

---

**Seminario:**

**L'illusione della fame  
e l'apprendimento dell'obesità**

Lucio Sibilia

Dipartimento di Scienze Cliniche

Università degli Studi di Roma La Sapienza

# Argomenti

---

- ✍ Definizioni e misure
- ✍ L'equilibrio energetico e suoi determinanti
- ✍ Epidemiologia del sovrappeso e obesità
- ✍ La "fame" tra natura e cultura
- ✍ Condizionamento e nutrizione
- ✍ Stress e obesità
- ✍ Trattamento CC dell'obesità

# Definizioni e misure

---

- ✍ Obesità: eccesso di peso corporeo rispetto a standard prefissati. Es.:
  - ✍  $> 20\%$  peso ideale
  - ✍  $\text{BMI} > 30$
- ✍  $\text{BMI (IMC)} = \text{peso(kg)} / \text{altezza (m)}^2$

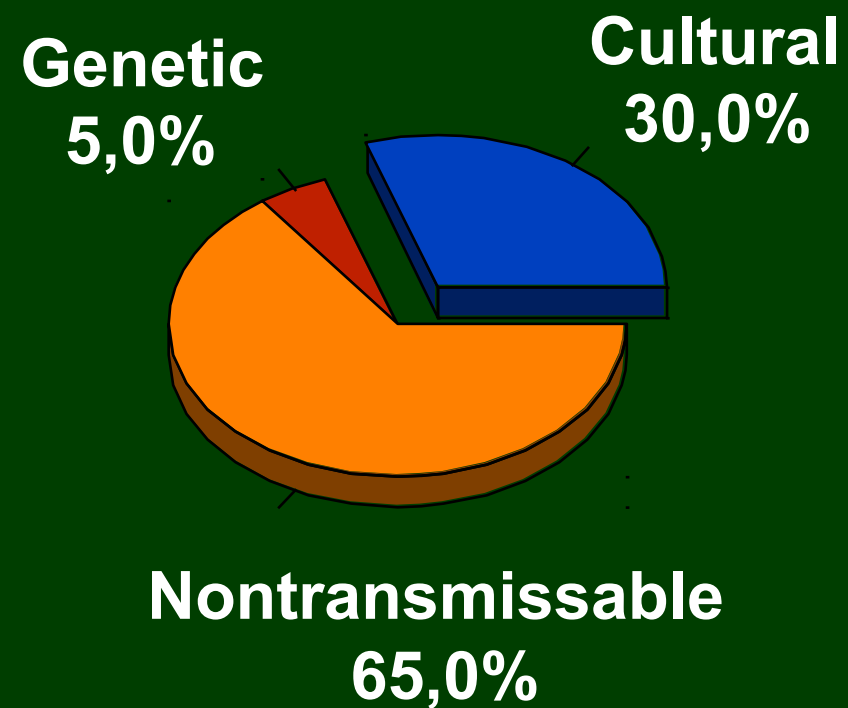
# Contenuto energetico del corpo (75kg)

---

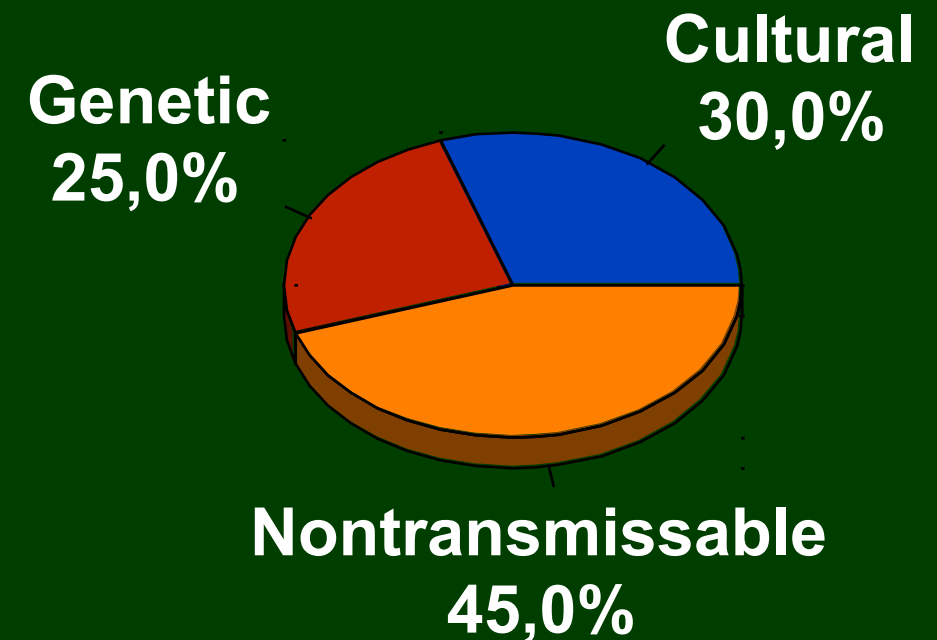
	Kg.	kcalorie
✍ Adipe	20	110000
✍ Proteine muscolari	6	25000
✍ Altre proteine	6	25000
✍ Glicogeno muscolare	0.5	2000
✍ Glicogeno epatico	0.1	400
✍ Glucosio libero	0.02	80

# Il peso dei fattori genetici

BMI e sottocutaneo



% massa grassa corporea



\* Bouchard C. Current understanding of the etiology of obesity: Genetic and nongenetic factors. *Am J Clin Nutr* 1991;53:1561S–5S.

