

Approccio globale e multidisciplinare all'obesità

L'analisi della psicopatologia dell'obesità offre un ventaglio di possibilità dal punto di vista diagnostico e il riconoscimento della presenza di un disturbo psichiatrico nel paziente obeso consente una migliore gestione del programma terapeutico

Negli ultimi anni un numero sempre maggiore di operatori è impegnato nella definizione di un approccio multidisciplinare all'obesità, che prevede la necessaria collaborazione tra specialisti appartenenti a diverse aree della medicina per la pianificazione di interventi appropriati in termini diagnostici, terapeutici e preventivi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica l'obesità come una condizione medica generale e la codifica con E66 (ICD-10) nell'ambito delle malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche.

Tuttavia, dal punto di vista clinico l'obesità si intreccia con la storia del soggetto e con il suo stile di vita, aprendo uno scenario nuovo che sollecita gli operatori sanitari a riformulare l'approccio usuale all'obesità con un approccio globale e multidisciplinare in grado di gestire la complessità della patologia.

In questo modo è possibile prendere in esame gli aspetti psicologici e psicopatologici connessi all'obesità, lo stile di vita sottostante e connesso alla struttura di personalità, la connessione con le patologie organiche, come lo stretto legame con la sindrome metabolica e l'impatto che l'obesità ha sulla qualità di vita del soggetto e sul suo funzionamento.

■ Psicopatologia dell'obesità

L'analisi della psicopatologia dell'obesità offre un ventaglio di possibilità dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

L'obesità è frequentemente associata a disturbi dello spettro ansioso-depressivo, come l'ansia generalizzata, il panico, il disturbo ossessivo-compulsivo o quadri depressivi nella molteplicità delle loro manifestazioni cliniche. Inoltre negli ultimi anni è stata osservata una maggiore incidenza in soggetti obesi del disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder - BED) o della sindrome dell'alimentazione notturna (night eating syndrome - NES).

Allo stato attuale delle conoscenze non è tuttavia possibile definire in termini univoci l'associazione costante tra l'obesità e specifici disturbi psichiatrici.

L'approccio più corretto tende a osservare e rilevare la presenza di peculiari sindromi come la BED o la presenza di specifici quadri depres-

sivi e a valutare nel singolo paziente obeso, l'importanza dei fattori psicologici e psicopatologici, facendo riferimento alla categoria "Fattori psicologici e comportamentali associati a sindromi o malattie classificate altrove", codificato con F54 dall'ICD-10.

In questo modo è possibile rilevare nel soggetto obeso la presenza di disturbi mentali, di sintomi psicologici, di peculiari tratti di personalità o stili di adattamento, la presenza di comportamenti sanitari maladattivi e le reazioni psicologiche correlate allo stress.

Si tratta cioè di codificare la valenza degli aspetti psichiatrici al fine di arrivare a definire un approccio terapeutico che tenga in debita considerazione questi aspetti che hanno un notevole impatto nella gestione dell'obesità.

Il disturbo da alimentazione incontrollata e la sindrome dell'alimentazione notturna

- Il BED (disturbo da alimentazione incontrollata) è caratterizzato essenzialmente da episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata, come mangiare, in un periodo definito di tempo (ad esempio in due ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo ed in circostanze simili e dalla sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio.

Si tratta di una categoria diagnostica codificata dal DSM-IV come un disturbo dell'alimentazione NAS, ma definita nell'appendice B tra i "Criteri e assi utilizzabili per ulteriori studi".

- La NES (night eating syndrome) o sindrome dell'alimentazione notturna, descritta per la prima volta nel 1955 da Albert Stunkard, si presenta come un disturbo caratterizzato da anoressia mattutina, iperfagia serale ed insonnia.

Recenti osservazioni indicano che le persone affette da NES mangiano circa l'80% delle volte che hanno risvegli notturni e che l'alimentazione notturna si verifica anche in posti inusuali come una camera d'ospedale, in vacanza o in casa di amici.

