

## **Grasso e pigro. Ipotesi sul percorso motivazionale nel paziente con Binge Eating Disorder**

Gian Luigi Luxardi

*Un articolo simile nei contenuti è stato pubblicato come capitolo all'interno del volume "Quando le emozioni diventano cibo. Psicoterapia cognitiva del Binge Eating Disorder" di Piergiuseppe Vinai e Patrizia Todisco, edito nel 2007 da Libreria Cortina Milano*

Tra i clinici e gli studiosi c'è un accordo pressoché unanime sull'importanza della valutazione e dell'intervento sulla motivazione del paziente nei disturbi alimentari e nell'obesità. Malgrado ciò si riscontra una sorprendente carenza di studi, sia riguardo alla concettualizzazione del problema che a ricerche sul campo, in particolare per quanto riguarda i pazienti affetti da Binge Eating Disorder. La mancanza di approfondimento su questi temi fa sì che, al di là della condivisione del principio, manchi una discussione sulla clinica del lavoro di motivazione e non siano sempre chiare le metodologie da utilizzare. A colmare queste lacune spesso si assiste al riemergere di modelli interpretativi inadeguati, quali il cosiddetto *modello morale* che enfatizza la forza di volontà del paziente come motore del cambiamento, ancora ampiamente diffusi nella popolazione e nella comunità scientifica. Questo modello interpretativo ha conseguenze negative quali il rinforzo all'autocolpevolizzazione dell'individuo (Dalle Grave et al., 1993) e la diffusione del pregiudizio sull'obesità, presente nella popolazione generale ma anche nell'ambito sanitario (Blumber et al., 1985; Maddox et al., 1969). Scopo di questo lavoro è di rintracciare alcune linee di riferimento sull'utilizzo dell'intervento motivazionale diretto a pazienti con Binge Eating Disorder, in rapporto ai modelli cognitivi e relazionali di mantenimento di questo disturbo. Una particolare attenzione verrà dedicata al concetto di *pigrizia*, poco studiato nonostante il suo continuo utilizzo a scopo esplicativo delle difficoltà motivazionali sia da parte dei pazienti che dei clinici.

### **La valutazione della motivazione**

La valutazione della motivazione del paziente viene raccomandata dalle linee guida per il trattamento dell'obesità (LIGIO, 1999). In particolare viene richiesto di valutare:

- Le ragioni che inducono a perdere peso e la determinazione a farlo
- La storia dei precedenti tentativi di perdere peso, riusciti e falliti.
- Il supporto da parte di familiari, amici, ambiente di lavoro.
- La conoscenza, da parte del soggetto, delle cause dell'obesità e delle malattie alle quali l'obesità contribuisce
- L'atteggiamento verso l'attività fisica
- La capacità di impegnarsi in attività fisiche
- Gli aspetti economici

Esistono strumenti specifici per la valutazione degli aspetti motivazionali, quali il *Dieting Readiness Test* (DRT, Brownell, 1991), un questionario autosomministrato di 23 items, diviso in sei parti, ognuna delle quali esplora un'area del comportamento alimentare: finalità e atteggiamento verso la dieta, fame e desiderio di mangiare, grado di controllo sull'alimentazione, presenza di abbuffate compulsive e condotte eliminative, tendenza a mangiare in seguito a stimoli emotivi e attività fisica svolta. Sul questionario stesso, al termine di ogni sottoscala, viene fornito un commento sul punteggio ottenuto. Il *Decisional Balance Inventory* (DBI) (O'Connell et al., 1995). è un questionario autosomministrato di 20 quesiti finalizzato a valutare i vantaggi e gli svantaggi della decisione di perdere peso seguendo una dieta. Per ogni item ci sono cinque risposte possibili. In base al punteggio si può avere un'idea della motivazione del soggetto ad attenersi alla dieta e della possibilità di un risultato positivo. L'*Eating Self Efficacy Scale* (ESES) (Glynn, Ruderman, 1986), è un questionario autosomministrato di 25 items che descrivono situazioni in cui la persona pensa di riuscire a controllare o meno la propria alimentazione. Misura la fiducia nelle proprie capacità di fronteggiare situazioni in cui può risultare difficile controllarsi nel mangiare. Per ciò che riguarda i Disturbi dell'Alimentazione esistono pochi strumenti empirici utilizzati per valutare la motivazione. Il più conosciuto è probabilmente il *University of Rhode Island Change*

*Assessment Scale* (URICA; McConaughy, DiClemente, Prochaska, Velicer, 1989). Si tratta di un questionario autosomministrato di 32 items che valuta quattro stadi di disponibilità al cambiamento rispetto ad un problema generale, sulla base del modello transteoretico di Prochaska (Prochaska, DiClemente, 1986), utilizzato originariamente per valutare la motivazione a smettere di fumare. La mancanza di specificità appare il limite maggiore. Negli items, infatti, si fa riferimento ad un *problema* non definito rispetto al quale si valuta l'atteggiamento del soggetto. La complessità insita nella definizione di quale sia il problema nella relazione con un soggetto con Disturbo dell'Alimentazione rende problematico l'uso di questo strumento (Hasler et al, 2003).

Recentemente è stato sviluppato un questionario per la valutazione della disponibilità al cambiamento nell'Anoressia Nervosa. Questo strumento, chiamato Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ, Rieger et al, 2000) è un questionario autosomministrato di 23 items che valuta aspetti relativi a peso e forma corporea, comportamento alimentare, strategie di controllo del peso, difficoltà emozionali, caratteristiche di personalità problematiche, difficoltà sociali e aspettative di risultato nel trattamento dell'anoressia. Per ogni item sono presenti cinque affermazioni relativa ad ognuno degli stadi del modello di Prochaska, tra le quali il soggetto deve operare la sua scelta.

Wolk e Devlin (2001) hanno utilizzato la *Stage of Change Scale* (SOC) per valutare la disponibilità al cambiamento in un campione di soggetti con Bulimia Nervosa. Si tratta di un semplice algoritmo di tre domande (1: *Intendo interrompere le abbuffate e il vomito nei prossimi sei mesi?*, 2: *Intendo interrompere le abbuffate e il vomito nei prossimi 30 giorni*, 3: *nell'anno trascorso, prima di venire in questa clinica ho definito un programma per smettere di abbuffarmi e vomitare (da sola o con l'aiuto di altri) e ora ho effettivamente intenzione di portarlo avanti?*). Sulla base delle risposte l'algoritmo colloca il soggetto in uno degli stadi del cambiamento, secondo lo schema che segue.

Domanda #1	Domanda #1	Domanda #1	Stadio
No	---	---	Precontemplazione
Si	No	Si	Contemplazione
Si	Si	No	Contemplazione
Si	Si	Si	Determinazione

Questo strumento non è stato validato statisticamente e quindi l'attendibilità è dubbia.

Non sono stati individuati strumenti analoghi indirizzati specificatamente al Binge Eating Disorder. Uno strumento rivolto alle peculiarità di questo disturbo potrebbe avere una sua utilità, per la pluralità di sfaccettature presenti nell'espressione di questa patologia e la compresenza di finalità diverse e non sempre univoche in chi affronta il trattamento (p.e. dimagrire e ridurre le abbuffate). Lo strumento che maggiormente si avvicina a soddisfare queste esigenze è il *Dieting Readiness Test*, che tuttavia si limita a considerare le caratteristiche peculiari del BED come complicazioni nel programma di dimagrimento.

### **Peculiarità del Binge Eating Disorder e aspetti motivazionali**

Il BED presenta, come gli altri disturbi alimentari, aspetti egosintonici ed egodistonici. L'esperienza clinica evidenzia quanto sia importante, nella costruzione di un'alleanza terapeutica, far leva sugli aspetti egodistonici per aiutare il paziente a vincere l'ambivalenza che lo lega ai propri comportamenti disfunzionali e ne impedisce ogni tentativo di cambiamento (Bauer, Ventura, 1998). A questo scopo è utile costruire un modello che permetta al clinico di tenere presente quali sono i vantaggi che il disturbo porta al paziente, in modo da costruire in maniera coerente un percorso terapeutico che consenta al cliente di elaborare nuove strategie comportamentali al posto di quelle disfunzionali basate sul sintomo. I comportamenti sintomatici vengono probabilmente percepiti come la soluzione trovata per stare meglio, ossia come una "medicina", pur con gli inevitabili effetti collaterali (Ostuzzi, Luxardi, 2003), che il paziente conosce ma che è riluttante a lasciare in cambio di qualcosa di cui non ha esperienza. È importante riconoscere la natura peculiare della relazione che si stabilisce tra il paziente ed il proprio comportamento nel quadro del Binge

Eating Disorder. A questo proposito è utile ripercorrere le osservazioni sulla fenomenologia di questo disturbo.

