono dell'umore, all'ansia con spiccati livelli di impulsività, a gravi forme psicopatologiche. Molte persone con bulimia nervosa testimoniano che le abbuffate sono spesso conseguenza di reazioni colleriche verso se stessi o verso altri. *Tuttavia ricerche finora condotte escludono l'esistenza di un profilo psicopatologico comune a tutti i pazienti obesi; in altre parole si nega che esista una "personalità del bulimico" che precede e condiziona lo sviluppo e il mantenimento del disturbo.*

Ruolo di OA nel modificare stili alimentari incongrui e non sani.

Alcuni o tutti i fattori di rischio sopradescritti, convergono nel condizionare stili alimentari incongrui con l'impossibilità di controllare un regime dietetico tale da raggiungere o mantenere un peso forma oppure un ritmo di assunzione di alimenti regolare evitando abbuffate seguite o no da pratiche di eliminazione. Per alcune scuole si tratta di una vera e propria dipendenza da cibo; per altre. un non sano stile di vita (10).

OA, secondo l'indirizzo consolidato di tutte le fratellanze anonime non interviene in queste controversie tra tecnici, ma indica, sulla base dell'esperienze di migliaia di affiliati a questa associazione, che non solo *comportamenti alimentari sani possono essere appresi con la frequenza alle sedute di OA, ma anche corrette quelle turbe della personalità (chiamati difetti di carattere) che si associano o precedono l'errato comportamento alimentare.*

-3-

OA deriva il proprio programma da Alcolisti Anonimi, di cui riprende, adattandoli al cibo, i 12 passi (massime che indicano un percorso personale di maturazione psicologica e spirituale) e le 12 tradizioni (principi che regolano il funzionamento dei gruppi).

Per OA il mangiare in modo compulsivo ha origini fisiche, emozionali e spirituali; la medicina considera solo cause fisiche ed emozionali (psicologiche) non cause spirituali (11).

In particolare l'appetito (desiderio di assumere cibo, distinguibile dalla fame, vero e proprio istinto di sopravvivenza) è fortemente influenzato dallo stato emotivo del soggetto; sia emozioni negative (umore depresso, difficoltà nelle relazioni interpersonali, collera, rabbia, ecc) sia emozioni distorte (confusione tra senso di vuoto interiore e fame) sia emozioni piacevoli (gioia non gestibile se non attraverso il cibo), portano alcuni soggetti impulsivi ad una perdita del controllo decisionale nei confronti del cibo.

Con la frequenza ai gruppi OA, attraverso le testimonianze personali ed il lavoro di gruppo interpersonale (11) si apprendono, in un primo tempo, norme che permettono un controllo dell'alimentazione (non mangiare fuori pasto per 24 ore, non tenere provviste in casa, evitare occasioni che invogliano ad alimentarsi, ecc); in seguito si acquistano motivazioni per modificare stili di vita inadeguati e mantenere nel tempo quei comportamenti desiderati in tutti i campi della vita. Questo "risveglio spirituale", obiettivo del 12° passo, è quindi caratterizzato da una riacquistata capacità decisionale volta ad ottenere benefici futuri (salute, estetica, controllo delle emozioni), piuttosto che un fugace piacere immediato legato alla abbuffata.

Studi recenti (12) hanno evidenziato che nelle persone con obesità la motivazione al cambiamento sia il fattore che più influenza positivamente la capacità di sottoporsi ad una restrizione dietetica; questa motivazione è peraltro più forte in soggetti con danni estetici o di salute legati alla obesità.

Esame critico degli interventi terapeutici utilizzati nella bulimia.

Un trattamento più olistico della bulimia non si limita alla prescrizione di una dieta, di esercizio fisico ed, eventualmente, alla prescrizione di farmaci anoressizzanti, ma prende in considerazione altri tipi di intervento che modifichino quelle alterazioni psicologiche, origine di errati comportamenti e dell'incapacità di osservare quella disciplina di vita essenziale per mantenere a lungo un regime alimentare sano (12,13, 14, 15, 16, 17).

