



I Disturbi della Condotta Alimentare: Terapia dell'Anoressia e della Bulimia

di Salvatore Di Salvo

L'Anoressia e la Bulimia sono disturbi psichiatrici complessi caratterizzati da un'alterazione del comportamento alimentare e da un rapporto problematico con il proprio corpo e con la propria identità. La molteplicità e l'eterogeneità delle manifestazioni cliniche richiedono sul piano terapeutico la competenza di diverse professionalità e la necessità di interventi specialistici diversificati.

Si tratta infatti di patologie che si manifestano sia a livello somatico con problemi e complicanze di ordine internistico e nutrizionale, sia a livello psichico per la presenza di sintomi caratteristici e di un'elevata comorbilità psichiatrica.

Caratteristiche comuni alla maggior parte dei pazienti sono un'estrema paura di ingrassare e, nelle anoressiche, una ricerca ostinata della magrezza. Le alterazioni del comportamento alimentare che ne conseguono (semi-digiuno protratto, vomito, abuso di lassativi) costituiscono un fattore di mantenimento del disturbo e, in molti casi, sono responsabili di sintomi psichiatrici come la depressione e i sintomi ossessivo-compulsivi.

Trattamento multidisciplinare

Le difficoltà principali nella terapia dei Disturbi della Condotta Alimentare risiedono nella negazione della malattia, nella mancanza di collaborazione delle pazienti, nell'elevata comorbilità psichiatrica, nell'alta frequenza di tentativi di suicidio e nell'elevato rischio di cronicizzazione.

Il quadro clinico rende ragione del fatto che venga privilegiato un trattamento multidisciplinare che si rivolge a tutti gli aspetti di queste complesse patologie.

Sono necessari innanzitutto la valutazione internistica delle condizioni fisiche e il trattamento delle complicazioni mediche del digiuno, del vomito e dell'abuso di lassativi. Un'indagine accurata delle abitudini alimentari e del bilancio energetico da parte del nutrizionista costituisce una premessa necessaria per la prescrizione di una dieta regolare e adeguata che ristabilisca uno stato nutrizionale normale. L'uso di tecniche psicoeducazionali si è dimostrato molto utile per ottenere, attraverso una rieducazione alimentare, una migliore capacità di controllo sull'alimentazione e sui comportamenti bulimici. Nelle famiglie di pazienti con disturbi dell'alimentazione un alto livello di emotività è spesso causa dell'abbandono del trattamento o di una evoluzione sfavorevole; inoltre il carico soggettivo di sofferenza presente nei familiari di pazienti anoressiche è piuttosto alto.

Queste osservazioni suggeriscono l'utilità di un programma terapeutico che includa un approccio psicoeducativo con i familiari. È quindi indispensabile, soprattutto nelle pazienti più giovani, stabilire un contatto con la famiglia, al fine di fornire un supporto e di ottenere una buona collaborazione.

Infine è indicata una psicoterapia finalizzata a risolvere il conflitto tra dipendenza e autonomia, per facilitare lo sviluppo di un'identità matura e per migliorare la propria autostima.

Ruolo del medico di base e del dietologo

Le preoccupazioni per la dieta e per il peso corporeo costituiscono spesso il motivo che conduce molte pazienti a consultare il proprio medico di base o il dietologo: è quindi importante mettere a disposizione di questi professionisti le conoscenze necessarie per una diagnosi precoce del disturbo alimentare. Nonostante il numero delle giovani donne che intraprendono una dieta sia molto alto (fino all' 80%), una perdita di peso progressiva, una preoccupazione invasiva per il peso, per le diete e/o per le calorie deve far sospettare la presenza di un disturbo dell'alimentazione o di una sindrome parziale. Il medico pertanto dovrebbe indagare con tatto e con cautela sull'eventuale presenza di sintomi psichiatrici, di crisi bulimiche e di condotte di eliminazione come il vomito o l'uso improprio di lassativi o diuretici. Non è superfluo ricordare quanto possa essere dannosa la prescrizione di farmaci amfetaminici anoressizzanti in soggetti in cui si sospetta la presenza di un disturbo alimentare. Il medico e/o il dietologo possono decidere di trattare pazienti molto motivate, in cui si escluda la presenza di comorbidità psichiatrica e rischio suicidiario.