A differenza di ciò che accade nella Bulimia Nervosa, nel BED non si riscontra una tendenza alla restrizione alimentare (Caputo, Ardovini, Dalle Grave, Todisco, 1995; Marcus, 1993,1995; Wilson e Smith, 1989). Questo differenzia i due disturbi non solo nel pattern comportamentale ma anche per ciò che riguarda le ipotesi patogenetiche (Devlin et al., 2004). Se infatti nella bulimia la restrizione gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo delle compulsioni alimentari, nel BED oltre la metà dei casi riferisce di aver iniziato ad abbuffarsi prima di qualsiasi tentativo di dieta (Wilson et al., 1993). L'abbuffata sembra quindi avere una sua autonomia e non appare causata dalla pressione biologica a rialimentarsi. Questa considerazione sembra essere confermata dall'osservazione che nei soggetti BED la restrizione calorica e la perdita di peso non comporta un aumento delle abbuffate (Agras et al., 1994; Telch e Agras, 1993; La Porte, 1992; Wadden et al., 1992; Marcus et al., 1995; Dalle Grave, 1997) ma, al contrario, ad una loro riduzione e ad un miglioramento del tono dell'umore (Marcus et al., 1995; Gladis et al., 1998).

Una seconda peculiarità di questo disturbo è costituita dalla minore importanza attribuita alla magrezza nella valutazione di sé (Marcus, 1997). Questi pazienti infatti accettano un peso superiore alla norma nonostante il vissuto caratterizzato da insoddisfazione e disprezzo per il proprio corpo (Marcus, 1993). Nel contempo presentano una storia clinica caratterizzata da numerosi episodi di dieta e oscillazioni di peso (Spitzer et al., 1992; Spitzer et al., 1993).

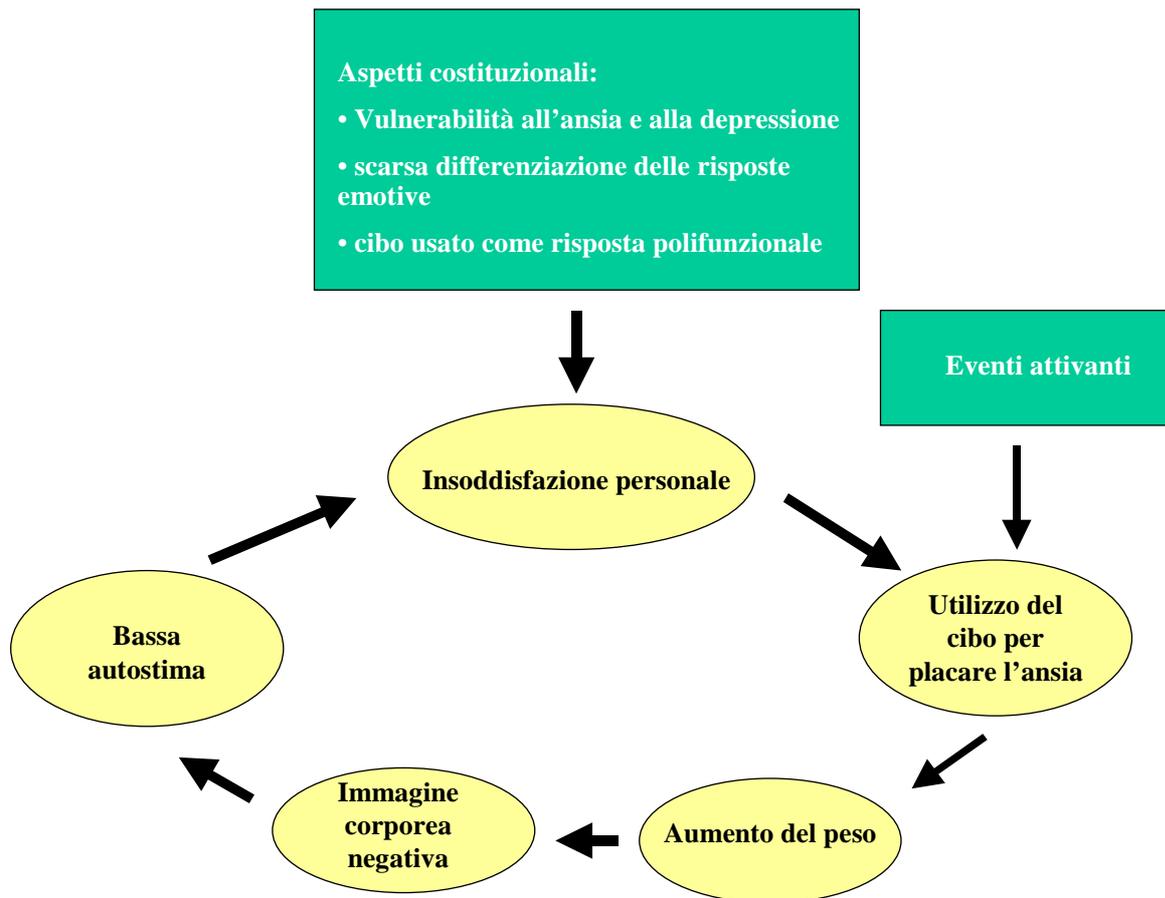
Un ruolo importante viene giocato dalla storia dei fallimenti terapeutici che influisce sulle aspettative di riuscita dei tentativi futuri e indirettamente sull'autostima. Spesso i pazienti adottano una visione moralistica, interiorizzando i pregiudizi contro l'obesità presenti nella nostra cultura (Dalle Grave, 2001). Viene attribuita la difficoltà a controllare l'alimentazione alla propria mancanza di volontà e pigrizia, costruendo un'immagine di sé debole e incapace e, in una profezia che si autoavvera, evitando progressivamente l'assunzione di responsabilità.

Altra caratteristica riscontrata nel BED è quella di una maggiore sofferenza psicologica rispetto agli altri soggetti obesi. È stata evidenziata una comorbidità psichiatrica in misura significativa per la depressione (Marcus, 1993,1995; Prather e Williamson, 1988; Yanovski et al., 1993) e una prevalenza lifetime più elevata per altri problemi psichiatrici quali disturbi d'ansia, di umore e di personalità (Fitzgibbon e Kirshenbaum, 1990; Kolotkin et al., 1987; Marcus, 1995). Rispetto ai soggetti bulimici si riscontra un minor livello psicopatologico per ciò che riguarda abuso di sostanze, disturbo ossessivo-compulsivo, storie di abuso sessuale (Hudson et al., 1998; Marcus, 1995) e sintomi dissociativi (Dalle Grave, Rigamonti, Todisco e Oliosi, 1997).

Quale rapporto può essere rintracciato tra gli elementi esaminati, al fine di individuare un circuito di mantenimento del disturbo? Il rapporto tra BED e obesità sembra implicare l'abbuffata come sintomo primario che porta all'aumento di peso (Dingemans et al., 2002). Marcus (1997) ipotizza una "sindrome del discontrollo" nei confronti dell'alimentazione in presenza di una vulnerabilità all'obesità e/o alla depressione. La dieta potrebbe rappresentare un tentativo di recuperare il controllo sull'alimentazione e sul peso. Altri autori (Katznan et al., 1984) ipotizzano una funzione adattiva del BED. Considerazioni relative all'utilizzo del cibo in funzione di controllo dell'ansia vengono già espresse in una rassegna della letteratura compiuta da Kaplan e Kaplan (1957) relativa ai casi di obesità con una causalità psichica. Il comportamento iperfagico è visto come un mezzo di riduzione dell'arousal emotivo attraverso una reazione ansiolitica compensatoria. Ganley (1989) riporta che nel 60-90% dei grandi obesi gli eccessi alimentari sono conseguenza di stati depressivi dell'umore, ansia, sentimenti di inadeguatezza, di insoddisfazione, di noia o rabbia o frustrazione rispetto alle relazioni sociali. Secondo alcuni studi (Robinson, Folstein, 1980; Pancheri e Biondi, 1979) i soggetti obesi mostrano una tendenza maggiore a ridurre l'ansia attraverso l'assunzione di cibo e a questo meccanismo si aggiungerebbe una maggior dipendenza relativa a stimoli e rituali legati al cibo. Una delle prime interpretazioni di un meccanismo psicologico alla base del problema dell'obesità è stata formulata da Hilde Bruch nel 1973. Veniva ipotizzata una difficoltà percettiva da parte del bambino nel riconoscere fame e sazietà e nel distinguerle da altre sensazioni di

malessere legate a stati corporei o emotivi. Secondo la Bruch il bambino prova alla nascita sensazioni indifferenziate di malessere o benessere ed impara a distinguere i diversi bisogni corporei (fame, sete, bisogno di contatto, sonno, ecc.) attraverso le risposte della madre che riconosce in modo vicario le necessità del suo bambino e le affronta in maniera diversificata. Se tuttavia la madre è in difficoltà nel riconoscere il motivo del pianto del figlio, l'offerta del seno rappresenta comunque una risposta valida a placare il malessere. In questo modo il cibo può essere usato dalla madre come risposta polivalente, adattabile ad ogni tipo di necessità, con la conseguenza che il bambino apprenderà a livello implicito che la risposta alimentare è valida per affrontare qualsiasi tipo di disagio. Questa funzione polivalente dell'alimentazione si manterrà anche nell'età adulta quando ogni tipo di sensazione ed emozione, negativa e positiva, tenderà a trasformarsi nella ricerca compulsiva di cibo. Compare quindi il fenomeno dell'*emotional eating* (Abramson, 1993) che si manifesta in situazioni stressanti (caratterizzato comunque da livelli elevati di emotività, anche di segno positivo) anche in assenza di fame reale. Inoltre è stato osservato (Nagler e Androff, 1990) che il pensiero di essere nell'impossibilità di calmarsi mangiando suscita, nei soggetti BED, reazioni ansiose descritte come Non-eating Disorder. In altre parole, la restrizione diventa un vero e proprio elemento fobico (si struttura un'ansia relativa alla restrizione) che impedisce al paziente di intraprendere un qualsiasi tentativo di controllare la propria alimentazione.