A) *Farmaci*. Gli antidepressivi, inibitori del reuptake della serotonina e della noradrenalina sono i farmaci più usati spesso anche in associazione all'auto-aiuto o a psicoterapie; recentemente sono stati registrati due farmaci; il primo unisce un inibitore degli oppioidi endogeni (naltrexone) ad un antidepressivo (bupropione); il secondo stimola recettori serotoninergici causando sazietà. I trials clinici sono fatti su piccole casistiche e spesso sono insoddisfacenti (4). Inoltre nelle casistiche studiate in ambito psichiatrico si è poco propensi a segnalare i disturbi alimentari come componenti del quadro psicopatologico e come effetto collaterale degli psicofarmaci.

B) *Gruppi di auto-aiuto*. Il più noto è OA basato sul metodo dei 12 passi derivato da Alcolisti Anonimi; sempre ispirati da Alcolisti Anonimi sono i programmi dell'italiano "Cibo e Gioia" e dello statunitense "Take off pounds sensibly".

Solo OA fornisce indicazioni sui risultati della frequenza ai gruppi (18) ma solo limitatamente alle persone che seguono il programma spesso da molti anni. Si riporta quanto segnalato nel "Primo sommario dell'indagine sui membri" presentato alla Convention OA di Rimini circa 10 anni fa:

"Il problema maggiore che ci ha portato in OA è stato il mangiare compulsivo con obesità/sovrappeso, dal quale la metà dei membri si è recuperata riducendo drasticamente le fluttuazioni di peso e mantenendo quest'ultimo in media per 3,5 anni.... Abbiamo avuto un miglioramento considerevole a più livelli: mentale/emotivo, spirituale, familiare e fisico; altrettanto per quanto concerne la nostra autostima e il nostro rapporto col cibo."

-4-

Si segnala inoltre che complicanze della obesità (pressione arteriosa, problemi di sonno, dolori osteoarticolari) si sono attenuate.

Mancano però indicazioni soprattutto su quanti soggetti con disturbi del comportamento alimentare accettano di frequentare i gruppi e quanti sono gli abbandoni /drop out); infatti la

frequenza alle sedute di un gruppo OA è una scelta individuale e nessuno dei membri è stato indirizzato da un professionista.

C) *Programmi non clinici*:

a) Weight Watchers segnala una perdita di peso abbastanza veloce, ma il numero dei partecipanti cala sensibilmente dopo 6 settimane.

b) Uso di programmi alimentari speciali e più o meno fantasiosi o di pasti sostitutivi preconfezionati; il loro successo appare legato alla capacità di reclamizzare questi programmi e prodotti.

D) *Terapia cognitivo-comportamentale*: è la terapia più utilizzata associata a programmi dietetici e di esercizio fisico; è stato elaborato anche un testo di applicazione di questa psicoterapia alla specificità dei disturbi del comportamento alimentare.

Una revisione dei risultati fatta dal “Cochrane Database Review () evidenzia l’efficacia del metodo ma conclude: “the quality of trials is very variable and sample size are often small”.

Questi programmi di terapia cognitivo-comportamentale sono praticati presso servizi sanitari pubblici e privati; nei primi però è più facile un approccio olistico data la presenza nella stessa struttura di più figure specialistiche (internista, ortopedico, ostetrico, fisioterapista, dietista, ecc); presso i privati possono prevalere interessi commerciali. Ad ogni modo sia servizi pubblici, sia servizi privati sono restii a pubblicare i risultati, specie quelli a lungo termine (13).

E) *Auto-aiuto praticato con programmi on line* (16,19): è una metodica di intervento recente che viene utilizzata anche da Alcolisti Anonimi. I servizi psichiatrici anglosassoni la consigliano soprattutto per dare una alternativa a chi attende in lista il turno per essere sottoposto a psicoterapie; è indicata per pazienti con un punteggio basso nelle scale per la depressione ed una elevata motivazione a smettere abitudini alimentari scorrette.

Conclusioni

Da quanto detto, possiamo affermare che non esiste un metodo di sicura validità scientifica superiore ad altri, per fornire quelle motivazioni psicologiche che favoriscono l’osservanza di un regime dietetico corretto. Infatti il mantenimento nel tempo di una alimentazione corretta necessita una disciplina di vita impossibile per chi ha imparato ad usare il cibo a scopo gratificante o per sopire emozioni negative.