Visita internistica e accertamenti di laboratorio

Un accurato esame fisico include necessariamente la valutazione del peso corporeo che, nell'Anoressia, viene in seguito controllato con regolarità durante tutta la durata del trattamento. La visita internistica e gli accertamenti di laboratorio hanno lo scopo di verificare le condizioni di nutrizione della paziente e le possibili complicanze mediche.

Vanno attentamente indagate le complicanze più frequenti: squilibri elettrolitici causati dal vomito e dall'abuso di lassativi, complicazioni cardiache (bradicardia, ipotensione, aritmie), anemia, leucopenia, ipoprotidemia, ipoglicemia, osteopenia, esofagite da reflusso, gastrite, problemi dentari, ingrossamento delle ghiandole salivari, irritazione e ferite alla gola e alle mani.

Prima visita con lo specialista

I primi incontri con una paziente che soffre di un Disturbo della Condotta Alimentare sono determinanti perché, nei momenti iniziali, si gioca la possibilità di stabilire un rapporto di

collaborazione e di fiducia. La diffidenza e la reticenza dell'anoressica che sente minacciata l'esigenza di salvaguardare la propria autonomia, la sfiducia e il sentimento d'inadeguatezza della bulimica che vive il proprio disturbo con sentimenti di rabbia e di depressione possono essere alle origini di un abbandono precoce della terapia.

È importante valutare *il contesto* in cui viene chiesta la consultazione: se la paziente è venuta volontariamente o dietro sollecitazioni più o meno pressanti di altri, se è sola o è accompagnata, se prende la parola spontaneamente o se deve essere interrogata, se i genitori vogliono o no partecipare al colloquio. Poiché spesso le anoressiche negano o sottovalutano i propri sintomi, è opportuno avere un breve *contatto con i genitori*, all'inizio o alla fine del colloquio individuale con la paziente, per ascoltare quello che hanno da dire sulla malattia e verificare la possibilità di una loro collaborazione al trattamento. Può essere utile prendere direttamente contatto con chi ha effettuato l'invio (medico di base, internista, dietologo) per valutare l'opportunità di una collaborazione continuativa finalizzata al monitoraggio delle condizioni fisiche e nutrizionali.

Nella valutazione delle condizioni psichiche della paziente va tenuto presente che queste possono essere notevolmente peggiorate dalle conseguenze del digiuno protratto e del disordine alimentare.

L'accertamento di un'eventuale familiarità psichiatrica, in modo specifico per patologie alimentari, depressione, alcolismo, può essere importante soprattutto dal punto di vista prognostico e per la definizione del programma terapeutico.

Colloqui con i genitori

Ai genitori delle pazienti che convivono con la famiglia d'origine dovrebbe essere dedicato separatamente almeno un incontro da parte di uno psichiatra o uno psicologo che si occupa specificamente dei problemi dei familiari. Lo scopo è quello di dare ai genitori un'occasione per parlare delle proprie difficoltà nei confronti della malattia della figlia e per fornire alcune informazioni sui suoi sintomi e sul suo comportamento. A loro volta i terapeuti forniscono informazioni sui problemi dell'adolescenza, sulle conoscenze attuali nel campo dei disturbi alimentari e del loro possibile trattamento.

Nella cultura dei mezzi di comunicazione di massa la famiglia è considerata spesso come "responsabile" del disturbo: accade spesso che i genitori arrivino alla consultazione colpevolizzati e in apprensione per la salute della figlia. Si tenga presente che, nell'esplorazione delle relazioni familiari, è molto difficile distinguere tra gli aspetti primari che precedono l'insorgenza del disturbo e gli aspetti secondari che ne sono una conseguenza.

I primi incontri servono soprattutto a completare il quadro diagnostico e a cogliere il punto di vista dei familiari: come è insorto il disturbo, quali conseguenze ha avuto sulla paziente e quali sono state

le ripercussioni sulla famiglia e sulle sue relazioni sociali. Può capitare che qualche comportamento non riportato dalla paziente sia invece stato osservato dai genitori (ad es. l'uso di lassativi o altri farmaci). Altre volte le osservazioni dei familiari sono utili per ricostruire un progressivo isolamento sociale oppure l'inizio di veri e propri rituali ossessivi, di cui la paziente non riferisce. Dal punto di vista della famiglia, l'insorgenza del disturbo può aver provocato un aumento della conflittualità ed una chiusura al mondo esterno. Più raramente, la coppia di genitori diventa più coesa allo scopo di aiutare la figlia ammalata, recuperando un accordo ed un'unione da qualche tempo incrinati.