La NES colpisce l'1.5% della popolazione, predispone allo sviluppo dell'obesità ed è comunque presente in un terzo o più di soggetti con obesità.

■ Stile di vita disfunzionale

Uno degli aspetti più sostanziali di questo approccio è quello di stimolare il clinico a cogliere la natura profonda del disagio sia per la comprensione delle motivazioni sottese ad uno stile di vita che favorisce l'insorgenza dell'obesità, sia per la definizione di un programma terapeutico coerente con la struttura di personalità del paziente.

Se è vero che un individuo può essere obeso senza necessariamente presentare disturbi psicopatologici, è altrettanto nota la rilevanza in questi soggetti di tratti depressivi, ansiosi, ipocondriaci, isterici, schizoidi.

Gli obesi si presentano insicuri, sempre pronti a chiedere o a dare per soddisfare le esigenze degli altri nel tentativo di colmare vissuti depressivi o ansiosi. Presentano spesso un profilo di personalità caratterizzato dalla presenza di tratti di di-

pendenza affettiva, con problematiche relative alla identificazione psicossessuale e con difficoltà di definizione del "sé"; il cibo è vissuto come risposta ad uno stato di tensione generica (ansia, solitudine, eccetera) e fa da compenso alla mancanza di una soddisfacente immagine corporea e ad una bassa autostima.

Tutto ciò si traduce nell'acquisizione di uno stile di vita disfunzionale ritenuto da molti alla base della "epidemia globale" dell'obesità e di molte altre patologie, come la sindrome metabolica.

L'ICD-10 sottolinea l'importanza di questi fattori nella pratica clinica indicandoli tra i "Fattori influenzanti lo stato di salute ed il contatto con i servizi sanitari" (Z00-Z99) e nello specifico indica tra i "Problemi correlati allo stile di vita" la mancanza di esercizio fisico, le abitudini alimentari inappropriate e l'uso di tabacco o alcol.

Il 5-10% della popolazione obesa è caratterizzato da disturbi del comportamento alimentare rappresentati da assunzione di cibo in modo compulsivo e incontenibile due o più volte alla settimana in un contesto sociale in cui si consumano troppi cibi grassi e il lavoro e le attività ricreative sono di tipo sempre più sedentario. Situazioni di stress favoriscono così l'instaurarsi di meccanismi difensivi compensativi, come l'assunzione compulsiva di cibo, finalizzati al contenimento dell'insicurezza e dell'ansia.

■ Valutazione del paziente obeso

Per ogni paziente obeso è quindi necessario un attento inquadramento psicopatologico preliminare, di base, da considerare fondamentale per la definizione del programma terapeutico. Esso prevede la valutazione dell'obeso rispetto alla presenza di

un disturbo psichiatrico (comorbidità) e la contestuale valutazione delle caratteristiche di personalità per rilevarne tratti abnormi che condizionano in modo negativo la capacità adattiva dell'obeso rispetto a se stesso e al suo contesto di vita.

Tale inquadramento prevede la rilevazione dei disturbi psichici propriamente detti, in particolare i disturbi dello spettro ansioso-depressivo e i disturbi del comportamento alimentare, come il BED.

I disturbi ansiosi di maggiore rilevanza sono rappresentati dal disturbo da ansia generalizzata e dal disturbo di panico, nella molteplicità delle loro manifestazioni cliniche, mentre i quadri depressivi possono presentarsi con diversi livelli di gravità e con manifestazioni cliniche talvolta atipiche.

■ **Trattamento farmacologico**

La presenza di un disturbo psichiatrico richiede un trattamento specifico che si avvale di ansiolitici, di antidepressivi e di stabilizzanti del tono dell'umore, di programmi psicoterapeutici.

In particolare la presenza di un quadro depressivo o ansioso può essere gestita con l'utilizzo di antidepressivi come gli SSRI, gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina.

L'uso di questi antidepressivi è indicato in tutti i quadri depressivi e in molti disturbi dello spettro ansioso, come il disturbo da ansia generalizzata o il disturbo da attacchi di panico; precise indicazioni riguardano invece l'utilizzo degli stabilizzanti del tono dell'umore il cui utilizzo è strettamente specialistico.

