

AUTO-AIUTO E AUTO-AIUTO GUIDATO NEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO ALIMENTARE



NO BODY IS PERFECT

Dott.ssa Miriam Iosue
miriam.iosue@gmail.com

Master Universitario di I Livello

“Diagnosi, trattamento e prevenzione dei Disturbi del
Comportamento Alimentare”

COS'È L'AUTO AIUTO?

- Problema di definizione:
Eterogeneità di esperienze e metodologie di intervento
Natura spontanea e a volte scarsamente organizzata

SELF-HELP o AUTO-MUTUO AIUTO
misure adottate da non
professionisti per promuovere o
recuperare la salute



COS'È L'AUTO AIUTO?

Una delle molteplici forme che può assumere il processo di cura

Piccole strutture di gruppo, volontarie, focalizzate sul mutuo aiuto e sulla realizzazione di obiettivi particolari, generalmente formate da pari uniti per una mutua assistenza al fine di soddisfare un bisogno comune, e che portano ad un cambiamento personale e sociale desiderabile

Caratteristiche:

- Relazioni “faccia a faccia”
- Assunzione di responsabilità da parte dei membri
- Assistenza materiale + supporto emotivo
- Comuni strategie di soluzione
- Condivisione di una “condizione di assenza di potere”



(WHO)

CARATTERISTICHE DEI GRUPPI DI MUTUO AIUTO

- Piccolo gruppo (identificazione con il gruppo, senso di appartenenza, status sociale, riduzione dello stigma)
- Centrati sul problema
- I membri sono dei pari
- Condivisione di obiettivi comuni
- Azione di gruppo
- Aiuto degli altri come norma del gruppo
- Potere e leadership orizzontale
- Coinvolgimento personale come requisito fondamentale
- Responsabilità delle proprie azioni
- Orientati all'azione



PERCHÉ SONO EFFICACI?

- **Principio dell'help-therapy**
ciascun membro svolge sia il ruolo di erogatore che di ricevitore di aiuto (aiuto riflesso: chi cerca di modificare una persona modifica anche se stesso)
- **Effetto di terapia autoindotta**
l'efficacia nel fornire aiuto migliora il senso di competenza intrapersonale
l'equità nel rapporto dare/avere non fa sentire dipendenti
aiutando si apprendono molte cose utili anche a se stessi
l'aiuto offerto è accompagnato da approvazione sociale e senso di utilità
possibilità di vedere il proprio problema dall'esterno
assunzione di un ruolo attivo piuttosto che dipendente
- **Comunalità delle esperienze**
condivisione di problemi simili nonostante le differenze individuali
chi ha affrontato direttamente una certa situazione risulta essere un modello più efficace e credibile verso chi si trova nella stessa condizione
- **Azione orientata verso obiettivi esterni**
la propensione al "fare" ha valenza terapeutica
- **Informazione/educazione**
nel gruppo si apprendono informazioni specifiche sul problema, modalità di adattamento, strategie di fronteggiamento e soluzioni pratiche

COME NASCE L'AUTO AIUTO?

Naturale tendenza dell'uomo ad unirsi per fronteggiare difficoltà e pericoli della vita quotidiana



- In questo senso, secondo Kropotkin (1955) le prime forme di mutuo aiuto possono essere fatte risalire già alla preistoria
- I veri movimenti di mutuo aiuto nascono però solo dopo la rivoluzione industriale per rispondere alle esigenze sociali, economiche e sanitarie di una popolazione sempre in crescita

COME NASCE L'AUTO AIUTO?

- La nascita “ufficiale” dei gruppi di auto-mutuo aiuto viene però fatta risalire convenzionalmente al 1935, anno di fondazione degli Alcolisti Anonimi (Alcoholics Anonymous) negli Stati Uniti
- Negli AA si sviluppano il concetto di self-help e le caratteristiche del moderno mutuo aiuto:
 - **Condivisione di un problema**
 - **Competenza derivante dall'esperienza anziché da una formazione specialistica**
 - **Identificazione tra chi aiuta e chi è aiutato**



COME NASCE L'AUTO AIUTO?