Si tratta di notizie ed osservazioni utili per capire i meccanismi attraverso i quali il disturbo si alimenta: lo scopo è quello di ottenere dalla famiglia, nella misura possibile, un clima di fiducia nei confronti della terapia.

Può accadere che alcune pazienti, soprattutto quelle bulimiche, chiedano di non coinvolgere i familiari: a volte il problema è realmente sconosciuto ai genitori, altre volte magari ad insaputa della figlia, essi ne sono perfettamente al corrente, dando vita ad una commedia degli inganni che alimenta equivoci e fraintendimenti. In molti casi uno dei primi passi della terapia è quello di rendere possibile un chiarimento con la famiglia.

Valutazione della motivazione al trattamento

Le notizie ottenute negli incontri iniziali vanno esaminate in una prospettiva terapeutica: un primo bilancio deve includere una valutazione della motivazione al trattamento, l'esistenza di condizioni ambientali che lo rendano possibile, l'eventuale negazione di malattia, la capacità di collaborare da parte della paziente e dei suoi genitori.

L'opposizione al trattamento può manifestarsi con espressioni di indifferenza o con atteggiamenti di ostilità e aperto rifiuto; ma può anche nascondersi dietro atteggiamenti ipercompiacenti, di collaborazione solo apparente.

La valutazione del peso desiderato dalla paziente fornisce utili indicazioni sulla disponibilità a raggiungere un peso "ragionevole"; il fatto che l'autostima della paziente dipenda esclusivamente dal valore attribuito all'aspetto fisico e alle fluttuazioni di peso può rendere la paziente più refrattaria a un cambiamento.

In una prospettiva terapeutica può essere utile indagare i motivi o le circostanze che hanno favorito in passato il controllo del sintomo (vacanze lontano da casa, inizio di una relazione sentimentale o altro). Una particolare delicatezza è indispensabile per l'accertamento di eventi traumatici durante l'infanzia e nel periodo precedente l'esordio, in particolare i maltrattamenti e l'eventuale presenza di abusi.

Un'attenzione specifica deve essere rivolta all'eventuale presenza di una comorbilità psichiatrica. In particolare vanno indagati sintomi quali la depressione, la presenza di comportamenti impulsivi o di abuso di alcool e/o stupefacenti: con questo tipo di problemi il trattamento è più difficile e complicato.

Il problema della motivazione costituisce il nodo centrale nel trattamento di una paziente con DCA. Come è stato detto, queste pazienti considerano spesso il proprio disturbo come una scelta deliberata che rappresenta il tentativo di risolvere un problema (insoddisfazione di sé, conflitti interpersonali o altro); altre volte il disturbo è vissuto come un impulso che una volontà "debole" non riesce a controllare.

Deriva da queste premesse la difficoltà con cui la paziente affronta la prospettiva di cambiamento richiesta dal programma di cura. E' importante insistere con le pazienti sulle conseguenze fisiche della patologia alimentare, come l'osteoporosi, le lesioni dentarie, la perdita di capelli, i rischi cardiaci che costituiscono una minaccia per la salute o per la stessa sopravvivenza della paziente. Ma non sempre questo approccio serve a convincerle dell'opportunità del trattamento; infatti, le pazienti il cui comportamento appare determinato da valenze autolesionistiche perseverano nel loro atteggiamento anche quando sono consapevoli delle conseguenze del disturbo.

Alcuni semplici consigli come, ad esempio, quello di non saltare completamente i pasti possono far capire alla paziente che "l'eliminazione del sintomo" e il "far ingrassare" non costituiscono l'unico scopo del trattamento, ma piuttosto una necessaria premessa. Se la paziente si convince a mettere alla prova tali consigli, può constatare che evitando il digiuno assoluto si ottiene un maggior controllo sulle crisi bulimiche ed anche sul peso.

Valutazione delle indicazioni

Il primo problema che si pone è la scelta tra un trattamento ambulatoriale e un trattamento ospedaliero. È un problema che riguarda soprattutto le pazienti anoressiche per le quali, anche quando viene esclusa inizialmente la necessità immediata di ospedalizzazione, si deve tener presente (e segnalare alla paziente e ai genitori) che questa è un'eventualità sempre possibile nel corso del trattamento: a volte può essere il caso di stabilire preventivamente il peso al di sotto del quale il ricovero diventa necessario. Nella Bulimia il ricorso all'ospedalizzazione si rende indispensabile in un minor numero di casi.