C’è da chiedersi quindi perché l’associazione OA sia così poco considerata nei servizi sanitari, specie italiani, anche se stanno indirizzandosi verso interventi più olistici della bulimia; peraltro va ricordato che l’intervento di OA è gratuito dato che questa associazione, come le altre associazioni anonime basate sui 12 passi, non accetta contributi esterni.

Le ragioni stanno soprattutto nella mancata conoscenza dell’esistenza di questa associazione e nelle differenze tra cultura professionale (propria degli operatori sanitari) e cultura esperienziale (propria di chi frequenta un gruppo di auto-aiuto) (20); cioè c’è una tendenza dei primi ad interferire nei processi che regolano la metodologia dei gruppi, con scarso rispetto della loro autonomia (almeno per quanto riguarda l’associazione anonima più nota, Alcolisti Anonimi). Inoltre il richiamo ad un deficit di spiritualità come causa di dipendenza è incompreso dalla maggior parte degli operatori sanitari, anche se, in esperimenti di “Self-Transcendancy” la Risonanza Magnetica funzionale permette di evidenziare l’attivazione di particolari circuiti cerebrali (21).

Un superamento di queste barriere sarebbe auspicabile in modo che i servizi sanitari possano valutare più obiettivamente indicazioni, controindicazioni, risultati della frequenza ad OA ed associarlo ai trattamenti più tradizionali.

Bibliografia

- 1) American Psychiatric Association. “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Ed” 2013.
- 2) Okkio alla Salute. “Obesity Day 2013” www.epicentro.it 10.10.2013

- 3) http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=24800 9.12.2014
- 4) Treasure J. et al. "Eating Disorders" *Lancet*, 375, 583, 2010
- 5) Gatti P.A. "Dipendenza da cibo e BMI" <http://www.obesita.it/html/approfondimenti/it> Ottobre 2014.
- 6) Goodrich J.K. et al. "Human Genetic Shape the Gut Microbioma" *Cell*, 159(4), 2014.
- 7) Connelly J.J. et al. "Personality, Behavior and Environmental Features Associated with OXTR Genetic Variants in British Mothers". *PLoS One*, 12, 9(3), 2014.
- 8) Lenti C. "Bulimia; dalla non-accettazione del proprio Io al senso di colpa" www.meteoweb.eu 19.10.2018.
- 9) Sibilio L. et al. "La psicoterapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della obesità" *Metabolismo Oggi*, 7(1), 19,1990
- 10) Bonfà et al. "Disturbi del comportamento alimentare" *Psychiatry on line-Italia* www.pol.it dicembre 2012
- 11) Jean G. "Disturbi del Comportamento alimentare (DCA) e il ruolo di Overeaters Anonymous". *Prospettive Soc. San.*, 43 (11), 2013.
- 12) Belsk A.C. et al. "Clues to mantaining calorie restriction? Psycosocial Profile of Successful Long-term Restrictors" <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24747211>
- 13) Istituto Superiore di Sanità. "Linee-guida italiane: obesità" 1999.
- 14) Istituto Superiore di Sanità. "Disturbi del Comportamento Alimentare. Documento di Consenso" 2012.
- 15) Hay P,P,J. et al. "Psychological Treatment for Bulimia Nervosa and Binging" *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009; (4); CD000562.
- 16) Sysko R. et al. "A critical Evaluation of the Efficacy of Self-help Interventions for the Treatment of Bulimia Nervosa and Binge-eating Disorders". *Int. J. Eat Disord.*, 41, 97, 2008.
- 17) Le Grange D. et al. "A randomized controlled comparison of Family-based Treatment and supportive Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa" *Arch.Gen.Psychiatry*, 64, 1049, 2007.
- 18) Overeaters Anonymous "Primo sommario dell'indagine sui membri" *Convention di Rimini* 2003.
- 19) Wagner G. et al. "Predictors for good therapeutic Outcome and Drop-out in Technology Assisted guided Self-help in the Treatment of Bulimia Nervosa and Bulimia like Phenotype" PMID 25448409 (PubMed) Dec 1th, 2014
- 20) Jean G. "Dalle necessità cliniche alla organizzazione dei servizi" *Tavola rotunda- Congr. FEDERSED – Sanremo*, 20-22 settembre 2006.
- 21) Editoriale "Scoperti i meccanismi della spiritualità" *Le Scienze* 10.2.2010