- In salute mentale le prime esperienze spontanee di auto-aiuto si fanno risalire ai club dei pz dimessi dai manicomi americani negli anni '30
- A partire dagli anni '70 il movimento dei pazienti ed ex-pazienti ha un notevole sviluppo e si pone come obiettivi l'organizzazione di strutture alternative ai trattamenti psichiatrici tradizionali e la rivendicazione da parte delle persone etichettate come "malati di mente" del diritto di cittadinanza



- In Italia, si assiste ad un **ritardo nello sviluppo dei gruppi di auto-mutuo aiuto**, causato dalla forte istituzionalizzazione e dalla scarsa visibilità delle prime esperienze all'interno della comunità scientifica, ma già dai **primi anni '70 nascono gli Alcolisti Anonimi, i Club degli Alcolisti in Trattamento, gruppi di diabetici, neuropatici, obesi, ecc.**

L'AUTO-AIUTO NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Anni '60 negli USA, primi incontri di gruppo prima di auto-aiuto e poi terapeutici

Ruolo fondamentale di sensibilizzazione quando l'esperienza professionale e la coscienza sociale rispetto questi disturbi è ancora scarsa

- Vi sono **evidenze sull'efficacia** dell'utilizzo di programmi di self-help **nel BED e nella BN** (*NCCMH, 2007; Perkins et al., 2006; Stefano et al., 2006*)
- Le strategie di Self-help **non sembrano appropriate** per i pz con **AN** (*APA, 2007; NCCMH, 2007*)

La maggior parte dei programmi di self-help per i DCA si fonda su un **approccio cognitivo-comportamentale**



OVERCOMING BINGE EATING DISORDER (FAIRBURN, 1995)

Manuale **basato sulla CBT** per il trattamento del **BED** e della **BN**

Suddiviso in due sezioni:

- La prima **psicoeducazionale** che riassume le conoscenze circa il binge eating disorder e la BN
- La seconda è costituita dal **programma in sei passi** per modificare le abitudini alimentari e altri problemi ad esse correlati

Due tipi di utilizzo:

- **PURE SELF-HELP:** il pz da solo segue un programma di auto-aiuto descritto nel manuale
- **GUIDED SELF-HELP:** i pz nell'utilizzo del manuale vengono supportati da una guida più esperta (che non funge o agisce da terapeuta) in sessioni individuali o di gruppo



OVERCOMING BINGE EATING DISORDER (FAIRBURN, 1995)

1. Automonitoraggio del consumo di cibo

Tenere traccia del tempo, luogo, situazione e contenuto delle assunzioni di cibo

Individuare i precipitanti ambientali, cognitivi ed emozionali e le risposte di binge-eating e condotte di eliminazione e aumentare la consapevolezza sulle proprie abitudini alimentari

2. Educare circa le relazioni esistenti tra alimentazione e peso e pianificare l'assunzione di cibo

Offrire informazioni circa i range di peso considerati sani, le conseguenze fisiche delle sbagliate abitudini alimentari e l'inefficacia delle condotte di eliminazione nel controllo del peso

Stabilire che bisogna fare tre pasti al giorno e due-tre spuntini

Saltare i pasti contribuisce all'insorgere delle abbuffate e delle condotte di eliminazione

Evitare il vomito autoindotto dopo i pasti



OVERCOMING BINGE EATING DISORDER (FAIRBURN, 1995)

3. Sviluppare strategie alternative alle abbuffate e alle condotte di eliminazione

Impegnarsi in attività piacevoli che aiutano a ritardare e a distrarsi dalla necessità di assumere cibo o mettere in atto condotte di eliminazione (es. passeggiare, telefonare ad un amico, fare una doccia, impegnarsi in un hobby)

Rinforza la convinzione che la forza della necessità di mettere in atto certi comportamenti viene meno con il passare del tempo

4. Sviluppare strategie di problem-solving

Imparare a riconoscere i problemi al loro insorgere

Sviluppare strategie di fronteggiamento dello stress (es. tecniche di rilassamento)



OVERCOMING BINGE EATING DISORDER (FAIRBURN, 1995)

5. Ridurre i periodi con regime alimentare eccessivamente ristretto

Incoraggiare l'utilizzo di sane ed equilibrate abitudini alimentari e l'evitamento di quelle potenzialmente dannose, come non assumere cibo per lunghi periodi di tempo, porsi limiti irrealistici nell'assunzione di calorie, evitare specifici cibi o gruppi di cibi