L'unificazione di queste osservazioni all'interno di un modello coerente porta a definire come soggetto a rischio un individuo con vulnerabilità di tipo depressivo ansioso che presenta nel contempo una tendenza ad usare il cibo come risposta polivalente nella gestione della propria emotività. L'insoddisfazione personale, così come gli eventi critici di vita, portano ad un abuso della risposta alimentare, che di per sé si rivela efficace e si struttura sempre maggiormente. Lo stimolo condizionato, lo stato di intensa emotività, diventa sempre più difficilmente distinguibile da quello naturale della fame biologica e va a costituire l'ossatura della fame emotiva. Il conseguente aumento di peso e l'immagine corporea negativa incidono tuttavia profondamente sull'autostima e determinano un peggioramento dell'insoddisfazione personale.



**tabella 1: il circolo vizioso della fame emotiva**

L'insoddisfazione personale può rappresentare un elemento motivazionale per iniziare un trattamento per la riduzione del peso, tuttavia l'assunzione di un atteggiamento restrittivo induce frustrazione per la mancanza del cibo come elemento di controllo dell'emotività. Questo aspetto può essere reso ulteriormente problematico se compaiono eventi critici che richiedano un adattamento al soggetto. La tensione derivante, unita alla pressione biologica dovuta alla restrizione, può portare alla comparsa di abbuffate. Dei due elementi citati, in base alle osservazioni riportate più sopra, lo stato emotivo intenso sembra giocare il ruolo predominante, mentre la pressione biologica può essere anche assente. Probabilmente il rinforzo positivo dovuto alla riduzione dell'ansia a seguito dell'abbuffata porta nel tempo ad una strutturazione sempre maggiore di questa risposta come automatismo. Possiamo ragionevolmente pensare che questo comportamento sia supportato da meccanismi cognitivi di mantenimento del disturbo, che incidono negativamente sull'autoefficacia (Bandura, 1977). Conseguenza di ciò può essere l'abbandono ed il fallimento del trattamento con una ricaduta negativa a cascata sull'autostima e il senso di insoddisfazione personale.

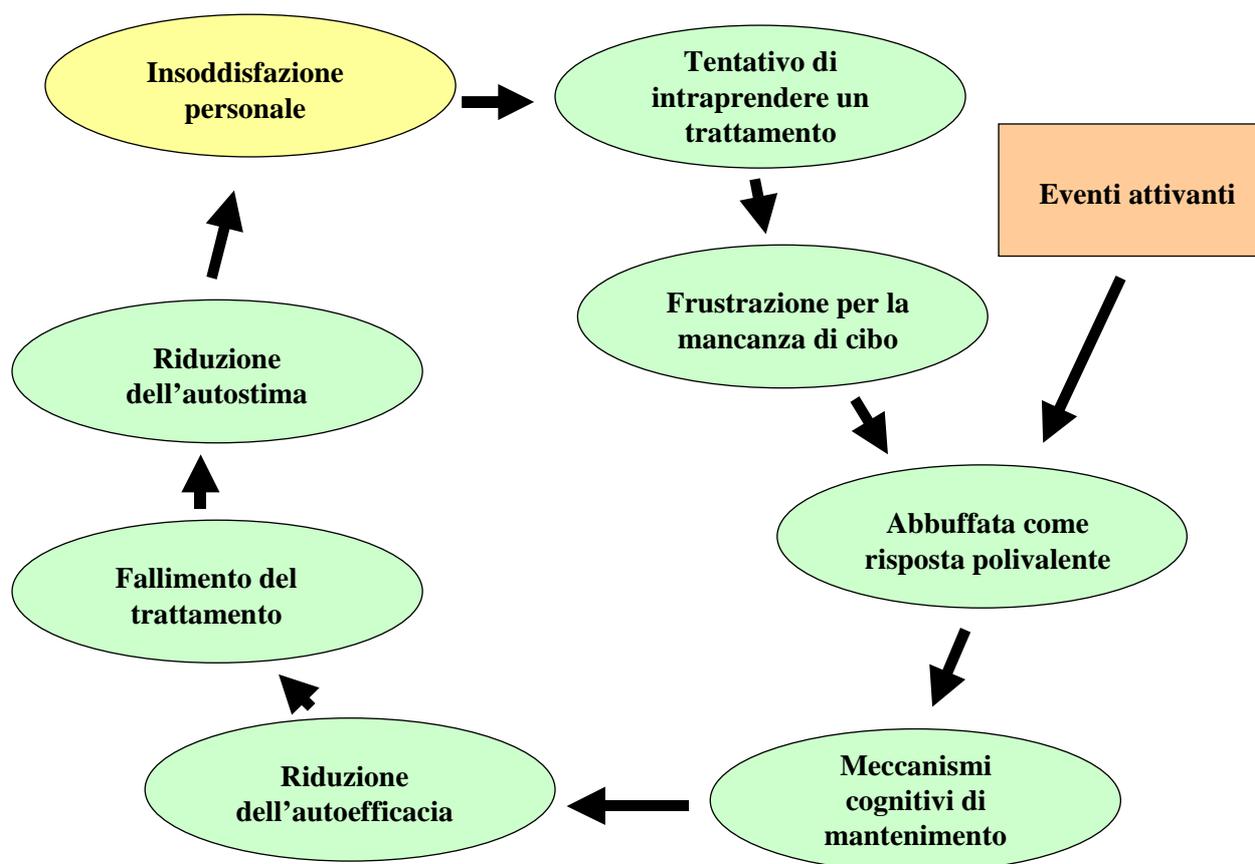


tabella 2: il circolo vizioso del mantenimento del BED

### Meccanismi cognitivi nel processo motivazionale

Si può identificare il concetto di motivazione come la disposizione al cambiamento (Miller, Rollnick, 1991; Bauer, Ventura, 1998), uno stato dinamico influenzato da variabili interne ed esterne all'individuo. La motivazione determina la scelta di intraprendere delle azioni che portino ad un cambiamento, di investire una certa quantità di energie e di mantenere i risultati nel tempo.

Il modello a cinque stadi di Prochaska e DiClemente (1983) individua le fasi attraverso cui il soggetto riconosce e definisce il comportamento problema, si determina ad affrontarlo, agisce e infine mantiene il nuovo comportamento. La dinamicità di questo processo è data dalle focalizzazioni successive del comportamento bersaglio e dei suoi correlati, non necessariamente coerenti tra loro e lineari, che danno al fenomeno un andamento oscillatorio che prevede il ripensamento o la ricaduta come una fase normale del processo.

I cinque stadi possono essere riassunti come segue:

**Precontemplazione.** In questa fase il soggetto non ha la percezione del problema, abitualmente non chiede aiuto e si presenta ai curanti su sollecitazione di altri. È solitamente infastidito dalla visita, che percepisce come un'intrusione. Si trova, dal punto di vista cognitivo, in uno stato di equilibrio in cui è assente la percezione di qualsivoglia svantaggio che potrebbe indurlo ad agire per operare dei cambiamenti. Ciò può essere dovuto ad una mancanza di consapevolezza ma anche ad un atteggiamento di sfiducia dovuto a precedenti fallimenti. In questa condizione dare consigli prescrittivi è generalmente controproducente (Rollnick e MacEwan, 1991). Dopo aver opportunamente lavorato per creare una relazione di fiducia in cui la persona non si senta minacciata, è necessario fornire informazioni che portino il soggetto ad operare una ristrutturazione cognitiva. La nuova centratura della situazione deve consentire l'individuazione di modalità per affrontare il problema che non erano visibili precedentemente.

**Contemplazione.** È la fase dell'ambivalenza. Il soggetto ha una parziale consapevolezza del problema ma oscilla tra centrature diverse: da un lato l'aspettativa del cambiamento che lo attrae ma genera l'ansia di cimentarsi in un compito gravoso, dall'altra la situazione di partenza, problematica ma ben conosciuta. È probabile che in questa fase la persona sia estremamente influenzabile dalle vicende esterne. Essendo infatti il suo sistema cognitivo in una fase "lontana dall'equilibrio" (Prigogine, 1981) le aspettative positive e negative per il cambiamento tenderanno a subire amplificazioni in ragione del mantenimento di un'omeostasi che minimizzi il disagio percepito. Il paziente BED va aiutato ad individuare quegli aspetti del suo disturbo che, seppure in maniera disfunzionale, gli permettono un adattamento nelle condizioni di stress (p.e. l'utilizzo del cibo per sedare la tensione o riempire momenti vuoti) e ad identificare possibili comportamenti alternativi. La motivazione al cambiamento inizia ad essere precisata quando si percepisce che i costi del comportamento problematico sono maggiori dei vantaggi. L'operatore deve sostenere il paziente in questa nuova visione delle cose, con interventi atti a rinforzare le ragioni. Possono essere utili le tecniche della *bilancia cognitiva*, in cui vantaggi e svantaggi vengono raffrontati, e quella della *lettera dal futuro*, che consente alla persona di confrontarsi con le conseguenze del suo disturbo.