L'ospedalizzazione è indispensabile nelle seguenti condizioni:

- rifiuto o inefficacia del trattamento ambulatoriale nel condurre ad un aumento di peso;
- calo ponderale superiore al 25% del peso ideale;

- presenza di gravi complicanze mediche;
- tendenza al suicidio;
- necessità di allontanare la paziente da un ambiente familiare perturbato.

Le pazienti colpite meno gravemente, che non vomitano, né abusano di lassativi o diuretici ed i cui familiari siano disponibili alla cooperazione, possono iniziare con un trattamento ambulatoriale.

Deve essere valutata l'indicazione ad un trattamento farmacologico in presenza di una significativa comorbidità psichiatrica: per le anoressiche il trattamento antidepressivo si deve effettuare soprattutto quando la depressione non migliora con l'aumento di peso.

Molti antidepressivi, indipendentemente dalla presenza di comorbidità per depressione, si sono dimostrati validi nel trattamento della bulimia, come ad esempio la fluoxetina, che si è dimostrata efficace nel ridurre la frequenza delle crisi bulimiche.

Fornire al paziente e ai familiari informazioni chiare sul disturbo e sul trattamento

È opportuno fornire alla paziente chiare informazioni sulla diagnosi, sull'evoluzione insidiosa, sulla possibilità che il protrarsi nel tempo di certi comportamenti aumenti le probabilità di una cronicizzazione del disturbo. Alcune informazioni, in particolare, devono riguardare il programma di trattamento, i suoi obiettivi, la sua presumibile durata. Senza cadere nella trappola di interminabili discussioni sulle calorie, vanno date esaurienti notizie sul fabbisogno calorico, sulle conseguenze fisiche e psicologiche della restrizione alimentare e sull'attività fisica; è necessario insistere nel sottolineare che un'alimentazione regolare in quantità e frequenza produce una riduzione delle preoccupazioni ossessive per il cibo e il peso, e un'attenuazione della spinta verso le abbuffate e il vomito; che può inoltre migliorare i sintomi di depressione e le relazioni con gli altri.

Il terapeuta deve comunque far capire alla paziente che conosce bene le sue difficoltà ad affrontare i cambiamenti e anche di sapere che questi cambiamenti, indispensabili per il processo di guarigione, richiedono un notevole impegno.

È opportuno chiedere alla paziente un consenso esplicito sul programma di massima concordato. Anche quando non vi sia l'opportunità di una presa in carico del nucleo familiare, i genitori (e la paziente) vengono informati che potrà esserci la possibilità di contatti successivi.

Fasi del trattamento

L'approccio, come già sottolineato, è necessariamente multidisciplinare perché nei diversi momenti della cura, soprattutto in quelli iniziali, può essere richiesto il contributo e la collaborazione di tecnici e professionisti di diverse discipline.

Alcuni obiettivi a breve termine sono considerati come preliminari: la cura delle complicanze mediche, il recupero di un peso normale, la modificazione delle abitudini alimentari.

In linea di massima, nella prima fase di trattamento, vengono utilizzate le tecniche più idonee ad ottenere un aumento ponderale (riabilitazione nutrizionale) e una normalizzazione del comportamento alimentare più disturbato, in tempi ragionevolmente brevi; è ovvio che, anche in questa fase, tali obiettivi debbano essere visti alla luce della comprensione dei vissuti emotivi e dei problemi interpersonali della paziente.

Una seconda fase del trattamento, con obiettivi più a lungo termine, è finalizzata alla modificazione degli assetti cognitivi disfunzionali, al superamento dei conflitti relativi alla dipendenza e all'autonomia, e al conseguimento di un'identità più sicura di sé.

Data la natura particolarmente mutevole dell'evoluzione di questi disturbi, con un'alta frequenza di recidive e una frequente cronicizzazione, alcuni dei trattamenti di seguito considerati, possono essere effettuati contemporaneamente da professionisti diversi (ad es. medico e psicologo) e talvolta devono essere ripetuti in momenti successivi.

L'Anoressia e la Bulimia sono malattie gravi e difficili da curare che richiedono a volte cure che si protraggono per molti anni e i trattamenti psicologici sono considerati tutt'ora il trattamento di scelta.