6. Sviluppare strategie di prevenzione delle ricadute

Stabilire le possibili risposte da attuare in caso di ricaduta (es. ricominciare l'automonitoraggio, fissare un appuntamento con il proprio medico)



Cognitive—Behavioral Self-Help for Binge Eating Disorder A Controlled Effectiveness Study

Jacqueline C. Carter

Department of Psychiatry University of Oxford

Christopher G. Fairburn

Department of Psychiatry University of Oxford

- **72 donne con BED**
- Tre condizioni sperimentali (12 settimane):
 1. **Pure Self-Help (PSH):** leggere il manuale *Overcoming Binge Eating* e fare del proprio meglio per seguire il programma
 2. **Guided Self-Help (GSH):** 6-8 sessioni di 25 min con un facilitatore che supporta nell'utilizzo del manuale
 3. **Waiting list (WL):** nessun intervento
- **Risultati:**
 - Per tutte le variabili vi è un effetto significativo del tempo
 - La frequenza media di episodi di abbuffate e la loro gravità dopo il trattamento risultano significativamente più basse nel GSH ($p = .001$) e nel PSH ($p < .05$) che nella WL
 - Nessuna differenza significativa GSH e PSH
 - Solo nel GSH vi è una significativa riduzione nel livello di controllo della dieta
 - Nessun cambiamento significativo del BMI

Self-Help for Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial

Jacqueline C. Carter, Ph.D.

Marion P. Olmsted, Ph.D.

Allan S. Kaplan, M.D.

Randi E. McCabe, Ph.D.

Jennifer S. Mills, Ph.D.

Annie Aimé, M.Ps.

Objective: The authors examined the effectiveness of unguided self-help as a first step in the treatment of bulimia nervosa.

Method: A total of 85 women with bulimia nervosa who were on a waiting list for treatment at a hospital-based clinic participated. The patients were randomly assigned to receive one of two self-help manuals or to a waiting list control condition for 8 weeks. One of the self-help manuals addressed the specific symptoms of bulimia nervosa (cognitive behavior self-help), while the other focused on self-assertion skills (nonspecific self-help).

Results: Twenty patients (23.5%) dropped out of the study. The data were analyzed with intention-to-treat analysis. Although the group-by-time interaction for binge eating and purging was not statistically significant, simple effects showed that there was a significant reduction in symptom frequency in both self-help conditions at

posttreatment but not in the waiting list condition. There were no statistically significant changes in levels of dietary restraint, eating concerns, concerns about shape and weight, or general psychopathology. A greater proportion of patients in the cognitive behavior self-help (53.6%) and nonspecific self-help (50.0%) conditions reported at least a 50% reduction in binge eating or purging at posttreatment, compared with the waiting list condition (31.0%). A lower baseline knowledge about eating disorders, more problems with intimacy, and higher compulsivity scores predicted a better response.

Conclusions: The findings suggest that a subgroup of patients with bulimia nervosa may benefit from unguided self-help as a first step in their treatment. Cognitive behavior self-help and nonspecific self-help had equivalent effects.

SELF-HELP FOR BULIMIA NERVOSA: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

- 85 donne BN
- Eating Disorder Examination, BMI, BDI, BAI
- Tre condizioni sperimentali (8 settimane):
 1. *Cognitive behavior self-help*: manuale Overcoming binge eating
 2. *Nonspecific self-help*: manuale Self-assertion for women
 3. *Waiting list*: nessun intervento
- **Risultati:**
 - Riduzione significativa nella frequenza dei sintomi in entrambi i gruppi di self-help, ma non nella condizione di controllo
 - La riduzione non rimane significativa se si considera la variabile tempo
 - Nessun cambiamento significativo rispetto ai livelli di restrizione nella dieta, nelle preoccupazioni riguardo al cibo, la forma fisica e il peso corporeo, o nei sintomi depressivi e ansiosi
 - Un sottogruppo di pz con BN potrebbe beneficiare di interventi di self-help come primo approccio al trattamento

Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance

ROBERT L. PALMER, HELEN BIRCHALL, LESLEY McGRAIN
and VICTORIA SULLIVAN

- **121 pz (solo 4 maschi)**
- **59% BN; 23% BED; 18% DCA NAS**
- Tre condizioni sperimentali (4+4 mesi):
 - 1. *Waiting-list*:** nessun intervento
 - 2. *Self-help with minimal guidance*:** manuale *Overcoming binge eating* e brevi istruzioni sul suo utilizzo
 - 3. *Self-help with face-to-face guidance*:** manuale *Overcoming binge eating* e 4 incontri di 30 minuti
 - 4. *Self-help with telephone guidance*:** manuale *Overcoming binge eating* e 4 telefonate di 30 minuti
- **Risultati:**
 - Nessuna differenza rispetto a remissione completa (assenza di abbuffate e condotte di eliminazione)
 - Però i pz del gruppo con guida faccia a faccia durante il successivo periodo hanno fatto meno ricorso a sessioni di terapia e più ad altre sessioni di self-help guidato
 - Questo studio sembra confermare l'efficacia dell'auto-aiuto guidato come primo passo nel trattamento della BN

NIH Public Access

Author Manuscript

J Consult Clin Psychol. Author manuscript; available in PMC 2009 October 1.

Published in final edited form as:

J Consult Clin Psychol. 2008 October ; 76(5): 900-904. doi:10.1037/a0012917.

Examination of Predictors and Moderators for Self-help Treatments of Binge Eating Disorder

Robin M. Masheb, Ph.D. and Carlos M. Grilo, Ph.D.

Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine.

- 75 pz con BED (81% f)
- Intervento (12 settimane): 6 brevi (15-20 min) incontri individuali ed un manuale di auto-aiuto
 - *Cognitive Behavioral (CBT GSH): Overcoming Binge Eating*
 - *Behavioral Weight Loss (BWL GSH): LEARN Program for Weight Management 2000*
- Risultati:
 - L'unico fattore che predice significativamente il tasso di drop-out è l'affettività negativa valutata con il BDI
 - Non si riscontrano effetti significativi sui risultati del trattamento in relazione all'età e all'età di insorgenza del BED, né in relazione alla presenza di disturbi psichiatrici o di personalità
 - L'affettività negativa (BDI) risulta essere il fattore che meglio predice l'outcome del trattamento, in quanto predice i tassi di abbandono, l'affettività negativa e la psicopatologia del DCA nel post-trattamento
 - Anche i disturbi di personalità risultano essere predittivi della psicopatologia e dell'affettività negativa nel post-trattamento

Internet-Delivered Targeted Group Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Adolescent Girls: A randomized controlled trial

Brooke E. Heinicke · Susan J. Paxton ·
Siân A. McLean · Eleanor H. Wertheim

- 83 adolescenti (tutte f.; età media 14.4 ± 1.53) con problemi riguardanti l'immagine corporea o il comportamento alimentare
- Intervento: 6 sessioni di gruppo (4-8 partecipanti) settimanali, della durata di 90 min, su una chat-room protetta, supportate da un manuale di self-help e da un terapeuta
Il manuale conteneva materiale psicoeducativo e attività di auto-aiuto per ogni sessione
All'interno della chat le ragazze potevano discutere delle loro preoccupazioni riguardo l'alimentazione e l'immagine corporea e imparare strategie per migliorare entrambe
- Risultati:
 - Significativi effetti nel miglioramento dei sintomi di DCA e di insoddisfazione nei riguardi del proprio corpo
 - Significativo decremento nella tendenza a confrontare il proprio corpo con quello dei pari
 - Gli effetti vengono mantenuti nei follow-up a 2 e 6 mesi

CONCLUSIONI

- I principali interventi di SH utilizzano un approccio basato sulla CBT, che combina una parte psicoeducativa ad un programma di modificazione delle abitudini alimentari
- Gli interventi di auto-aiuto, seppur con risultati a volte contrastanti, si sono rivelati strumenti efficaci ed economici nel trattamento della BN e del Binge eating Disorder
- Gli interventi di auto-aiuto guidato sembrano essere più efficaci di quello puro
- Interventi di SH attraverso internet ed altri mezzi di comunicazione, sebbene non risultano essere più efficaci del SH faccia a faccia o degli interventi psicoterapeutici, possono risultare utili quando questi ultimi risultino meno accessibili o non disponibili nella propria zona di residenza
- Il SH può costituire la prima fase del trattamento, così da ricorrere alla terapia solo per chi non risponde ad esso





... per l'attenzione!