**Determinazione.** Questa fase rappresenta uno "sbilanciamento" verso il cambiamento. Non possiamo considerarlo un passo definitivo, poiché il sistema di mantenimento del disturbo è ancora disponibile e conserva le sue potenzialità adattive. Si tratta di una finestra di opportunità che resta aperta per un certo tempo. Se viene sfruttata per passare alla fase dell'azione si può avviare il processo di cambiamento. In caso contrario si ha una regressione alla fase della *contemplazione*. È la fase in cui va elaborata una strategia efficace di cambiamento. L'operatore ha in primo luogo il compito di aiutare il cliente a sistematizzare la sua decisione, riepilogando il percorso compiuto in modo da familiarizzare con la nuova centratura del problema. Nel contempo è necessario aiutarlo a riconoscere gli stati mentali che possono accentuare l'ambivalenza, in modo da renderli prevedibili e gestibili attraverso strategie opportune. Di importanza cruciale è la definizione degli obiettivi, che spesso vengono posti in modo vago o irrealistico, con la conseguenza per il soggetto di affrontare le azioni necessarie per il cambiamento senza la possibilità di avere un feedback che lo possa orientare. Spesso vengono sottostimate le difficoltà, i tempi, le abilità da acquisire, con il risultato di deludere le aspettative e ridurre l'autoefficacia. Il paziente BED riporta spesso aspettative inadeguate per ciò che riguarda la perdita di peso (Masheb e Grilo, 2002). È importante che gli obiettivi vengano il più possibile operazionalizzati e definiti in termini di comportamenti da modificare o acquisire, in una scala che va dai sotto-obiettivi propedeutici ai target conclusivi.

**Azione.** L'applicazione di quanto elaborato nella fase della programmazione deve prevedere un sostegno adeguato che permetta al soggetto di valutare accuratamente i feedback delle sue azioni e affrontare le difficoltà non previste. L'utilizzo di tecniche di problem solving, l'analisi dei pensieri disfunzionali, le strategie per prevenire e gestire l'impulso possono rappresentare alcuni dei supporti decisivi per implementare il programma. Il successo nella realizzazione degli obiettivi, lungo la scala costruita precedentemente, rappresenta il principale fattore di rinforzo e innesca un circolo virtuoso in cui autoefficacia e motivazione al cambiamento si amplificano reciprocamente.

**Mantenimento e ricaduta.** La fase del mantenimento è particolarmente complessa e va preparata accuratamente. L'aspettativa del paziente, se il programma si è svolto con successo, è quella di aver risolto il problema. Ciò può portare ad una diminuzione dell'attenzione relativa ai comportamenti problematici. Contemporaneamente viene a ridursi il sostegno da parte del terapeuta e non è più previsto l'uso del disturbo alimentare in funzione adattiva. Ciò che inizialmente veniva affrontato con modalità patologiche (il disturbo veniva usato come una "medicina") e in seguito attraverso il sostegno del terapeuta, ora richiede l'utilizzo di abilità di recente acquisizione o ancora completamente da costruire. Non è possibile pensare infatti che per mantenere il cambiamento e affrontare la quotidianità della vita siano sufficienti le abilità necessarie per effettuare il cambiamento in sé. Da questo punto di vista è probabile che la prosecuzione del sostegno, integrato nel proprio stile di vita, rappresenti una delle ragioni dell'efficacia dei gruppi di self-help (Latner, 2001, 2002).

La ricaduta rappresenta quindi un evento probabile rispetto a cui il paziente va adeguatamente preparato. I meccanismi della ricaduta sono forse quelli più approfonditamente studiati e vengono esaminati nel paragrafo successivo.

### **La motivazione in crisi: la ricaduta**

I dati relativi al mantenimento dei risultati raggiunti nei soggetti affetti da BED appaiono controversi. Il disturbo in sé, nonostante gli aspetti contraddittori e probabilmente a causa del duplice problema della presenza del soprappeso e delle abbuffate, sembra essere un fattore prognostico negativo rispetto al mantenimento della perdita del peso corporeo (Marcus, 1995). La medesima contraddittorietà si è rilevata negli studi sul drop-out, dove vengono attribuiti tassi superiori agli obesi non BED (Wadden et al., 1992) così come inferiori (Ho et al, 1995). È probabile che la diversità dei risultati sia da attribuirsi ad una mancata valutazione del trattamento proposto (finalizzato alla gestione del Binge Eating oppure del peso) e del contesto, internistico o psichiatrico, in cui viene somministrato (Dalle Grave, Todisco, 1998). La scarsa tenuta dei soggetti con BED viene attribuita all'utilizzo delle abbuffate in relazione a stati emotivi negativi e impulsività (Dalle Grave, Todisco, Oliosi, 1996) così come ad elevati livelli di stress dovuti a eventi di vita (Wadden et al., 1992). Nel loro lavoro sul fenomeno della *ricaduta*, Marlatt e Gordon (1985) mettono in relazione il mantenimento del risultato raggiunto con la capacità di fronteggiare le *situazioni ad alto rischio* (circostanze in cui l'individuo è impreparato ad affrontare difficoltà di tipo relazionale o emotivo) attraverso opportune *abilità di coping*. In caso di successo l'individuo sperimenterà un senso di autocontrollo e rinforzerà la propria autoefficacia. In caso contrario si verificherà invece una diminuzione dell'autoefficacia e la tendenza a perdere il controllo e a mangiare in eccesso. La perdita di controllo, mediata dalle aspettative positive per le conseguenze (la piacevolezza di un cibo, la soddisfazione di mangiare con gli amici, ecc.) portano al riemergere dei vecchi schemi di comportamento. La perdita di controllo, come evento singolo, rappresenta un *lapse* (scivolata) di per sé privo di importanza rispetto ai risultati raggiunti ma che, se ripetuto, demotiva il paziente e lo porta a dubitare delle sue capacità di tenuta, creando un circolo vizioso che conduce alla ricaduta (*relapse*) e all'abbandono del programma. Questo fenomeno, secondo Marlatt e Gordon (1985), è sostenuto da una serie di cambiamenti nello stato cognitivo del soggetto. Un aspetto critico è il significato che viene attribuito al *lapse*. Il paziente può considerarlo nella sua singolarità: una svista, un errore da cui è possibile apprendere una modalità più efficace per fronteggiare la situazione. In questo caso il *lapse* assume la funzione positiva di testare le abilità acquisite e di permetterne il miglioramento. Spesso la reazione tuttavia è quella di amplificare in senso "catastrofico" ciò che è accaduto e di attribuire la perdita di controllo alla propria incapacità e mancanza di volontà. Marlatt descrive questo fenomeno come "effetto della violazione dell'astinenza", una reazione cognitiva che può portare al *relapse*, caratterizzata da due elementi: la *dissonanza cognitiva* e l'*autoattribuzione*. La dissonanza cognitiva (Festinger, 1957) si verifica quando in un individuo sperimenta una incongruenza tra le proprie opinioni, nozioni, credenze e il comportamento. La dissonanza cognitiva produce uno stato di tensione sgradevole che spinge la persona ad operare un cambiamento per ridurlo, allo stesso modo di un impulso o di uno stato di bisogno. La dissonanza può essere ridotta modificando il proprio punto di vista rispetto al problema. Nel nostro caso entrano in conflitto il proposito di controllare la propria alimentazione, su cui l'individuo ha investito per tutta la durata del programma, e le aspettative positive per la violazione del controllo stesso. Non va dimenticato che, oltre della piacevolezza dell'assunzione di un determinato cibo, l'alimentazione veicola per il paziente una serie di risposte che vanno molto al di là di quella alimentare. La dissonanza può essere ridotta attraverso il ridimensionamento dell'importanza del programma seguito, l'amplificazione delle aspettative positive derivanti dalla trasgressione, o l'autoattribuzione di caratteristiche negative che rendono vano il perseguimento del programma. L'attribuzione della perdita di controllo alla propria mancanza di volontà o di valore personale induce da un lato un senso di colpa che aggrava il conflitto e favorisce l'alimentazione

emotiva; dall'altro riduce il senso di autoefficacia e predispone la persona al fallimento del proprio tentativo di cambiamento