Riabilitazione nutrizionale

Scopo della riabilitazione nutrizionale è quello di ristabilire un peso compatibile con la salute fisica e psichica nelle pazienti sottopeso. Nel grave sottopeso, come abbiamo visto, la riabilitazione nutrizionale viene effettuata in corso di degenza ospedaliera. Se le condizioni fisiche non sono troppo scadute, un adeguato programma di riabilitazione nutrizionale può essere effettuato anche ambulatoriamente. È opportuno che la definizione del programma sia messa a punto con il contributo di un dietologo, ma per queste pazienti non è richiesta un'alimentazione speciale: nessun cibo dovrebbe essere escluso, soprattutto quelli considerati ingrassanti e quindi fobici (alcuni consigliano di permettere alla paziente, nelle fasi iniziali, di escludere non più di due tipi di alimenti). Inizialmente, è prescritto un introito calorico di circa 1500 kcal: un introito maggiore sarebbe causa di eccessive paure e quindi di maggior opposizione da parte della paziente; inoltre procura un considerevole disagio dovuto alla distensione addominale e alle difficoltà digestive provocate da una prolungata restrizione. Gli aumenti calorici ulteriori (mediamente da 300 a 500 kcal/settimana) possono essere effettuati solo quando la paziente ha dimostrato di saper completare i pasti prescritti.

Durante lo svolgimento del programma le pazienti devono essere continuamente rassicurate riguardo alle paure di perdere il controllo sull'alimentazione e sul peso e devono sapere che il protocollo terapeutico tiene conto di tali difficoltà ed è compatibile con le loro capacità.

Ospedalizzazione

Il ricovero ospedaliero dovrebbe essere effettuato preferibilmente in unità specialistiche con un team multidisciplinare che abbia una specifica esperienza nel trattamento dei disturbi alimentari. È stato infatti rilevato che la mortalità a lungo termine è inferiore nelle pazienti trattate in unità specialistiche rispetto a quelle trattate in psichiatria generale.

A causa della gravità della malnutrizione, nell'anoressia la durata del ricovero non può essere breve (almeno due mesi) perché deve rendere possibile un'adeguata riabilitazione nutrizionale e il mantenimento del peso raggiunto. La maggior parte delle pazienti bulimiche può essere trattata a livello ambulatoriale, ma nel caso in cui sia necessario il ricovero, una lunga ospedalizzazione potrebbe essere controindicata in quanto la maggior parte delle pazienti è in grado di interrompere rapidamente il circolo vizioso dei sintomi bulimici; è indicato piuttosto un periodo di day-hospital, come fase di passaggio dall'ambiente protetto della struttura ospedaliera all'ambiente esterno.

Una funzione che il ricovero svolge in entrambe le patologie è quella di separare la paziente dai propri genitori: ciò è particolarmente raccomandato nel caso in cui vi siano in casa forti tensioni, conflittualità, eccessivo criticismo, tutti problemi che hanno frequentemente l'effetto di rinforzare i comportamenti più patologici. La separazione, inoltre, dovrebbe facilitare un coinvolgimento più attivo della paziente nel trattamento, evitare i suoi tentativi di manipolazione sui familiari e l'intromissione di quest'ultimi nella gestione dell'alimentazione.

La prima fase dell'ospedalizzazione riguarda in primo luogo il trattamento delle complicanze della denutrizione o del comportamento bulimico. Per esempio i casi più gravi possono presentare disidratazione e squilibri elettrolitici che devono essere corretti attraverso una terapia parenterale.

La nutrizione forzata, contro la volontà della paziente, viene utilizzata solo in casi a rischio per la sopravvivenza; una rialimentazione troppo rapida e imposta d'autorità può essere dannosa alla relazione terapeutica e avere anche effetti imprevisti sulle condizioni fisiche. È preferibile attuare un approccio "morbido" e flessibile, più accettato dalle pazienti che facilita la collaborazione e l'instaurarsi di un rapporto psicoterapeutico.

Gli inevitabili contrasti a proposito del peso e delle regole alimentari permettono alla paziente di esprimere e integrare la sua aggressività e di testare l'affidabilità dei terapeuti; a volte è evidente una tendenza a manipolare il personale curante, tentando di ingannare, vomitando o nascondendo il cibo; altre volte la paziente "bara" sul peso o, peggio, lo manipola bevendo grandi quantità di acqua

prima di essere pesata: è opportuno che anche il personale paramedico sia informato di questa possibilità e istruito sul comportamento da seguire con queste pazienti perché in situazioni estreme possono verificarsi casi di grave intossicazione acuta da acqua.