I disturbi dello spettro ansioso-depressivo che possono condizionare in modo rilevante la gestione complessiva del paziente obeso richiedono un trattamento appropriato, sufficientemente protratto nel tempo ed attentamente monitorato.

■ **Programma psicoterapeutico**

Più difficile appare invece la definizione del profilo di personalità del paziente che può richiedere un tem-

po di osservazione più lungo; se la presenza di un chiaro disturbo psichiatrico è limitata ad una relativa percentuale di obesi, la rilevazione di peculiari caratteristiche di personalità ha una maggiore incidenza potendo interessare oltre il 60% degli obesi.

Le informazioni che si ricavano, oltre ad avere valore diagnostico, costituiscono il substrato su cui formulare l'intero programma terapeutico, poiché si ritiene che un intervento psicoterapeutico debba essere considerato parte integrante dello stesso. Ripristinare un sistema alimentare normale, aumentare la consapevolezza della connessione tra la bassa autostima e le pressioni sociali della dieta, modificare la definizione del sé, implementare il senso di autoefficacia percepita, aiutare il soggetto a sviluppare fiducia in se stesso rispetto a progettualità future rappresentano infatti obiettivi importanti del trattamento psicoterapeutico.

Esiste una obiettiva difficoltà nella scelta dell'indirizzo psicoterapeutico; molto utilizzato è l'approccio cognitivo-comportamentale, ma ciò che conta è la scelta del professionista e del relativo centro di riferimento.

Essendo il trattamento dell'obesità articolato in diverse fasi, la scelta del percorso psicoterapeutico può essere fatta verso una psicoterapia indivi-

duale, di gruppo e, laddove utile, una psicoterapia familiare; particolare rilevanza stanno assumendo negli ultimi anni le esperienze di gruppi di self-help o di auto-aiuto.

È tuttavia nota la difficoltà ad accettare un aiuto di tipo psicologico; inoltre anche la psicoterapia ha le sue indicazioni e controindicazioni e quindi non tutti vi possono accedere e non tutti ne traggono vantaggi.

In medicina generale è importante aiutare il soggetto a prendere consapevolezza della dimensione psicologica sottostante l'obesità e a cogliere l'opportunità dell'invio a un terapeuta nel momento in cui questa si presenta.

BIBLIOGRAFIA

- Dalle Grave R. Perdere e mantenere il peso. Un nuovo programma cognitivo comportamentale. Positive Press, Verona, 2004
- Fabricatore AN, Wadden TA. Obesity. *Ann Rev Clin Psychol* 2006; 2: 357-77.
- Larranaga A, Garcia-Mayor R. Psychological treatment for obesity. *Med Clin* 2007; 129: 387-91.
- OMS. Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi relativi alla salute, Decima revisione (ICD-10).
- Pellegrino F. Ansia sottosoglia. Positive Press, Verona 2003.
- Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med* 2005; 353: 2111-20.
- Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology* 2007; 132: 2226-38.

In sintesi

Approccio integrato all'obesità

1. Formulare la diagnosi di obesità (E66)
2. Valutare le condizioni generali del paziente e verificare la comorbidità organica e in particolare la presenza della sindrome metabolica
3. Valutare la valenza dei fattori psicologici connessi all'obesità (F54), in particolare valutare la presenza di disturbi psichici (per esempio disturbo da alimentazione incontrollata, episodio depressivo maggiore, disturbo d'ansia generalizzata, ecc), di disturbi di personalità (disturbo dipendente, narcisistico) o tratti abnormi di personalità (tendenza alla demoralizzazione, alessitimia, irritabilità) o di stili di vita disfunzionali (sedentarietà, abuso di alcolici, fumo di sigaretta).
4. Approfondire le conoscenze relative ai principali eventi della vita del paziente, al suo modo di gestire l'attività lavorativa, familiare, sociale.
5. Valutare quanto lo stato di malessere soggettivo o la patologia incide sulla funzionalità globale del soggetto.