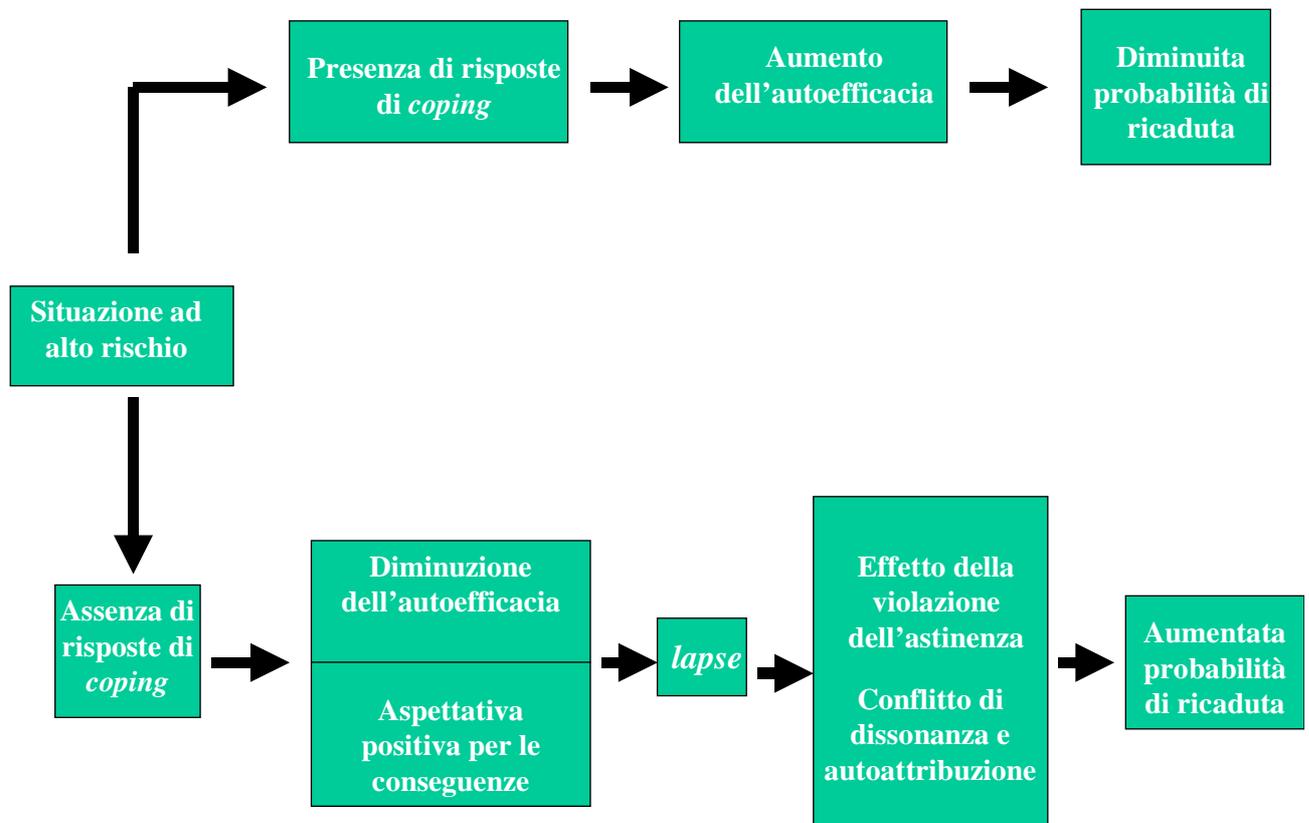


figura 3: Modello cognitivo-comportamentale della ricaduta (da Dalle Grave, Todisco, 1998)

### Il costrutto della pigrizia

Affrontare un concetto così comunemente utilizzato nel linguaggio quotidiano e contemporaneamente poco definito, è un compito complesso. Di fatto come clinici ci troviamo a confrontarci con spiegazioni, relative alla difficoltà di seguire le cure o alla personalità del paziente, che impiegano frequentemente questo costrutto. Non solo, l'utilizzo della *pigrizia* come chiave esplicativa elicitava abitualmente stati d'animo negativi ed ha il potere di evocare il *modello morale* come cornice interpretativa.

Nella storia del pensiero si rintracciano pochi accenni al concetto. In ambito filosofico si riscontra la *ignava ratio* o *pigra ragione* di cui parlano Cicerone (De fato, c.12,28) e Seneca (Ep.mor., II,4,16) ripresa poi da Leibniz in *Essais de Théodicée* (pref.par.8). Si tratta del "sofisma del pigro" o "sofisma dell'infinito non compreso" cioè il concetto a cui pervengono coloro che giudicando ogni cosa voluta dal fato o da Dio e quindi imperscrutabile, rinunciano a priori ad andare avanti nel ragionamento e nell'azione. Leibniz in particolare afferma: "Les hommes presque de tout temps ont été troublés par un sophisme que les anciens appelaient la raison paresseuses parce qu'il allait a rien faire, ou du moins a n'avoir soin de rien, et à ne suivre que le penchant des plaisirs présents." Maggiore fortuna si ha con il concetto analogo di *accidia*, che nel pensiero cristiano è considerato uno dei vizi capitali, che tende a paralizzare la volontà, si oppone di natura sua alla pratica di tutte le virtù e risulta quindi dannosissimo alla crescita umana e spirituale. Il concetto di *pigrizia* (o di *accidia*) appare dunque inestricabilmente legato alla percezione del divario tra le proprie forze e

l'entità del compito da affrontare, dovuto però ad un proprio difetto di interpretazione e conseguentemente al senso di colpa. Definirsi "pigro" ha un effetto paralizzante, in quanto configura una profezia che si autoavvera, con conseguenze negative sul concetto di sé.

Una riflessione sul lavoro clinico può portarci a individuare una situazione maggiormente variegata. Ad esempio possiamo notare che una certa psicologia *naïf* vede nella pigrizia una sorta di tratto di personalità, tuttavia l'esperienza clinica mostra che spesso il paziente che si lamenta della propria pigrizia e scarsa forza di volontà è, in altre aree della propria vita, assolutamente attivo e determinato. Quale ipotesi possiamo avanzare rispetto a questo atteggiamento?

Ciò che viene definito come pigrizia sembra essere una forma di resistenza al cambiamento, che si manifesta attraverso un'amplificazione delle difficoltà ed una minimizzazione dei vantaggi che potrebbero venirci. Più precisamente sembra avere a che fare con una valorizzazione dei vantaggi a breve termine contrapposti a quelli a lungo termine, che in genere il paziente definisce in modo insufficiente e quindi percepisce lontani e poco attraenti. Possiamo inoltre ipotizzare una connessione tra la percezione amplificata delle difficoltà del cambiamento ed una serie di fattori di tipo cognitivo e relazionale, che proviamo ad elencare:

- Aspetti relativi all'evitamento dell'ansia rispetto ad un compito gravoso. Il paziente percepisce la difficoltà del compito che si appresta ad affrontare e prova disagio per l'attivazione nervosa che ne deriva.
- Mantenimento dell'omeostasi. Talvolta il paziente percepisce il cambiamento come un allontanamento dalla condizione di equilibrio, pur disfunzionale, in cui si trova attualmente. Ciò può avere una valenza interna, collegata con il mantenimento della visione di sé, o esterna, legata alle aspettative da parte degli altri significativi o al mantenimento di vantaggi secondari.
- Perfezionismo – timore dell'errore. I pazienti con costrutti cognitivi caratterizzati da perfezionismo patologico (Sassaroli, Ruggiero, 2002) presentano timori ansiosi legati alla mancata accettazione della possibilità di commettere un errore, che avrebbe conseguenze intollerabili nella valutazione di sé. È probabile che queste persone siano anche in difficoltà nel definire realisticamente gli obiettivi da raggiungere, che restano legati ad una logica "tutto o niente".
- Paura del fallimento. L'esperienza di fallimenti precedenti e la presenza di costrutti cognitivi di tipo catastrofico (Sassaroli, Ruggiero, 2002), portano a formulare previsioni negative rispetto ai tentativi intrapresi. Ne consegue il timore di una autovalutazione negativa in termini di indegnità, incapacità, debolezza, ecc.
- Presenza di pensieri disfunzionali relativi a pretese rigide nell'attuazione del programma. Talvolta il paziente percepisce il compito maggiormente gravoso per una mancanza di flessibilità nell'applicazione del piano. Ogni scostamento dalla traccia prevista genera un effetto di dissonanza cognitiva con un aumento della percezione della fatica relativa al compito. Varianti di questo tema possono essere considerate la pretesa di una gratificazione immediata o di risultati in tempi brevi.
- Autosvalutazione. In presenza di pensieri disfunzionali relativi al proprio valore e alle proprie capacità di fronteggiare il problema, viene amplificata la gravosità del compito, con conseguente aumento dell'ansia.

La dissonanza tra il proposito di cambiare e i meccanismi descritti crea uno stato di disagio che si risolve con una riduzione dell'investimento nel programma di cura, attribuito prevalentemente ad un deficit di volontà personale e/o alla difficoltà del compito rispetto alle proprie capacità. Lo stato di tensione conseguente viene ridotto con l'uso del cibo, rinforzando il circolo vizioso di mantenimento del problema. Il meccanismo descritto da Marlatt (1985) della riduzione della dissonanza cognitiva attraverso meccanismi di autoattribuzione sembra agire anche in questo caso, non solo in occasione della violazione del controllo, ma anche nella formulazione delle aspettative del cambiamento. In altre parole, il paziente, nell'apprestarsi ad affrontare il compito, opera una

serie di valutazioni, in maniera più o meno implicita, sul possibile andamento e sulle difficoltà connesse e, per effetto dei meccanismi descritti, ne trae una autovalutazione di inadeguatezza alla complessità del compito. Possiamo ragionevolmente pensare che questa dinamica si stabilizzi nel tempo a livello metacognitivo, con l'abitudine a pensarsi inconcludente almeno in alcune aree della propria vita.