Durante il ricovero le pazienti possono avvalersi di un supporto psicologico, che le aiuti a sostenere l'aumento di peso e ad affrontare i cambiamenti che esso richiede. Sebbene in una fase acuta del disturbo le pazienti non siano in grado di intraprendere una psicoterapia vera e propria, è utile lavorare affinché arrivino a riconoscere di avere dei problemi psicologici che devono essere affrontati. La psicoterapia può iniziare nelle fasi avanzate del ricovero e proseguire dopo la dimissione. Sarebbe meglio che la paziente non venisse dimessa appena ha raggiunto un peso normale, ma quando si è abituata a mangiare pasti normali e ha mostrato di saper mantenere il peso raggiunto.

La famiglia

La comprensione del modo in cui la famiglia vive la sua malattia e del modo in cui la paziente vive la sua famiglia resta fondamentale e, come in molte altre patologie psichiatriche, anche nei disturbi dell'alimentazione si sono affermati programmi psicoeducativi per i genitori (*family counselling*) che prevedono incontri con il nucleo familiare e incontri di gruppo con coppie di genitori. Abitualmente gli incontri sono tenuti da professionisti diversi da quelli che curano la paziente; quest'ultima di solito non partecipa, ma fin dall'inizio deve sapere che le notizie riportate dai genitori verranno utilizzate e discusse per migliorare i risultati della terapia, mentre non verrà riferito ai genitori il contenuto dei colloqui individuali della paziente.

Un aspetto fondamentale degli incontri con i familiari è di fornire tutte le informazioni necessarie sui Disturbi dell'Alimentazione e sulle tecniche terapeutiche, cosa importante in quanto i Disturbi dell'Alimentazione restano per larga parte incompresi anche nelle famiglie in cui si verificano. Le informazioni più richieste dai familiari riguardano in genere le "cause" dell'insorgenza del disturbo. A volte lo scopo degli incontri è di spostare l'attenzione dalle cause d'insorgenza alle cause di mantenimento del disturbo e all'utilità di ridurre i rischi di cronicizzazione. Compito del terapeuta è di esaminare con i familiari le dinamiche di rapporto che si sono modificate nel corso della malattia e di aiutarli a capire le strategie ed il modo migliore di reagire in determinate situazioni.

Ad esempio, può essere utile consigliare ai genitori di evitare contrattazioni sul cibo o di chiedere alla figlia di mangiare "per amor loro".

Trattamento farmacologico

Il trattamento dell'anoressia mentale deve confrontarsi con la mancanza di insight e con la rigida negazione di malattia delle pazienti che rifiutano ostinatamente ogni approccio medico, che assumono atteggiamenti manipolativi o che collaborano solo in apparenza.

Peraltro la gravità della malattia e l'elevata mortalità richiedono un intervento tempestivo. In particolare il medico di famiglia deve sensibilizzare sia la paziente che i familiari, spiegando loro i rischi insiti nel sottovalutare la malattia o nell'affrontarla senza la dovuta fermezza. Il trattamento, composito ed individualizzato, comprenderà misure internistiche, cure mediche, psicofarmacologiche ed interventi psicoterapeutici, così da adattarsi alla gravità delle condizioni generali, alla personalità, al set cognitivo o relazionale del paziente. C'è oggi un accordo generale nel ritenere che il piano terapeutico debba prevedere tappe diverse con obiettivi ed approcci differenziati.

Con il trattamento a breve termine, dopo un'accurata valutazione internistica, si deve far fronte innanzitutto alle complicanze mediche, come la disidratazione e gli squilibri elettrolitici che rappresentano le più frequenti cause di morte in queste pazienti. È quindi necessario combattere il grave dimagrimento per ristabilire uno status nutrizionale accettabile. Il digiuno e le restrizioni caloriche sono responsabili infatti di parte della sintomatologia disforico-depressiva, dei disturbi del sonno, dell'irritabilità e della continua preoccupazione per il cibo, cosicché si ritiene che il ripristino dell'equilibrio fisico possa favorire un miglioramento delle condizioni psicologiche.