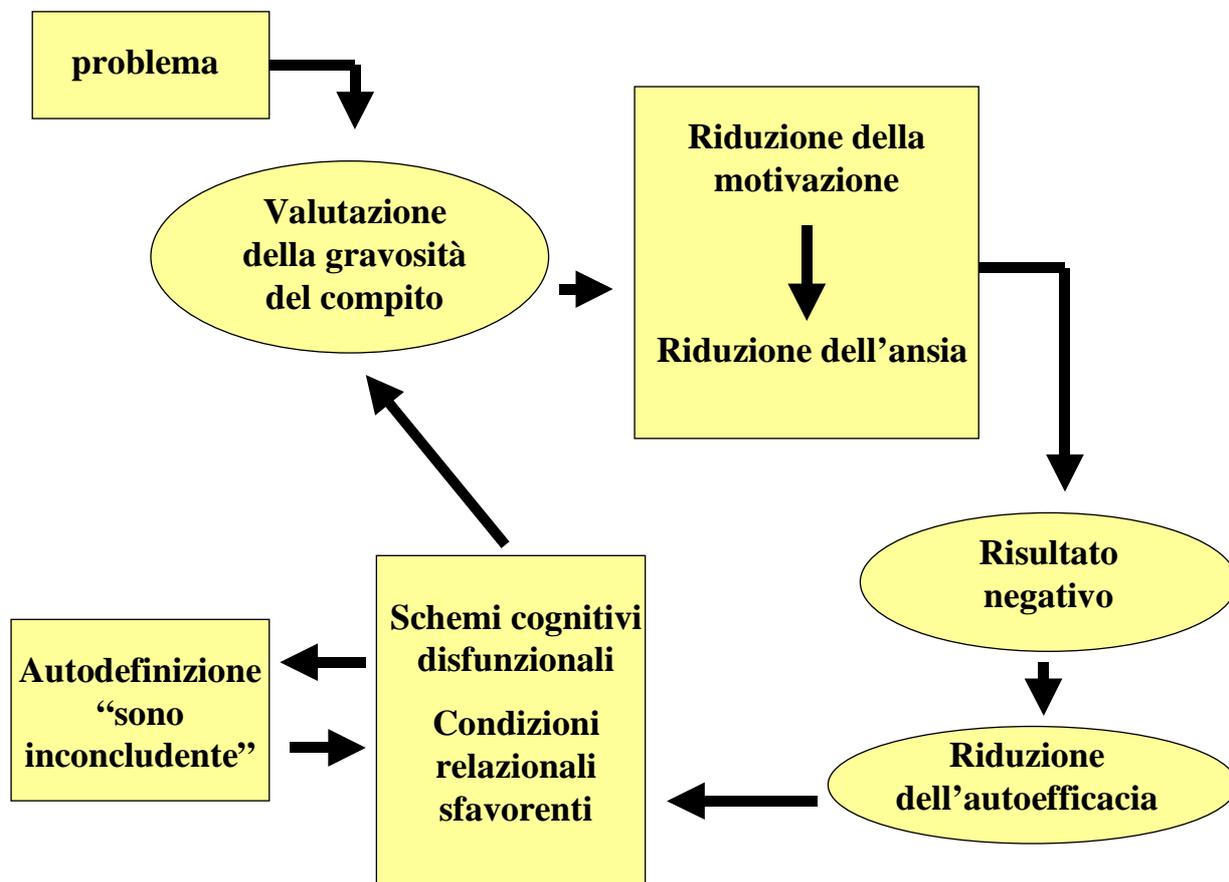


figura 4: circolo vizioso della pigrizia

#### Alcune strategie di intervento

La persona che si autodefinisce "pigra" formula una definizione di sé a partire dal *modello morale*. Il *modello morale* emerge nel lavoro clinico ogniqualvolta non operiamo una riformulazione dei termini in modo scientifico. È esperienza comune il fatto che, anche in ambiti contraddistinti da procedure sofisticate, permangano delle isole caratterizzate da una riflessione insufficiente. In questi casi emergono, in misura più o meno consapevole, i pregiudizi del senso comune a colmare le lacune del pensiero scientifico. È un problema che riguarda l'operatore prima ancora che il paziente, visto che pregiudizi nei confronti delle persone obese sono stati riscontrati in misura rilevante tra i curanti (Blumber et al, 1985; Maddox et al, 1969). Non è pensabile che l'utente possa operare una ridefinizione di sé quando la sua visione deficitaria viene confermata da chi lo cura. La prima strategia è dunque quella di esaminare accuratamente il proprio modo di porsi di fronte al paziente, in modo da non rinforzare atteggiamenti disfunzionali. Al di là di questo principio, propongo di seguito una serie di interventi, ampiamente noti, in una articolazione che, nell'esperienza clinica di chi scrive, si è rivelata utile a ridurre l'inerzia nel trattamento dovuta all'autoattribuzione di pigrizia.

**Lavorare sull'autoattribuzione.** La pigrizia non viene percepita come un problema su cui lavorare, ma come un tratto di personalità. Il paziente possiede una teoria naif (Sassaroli e Lorenzini, 1995) che prevede una serie di ostacoli all'attuazione del programma di cura, dovuti alle proprie caratteristiche di personalità. Si tratta di vincoli non accettati, di cui la persona si vergogna e nella maggioranza dei casi non pensa di parlarne al curante. Ritiene infatti sia proprio compito superare questi ostacoli con uno sforzo di volontà. In altre parole si tratta di un aspetto che non viene ritenuto parte del problema, spesso con l'inconsapevole avvallo del terapeuta. Una metafora della pericolosità di questa operazione potrebbe essere quella, in ambito nautico, del rischio rappresentato per una barca dagli scogli sotto il pelo dell'acqua, che esistono ma non si vedono. È necessario quindi che il clinico, nella sua navigazione terapeutica, si provveda di (e fornisca al suo paziente) un portolano che consenta di navigare in acque tranquille. Il primo elemento è quello di definire la teoria che il paziente ha di sé. Se non la conosciamo corriamo il rischio di comunicare attraverso un sistema di significati non "accordato" con quello del cliente. Ricostruire la teoria naif del paziente significa aiutarlo comunicarci una serie di convinzioni, spesso in gran parte implicite. Possono essere utili delle domande esplicitamente dirette al problema:

- Quali pensa possano essere le difficoltà a portare avanti il programma?
- In passato le è capitato di fare dei tentativi di trattamento che si sono rivelati infruttuosi?
- Quali spiegazioni si è dato?
- Quali difficoltà pensa siano dovute a Lei e quali all'ambiente esterno?
- Come pensa si sia stabilito questo stato di cose?
- Come pensa che si mantenga?
- In che modo a suo parere il trattamento potrebbe cambiare questo stato di cose?
- Quale aiuto, secondo Lei, dovrebbe venire dal terapeuta?
- Quale aiuto dovrebbe arrivare da altre persone?

Il secondo passo nel lavoro sull'autoattribuzione è quello di fornire punti di vista alternativi, ovviamente armonici rispetto alla teoria di partenza. Ipotizzare schemi di funzionamento che descrivano i circoli viziosi che caratterizzano il comportamento, introdurre variabili non considerate, aiuta a tracciare percorsi di pensiero alternativi a quelli consueti, che potranno essere rinforzati nel corso del trattamento. È importante che il paziente possa fare un lavoro di riattribuzione rispetto alle etichettature di sé stesso, al senso di colpa, alle relazioni con gli altri significativi rispetto al problema, ai propri sintomi e alle razionalizzazioni che opera.

L'obiettivo finale è quello di permettere al paziente di prendere le distanze dalle etichettature precedenti, riattribuendo queste definizioni ad una teoria di sé non funzionale ("quando sono in difficoltà mi viene da pensare che la colpa è mia, perché non mi impegno, ma so che questi pensieri sono conseguenza di un modo di pensare a me stesso che è sbagliato e non mi aiuta")

**Affrontare i pensieri disfunzionali.** Alcuni pensieri disfunzionali sono strettamente collegati con l'atteggiamento "pigro". Definiamo *disfunzionali* quei pensieri che conducono ad un blocco dell'elaborazione mentale, differentemente da quelli *funzionali* che aiutano ad elaborare una soluzione (Ellis, 1989). Come abbiamo già visto l'assunzione di pretese rigide relative al modo di portare avanti il programma o alla valutazione dei risultati ("nel momento in cui si inizia il programma non sono tollerabili errori", "è necessario seguire fedelmente una tabella di marcia") crea uno stato di disagio che si manifesta prima e durante il tentativo di cambiamento. Ogni compito viene percepito come maggiormente gravoso e il soggetto accresce la sua vulnerabilità all'uso del cibo come risposta di rilassamento e/o all'abbandono del programma. Idee connesse sono relative alla valutazione di se stessi ("non sarò mai in grado di farcela", "sono una persona debole") o alle difficoltà del programma ("non è possibile alterare la propria vita e privarsi di tutto", "non posso tollerare di sbagliare un'altra volta"). Un superamento di questo stato avviene nel momento in cui il paziente viene aiutato a modificare la rigidità di queste convinzioni e ad accettare sé stesso e le proprie azioni come fallibili e comunque perfettibili. La convinzione di autoaccettazione ("sono un essere umano fallibile e non importa se fallisco nel compito") permette di stabilire una coerenza tra il proprio desiderio (non la necessità) di far bene il lavoro e la

consapevolezza delle difficoltà. Per ciò che riguarda una trattazione completa della metodologia per lavorare sui pensieri disfunzionali si rimanda all'opera di Ellis (1989). Proponiamo tuttavia un abbozzo del percorso per individuare e discutere i pensieri disfunzionali:

- **Identificare le convinzioni disfunzionali:** può essere un compito particolarmente complesso, poiché il soggetto percepisce questi pensieri come logici e naturali. Possiamo istruire il paziente ad identificare i momenti in cui si sente “pigro”, andando a definire lo stato emotivo connesso, e ad individuare i pensieri sottostanti. Il passo successivo è quello di ricostruire il percorso che da questi pensieri e dalle sensazioni ad essi legate porta ad una riduzione della motivazione, all'evitamento del compito e all'uso di risposte rilassanti improprie.
- **Discussione delle convinzioni disfunzionali:** il pensiero disfunzionale va discusso individuandone i presupposti irrazionali e le conseguenze dannose rispetto ai propri obiettivi. Possono essere utili alcune domande: “questo pensiero è realistico?”, “Quali sono i presupposti errati su cui si fonda?” , “quali emozioni mi suscita?”, “si tratta di stati emotivi che mi danneggiano?”, “come influisce sul mio comportamento?” , “mi conduce a cambiamenti per me vantaggiosi o dannosi?”.
- **Riformulazione della convinzione:** sulla base della valutazione del pensiero disfunzionale si giunge ad una nuova formulazione più soddisfacente e maggiormente adattiva per il paziente. È opportuno che anche questa nuova formulazione venga sottoposta al vaglio della discussione precedente per valutarne l'adeguatezza.
- **Revisione del processo:** al termine del percorso il paziente viene aiutato a riepilogare i nodi cruciali dell'argomentazione. L'attenzione a questa fase di ricostruzione del metodo di lavoro utilizzato favorisce il rinforzo dei risultati ottenuti e contribuisce a strutturare una nuova logica argomentativa a livello metacognitivo.

**Vantaggi a breve e lungo termine.** L'utile metodologia della valutazione dei costi e dei benefici può essere opportunamente modificata quando andiamo a focalizzare il problema dell'inerzia al cambiamento. Si ricorda a questo proposito che l'obiettivo dell'operatore è di individuare gli incentivi al cambiamento e di rafforzarne l'evidenza rispetto ai costi. Va precisato che la semplice argomentazione logica relativa all'appropriatezza del comportamento da acquisire non è predittiva del futuro cambiamento (Moskowitz, 1989), ma più probabilmente entra in gioco la desiderabilità relativa alla dimensione affettiva e valoriale della persona (Premack, 1970; Orford, 1985).

Il soggetto può essere istruito a compilare una tabella in cui vengono considerati i vantaggi e gli svantaggi della condizione attuale e del cambiamento. La difficoltà ad approcciarsi al cambiamento, e quindi l'atteggiamento “pigro” può essere dovuto ad una attribuzione, generalmente inconsapevole, di maggior peso ai vantaggi a breve termine rispetto a quelli a lungo termine (Ellis, Knaus, 1977) . La tabella che segue permette di differenziare questi aspetti.

<b>Seguire il programma di trattamento</b>		<b>Mantenere la situazione attuale</b>	
<b>vantaggi</b>	<b>svantaggi</b>	<b>vantaggi</b>	<b>svantaggi</b>
A breve termine		A breve termine	

A lungo termine		A lungo termine	
-----------------	--	-----------------	--

**Tabella 1: vantaggi e svantaggi a breve e lungo termine**

La dimensione *a lungo termine* tende ad essere caratterizzata da considerazioni maggiormente razionali, mentre quella *a breve termine* raccoglie invece gli effetti immediati dell'alterazione di un'abitudine consolidata, che mettono generalmente in difficoltà il soggetto nelle sue componenti affettive. Per esempio, il paziente potrà prevedere un miglioramento della sua salute a lungo termine, ma un disagio relativo ai cambiamenti nella sua alimentazione, o ai colloqui settimanali, nell'immediato. Allo stesso modo, vedrà l'abbuffata come un danno se la proietta nel futuro, ma come un aiuto in una situazione contingente di ansietà. È evidente come i vantaggi della patologia a breve termine costituiscano gli elementi di un equilibrio, pur disfunzionale, ma utile al paziente.

La mancanza di una consapevolezza chiara su questi elementi porta la persona ad un conflitto tra la gravosità della rottura dell'equilibrio attuale e la desiderabilità futura dei cambiamenti. Gli esiti di questo conflitto possono avere un effetto bloccante sulle azioni intraprese e, in presenza di un substrato cognitivo coerente, possono rinforzare l'immagine di sé come pigro e inconcludente.

Il terapeuta lavora per aumentare la consapevolezza di questa dinamica nel paziente. Una metodica aggiuntiva può essere quella di chiedere di attribuire ai vari svantaggi e vantaggi un punteggio in ragione della pregnanza emotiva degli elementi individuati. L'obiettivo è quello di costituire una mappa delle difficoltà che si incontreranno nel percorso di trattamento. Il superamento di queste difficoltà costituisce un obiettivo del lavoro che si sta svolgendo e non un prerequisito richiesto al paziente per iniziare il trattamento.

Questo tipo di valutazioni non vanno confinate all'inizio del percorso, ma devono essere riprese ogni volta che emergano elementi bloccanti non considerati in precedenza.

**Definizione degli obiettivi.** L'argomentazione precedente ci porta direttamente alla definizione degli obiettivi del trattamento. La definizione degli obiettivi e la costruzione del piano di lavoro rappresenta a tutti gli effetti un atto terapeutico e va svolto con la massima attenzione. Obiettivi irrealistici o posti in maniera inadeguata possono comportare la demotivazione del paziente ed il fallimento del trattamento. La letteratura riporta aspettative inadeguate per ciò che riguarda la perdita di peso nei pazienti BED (Masheb e Grilo, 2002). Spesso il paziente si presenta al terapeuta con obiettivi "ingenui", non ponderati in base alla situazione di partenza ("voglio raggiungere il mio peso ideale", "vorrei mangiare come tutti gli altri", "vorrei essere una persona equilibrata", "vorrei essere felice"), o mutuati da altre persone ("voglio far felici i miei", "voglio che il mio ragazzo sia contento di me"). Compito del terapeuta è far affiorare le esigenze reali della persona e aiutarla a costruire un percorso credibile per raggiungere obiettivi ragionevoli. Un obiettivo ben costruito rappresenta un elemento di stabilità del trattamento e un sostegno alla motivazione del paziente. Proviamo ad elencare di seguito alcune caratteristiche che definiscono un buon obiettivo:

- Deve essere realistico, ovvero raggiungibile. Una meta irrealistica porta fatalmente a demotivare il paziente. In altre parole non è utile puntare a 100 per ottenere 50.
- Deve essere ambizioso. In apparente contrasto con quanto detto sopra, è necessario che il nostro cliente non punti troppo in basso, gli mancherebbero gli stimoli per portare avanti il lavoro.
- Deve essere operazionalizzabile, ossia deve poter essere definito nei termini di azioni concrete da attuare. Questa è la fase più delicata, in cui l'obiettivo del paziente va scomposto in sotto-obiettivi fin quando non viene identificato un comportamento realizzabile. I sotto-obiettivi vanno considerati propedeutici rispetto a quelli principali. La

definizione concreta di un atto da compiere suscita meno disagio di un obiettivo mal definito e produce minori resistenze.

- Deve essere scelto in un clima di sufficiente serenità. Obiettivi scelti sull'onda dell'emotività tendono ad essere estremi o a non tenere conto dei limiti della condizione di partenza.
- Non deve richiedere sacrifici insostenibili. Il percorso per raggiungere un maggiore benessere può richiedere di tollerare disagi dovuti all'adattamento alle nuove abitudini, ma non rinunce a cose importanti della propria vita.

### **Conclusioni**

Un buon lavoro sulla motivazione si rivela spesso centrale in un trattamento condotto a buon fine. La logica sottostante a quest'affermazione è quella di mettere il paziente nelle condizioni di poter svolgere il lavoro che gli andiamo a proporre. Il lavoro motivazionale va considerato quindi propedeutico a quello che mira al cambiamento. Una diagnosi dello stato motivazionale è altrettanto importante di quella relativa al disturbo e richiede attenzione a variabili personologiche di tratto (le caratteristiche di personalità) e di stato (le condizioni psicologiche contingenti), alle caratteristiche motivazionali connesse al disturbo (p.e. l'abbuffata come strumento di riduzione dell'ansia), alla congiuntura relazionale, alle modalità cognitive e metacognitive legate all'interpretazione che il paziente dà del suo problema. La scarsa attenzione dedicata a questi aspetti può condurre il clinico a trascurare aspetti, legati alla definizione che il paziente dà di sé, che invariabilmente si traducono in inerzie o nel fallimento del processo terapeutico. A questo proposito risultano particolarmente insidiosi quei costrutti, presenti nel linguaggio comune ma poco studiati, attraverso i quali il paziente effettua delle autoattribuzioni non funzionali e nei cui confronti il terapeuta è concettualmente disarmato. Il caso della *pigrizia* è uno di questi. Il presente lavoro si propone di fornire spunti di riflessione sul trattamento di questi problemi, fondati unicamente sull'esperienza clinica. Un'attenzione da parte della ricerca a questi argomenti potrebbe fornire elementi di maggiore consistenza a supporto del lavoro del terapeuta.

### **Bibliografia**

1. Abramson E (1993), *Emotional eating: a practical guide to taking control*, Simon & Schuster Inc.
2. Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Wifley DE, Raeburn SD, Henderson J, Marnell M, (1994), Weight loss, cognitive-behavioral, and deisipramine treatment in Binge Eating Disorder: an addictive design, *Behavior Therapy*, 25, 225-238.
3. Bandura A (1977), Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.*, 84, 191-215.
4. Bauer B, Ventura MR, (1998) *Oltre la dieta. Una nuova cultura per i disturbi alimentari*, Centro Scientifico Editore.
5. Blumber P et al., (1985), Medical students' attitudes toward the obese and the morbidly obese, *International Journal of Eating Disorders*, 4, 169-175.
6. Brownell KD (1991), *The LEARN program for weight control*, American Health Publ, Co, Dallas, Texas.
7. Bruch H (1973) *Eating Disorder: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person within*. Basic Book, NY.
8. Caputo G, Ardovini C, Dalle Grave R, Todisco P, (1995) Il binge eating disorder, una patologia della disinibizione alimentare non correlata alla restrizione? *Abstract IV corso di aggiornamento SISDCA*, Pompei 5-7 dicembre.
9. Dalle Grave R, (1997) Binge Eating Disorder: diagnosi e modelli terapeutici, *La Clinica Dietologica*, 24, 39-46.
10. Dalle Grave R, (2001). *Terapia Cognitivo Comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press.

11. Dalle Grave R, Pantano M, Todisco P, Bartocci C, Zeni A, (1993) Modelli di prevenzione delle ricadute nel trattamento dell'obesità, in Bosello O, Enzi G, Melchionda N, eds., *Obesità 92. Fisiopatologia clinica e terapia*. Luigi Pozzi, Roma.
12. Dalle Grave R, Rigamonti R, Todisco P e Oliosi M, (1997). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4, 232-240.
13. Dalle Grave R, Todisco P (1998). Fattori Predittivi del drop out e della perdita di peso. In Bosello O (a cura di), *Obesità. Un trattato multidimensionale*, Kurtis, Milano.
14. Dalle Grave R, Todisco P, Oliosi M (1996), Binge Eating Disorder and weight cycling in obese subject. *Eating Disorders. Journal of Treatment and Prevention*, 1, 67-73.
15. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I, (2004), What is called BED ? Current status of the Binge Eating Disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S2-S18.
16. Dingemans AE, Bruna MJ, vanFurth EF (2002). Binge Eating Disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26, 299-307.
17. Ellis A (1989), *Ragione ed Emozione in psicoterapia*, Roma, Astrolabio.
18. Ellis A, Knaus W (1977), *Overcoming procrastination*, NY, New American Library.
19. Festinger L (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Stanford Univ. Press.
20. Fitzgibbon ML e Kirschenbaum DS, (1990). Heterogeneity of clinical presentation among obese individual seeking treatment. *Addictive Behavior*, 15, 291-295.
21. Ganley RM (1989), Emotions and eating in obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 343-61.
22. Gladis MM, Wadden TA, Vogt R, Foster GD, Kuhnel RH, Bartlett SJ, (1998) Behavioral treatment of obese binge eaters: do they need different care? *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 375-384.
23. Glynn SM, Ruderman AJ, (1986), The development and validation of an eating self-efficacy scale, *Cognitive therapy and research*, 10, 403-420.
24. Hasler G, Delsignore A, Milos G, Buddeberg C, Schnyder U, (2004) Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorder, *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 67-72.
25. Ho KS, Nichaman MZ, Taylor WC, Lee ES, Foreyt JP, Binge Eating Disorder, retention and drop out in an adult obesity program. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 291-94.
26. Hudson JI, McElroy SL, Raymond NC, (1998). Fluvoxamine in the treatment of Binge-Eating Disorder: a multicenter placebo controlled, double-blind trial. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1756-1762.
27. Kaplan HI e Kaplan JS, (1957) The psychosomatic concept of obesity. *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol.125, 181-201.
28. Kolotkin RL, Revis ES, Kirkley B, Janick L, (1987). Binge Eating in Obesity : associated MMPI characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 872-876.
29. La Porte DJ, (1992) Treatment response in obese binge eaters : preliminary results using a very low calorie diet (VLCD) and behavior therapy. *Addictive Behaviors*, 17, 247-257.
30. Latner JD (2001), Self-help in the long-term treatment of obesity. *Obes. Rev.* 2, 87-97.
31. Latner JD, Wilson GT, Stunkard AJ, Jackson ML (2002), Self-help and long-term behavior therapy of obesity. *Behav. Res. Ther.*, 40, 805-12.
32. Maddox GL, Liederman V, (1969) Overweight as a social disability with medical implications, *Journal of Medical Education*, 44, 214-220.
33. Marcus MD, (1993), Binge Eating in Obesity, in Fairburn C, Wilson GT (Eds.), *Binge Eating: nature, assessment and treatment*, NY Guilford Press.
34. Marcus MD, (1995) Binge Eating and Obesity, in Brownell KD, Fairburn C (Eds.), *Eating Disorder and Obesity: a comprehensive handbook*, NY Guilford Press.
35. Marcus MD, (1997) Adapting treatment for patients with Binge-Eating Disorder, in Garner DM, Garfinkel PE (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorder*, NY, Guilford Press.

36. Marcus MD, Wing RR, Fairburn CG, (1995) Cognitive treatment of binge eating versus behavioral weight control in the treatment of binge eating disorders. *Annals of Behavior Medicine*, 17, S090.
37. Masheb RM, Grilo CM (2002), Weight loss expectations in patients with Binge-Eating Disorder, *Obesity Research*, 10, 309-314.
38. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF, (1989), Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 494-503.
39. Miller W, Rollnick S (1991), *Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior*, NY, Guilford Press.
40. Moskowitz JM (1989), The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88.
41. Nagler W e Androff A (1990), Investigating the impact of deconditioning anxiety on weight loss. *Psychological Reports*, 66, 595-600.
42. O'Connell D, Velicer WF, Allison DB (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems: Measures, theory, and research*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publ.
43. Orford J (1985), *Excessive appetites: a psychological view of addiction*. NY, Wiley.
44. Ostuzzi R, Luxardi GL, (2003), *Figlie in lotta con il cibo*, Baldini Castoldi Dalai Editore.
45. Pancheri P, Biondi M, Crebelli M, Chiari G (1979) EMG-BFB nelle condotte alimentari devianti, in Pancheri P (a cura di) *Biofeedback: tecniche di autocontrollo in psichiatria, psicosomatica e medicina*. Bulzoni, Roma.
46. Prather RC e Williamson DA, (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 177-184.
47. Premack D (1970), Mechanisms of Self-control. In Hunt WA (ed.) *Learning mechanisms in smoking*. Chicago, Aldine.
48. Prigogine I, Stengers I (1981), *La Nouvelle Alliance. Metamorphose de la science*. (Trad.It. *La Nuova Alleanza. Metamorfosi della scienza*. Einaudi, Torino).
49. Prochaska JO e DiClemente CC (1983), Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
50. Rieger F, Touyz S, Shotte D, Beumont P, Russel J, Clarke S, Kohn M, Griffiths R, (2000) Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 28, 387-96.
51. Robinson R, Folstein M, Simonson M, McHugh P (1980), Differential antianxiety response to caloric intake between normal and obese subjects. *Psychosom. Med.*, 42, 415-27.
52. Rollnick S and MacEwan I (1991), Alcohol counselling in context. In Davidson R, Rollnick S and MacEwan I (eds.) *Counselling problem drinkers*. London, Tavistock/Routledge.
53. Sassaroli S e Lorenzini R. (1995), *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. R Cortina, Milano.
54. Sassaroli S e Ruggiero GM (2002) I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8, 45-60.
55. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Wadden TA, Yanovski S, Agras SW, Mitchell J, Nonas C, (1992) Binge Eating Disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
56. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden TA, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Horne RL, (1993). Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137-153.
57. Task Force Obesity Italia (TFOI) (1999), *LIGIO '99. Linee Guida Italiane Obesità*. Pendragon.

58. Telch CF e Agras WS, (1993) The effect of very low calorie diet on binge eating. *Behavior Therapy*, 24, 177-193.
59. Wadden TA, Foster GD, Letizia KA, (1992) Response of obese binge eaters to treatment by behavioral therapy combined with very low calorie diet. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 60, 808-811.
60. Wadden TA, Letizia KA, (1992) Predictors of attrition and weight loss in patients treated by moderate and severe caloric restriction. In Wadden TA, VanItalie TB (eds.) *Treatment of the seriously obese patients*, Guilford Press, NY.
61. Wilson GT e Smith D, (1989) Assessment of Bulimia Nervosa: an evaluation of the Eating Disorder Examination, *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173-179.
62. Wilson GT, Nonas CA, Roseblum GD., (1993) Assessment of binge-eating in obese patients, *International Journal of Eating Disorders*, 13, 25-34.
63. Wolk SL, Devlin MJ, (2001), Stage of change as a predictor of response to psychotherapy in bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 30, 96-100.
64. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL, (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subject. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472-1479.