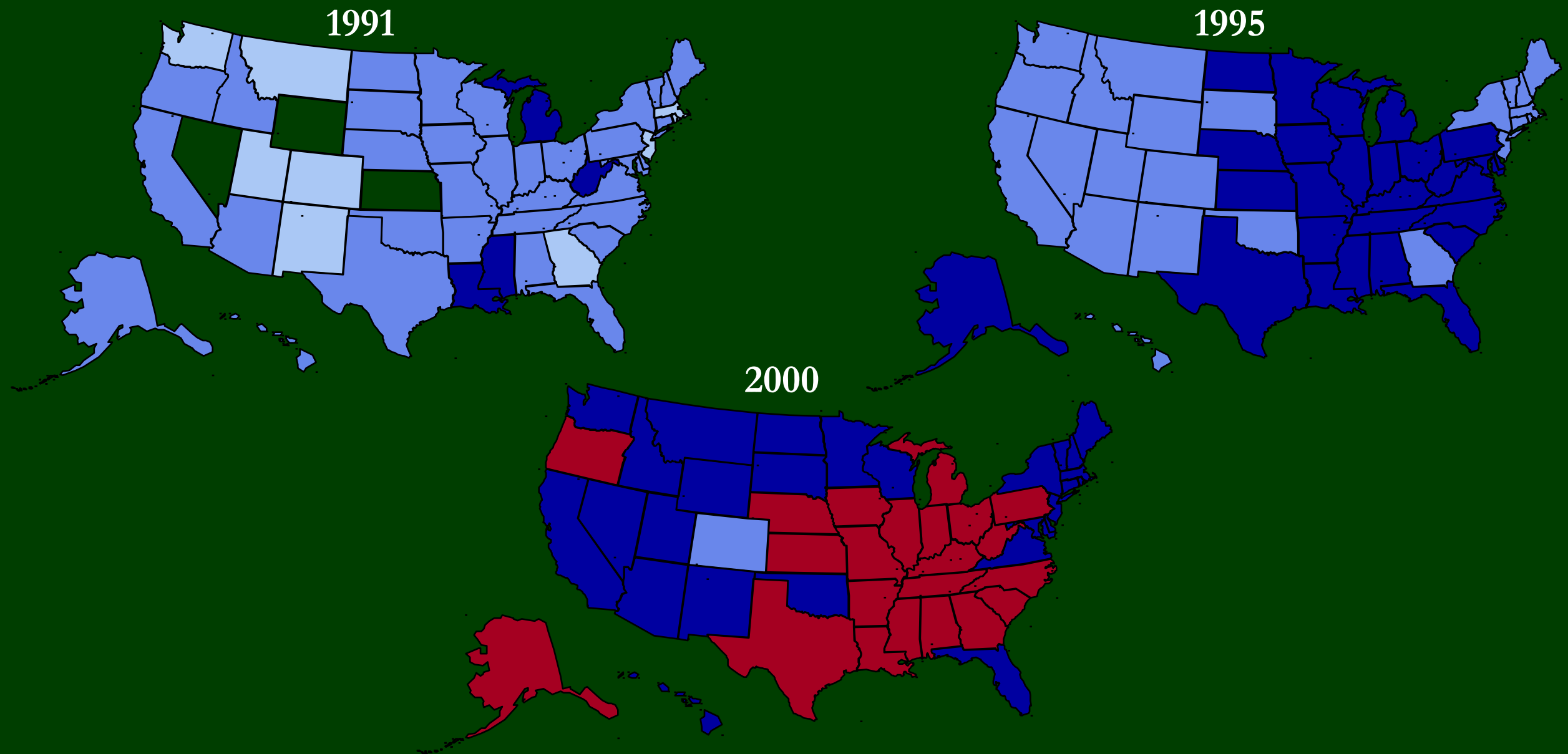
# L'endemia dell'obesità

---

- ✍ Negli USA la prevalenza di obesità:  
aumentata dal 14.4% al 22.3 % dal 1980 al 1991
- ✍ Nel Regno Unito, dal 1980 al 1995:  
aumentata dal 8% al 16.5 % nelle donne  
aumentata dal 6% al 15 % negli uomini
- ✍ Negli altri paesi europei:  
aumenti dal 10% al 40% in meno di due decenni!

# Prevalenza di obesità\* negli adulti USA

1991, 1995 e 2000 (\*BMI  $\geq 30$ )



No Data



<10%



10%-14%



15-19%



> 20%



Source: Mokdad A H, et al. *J Am Med Assoc* 1999;282:16, 2001;286:10.

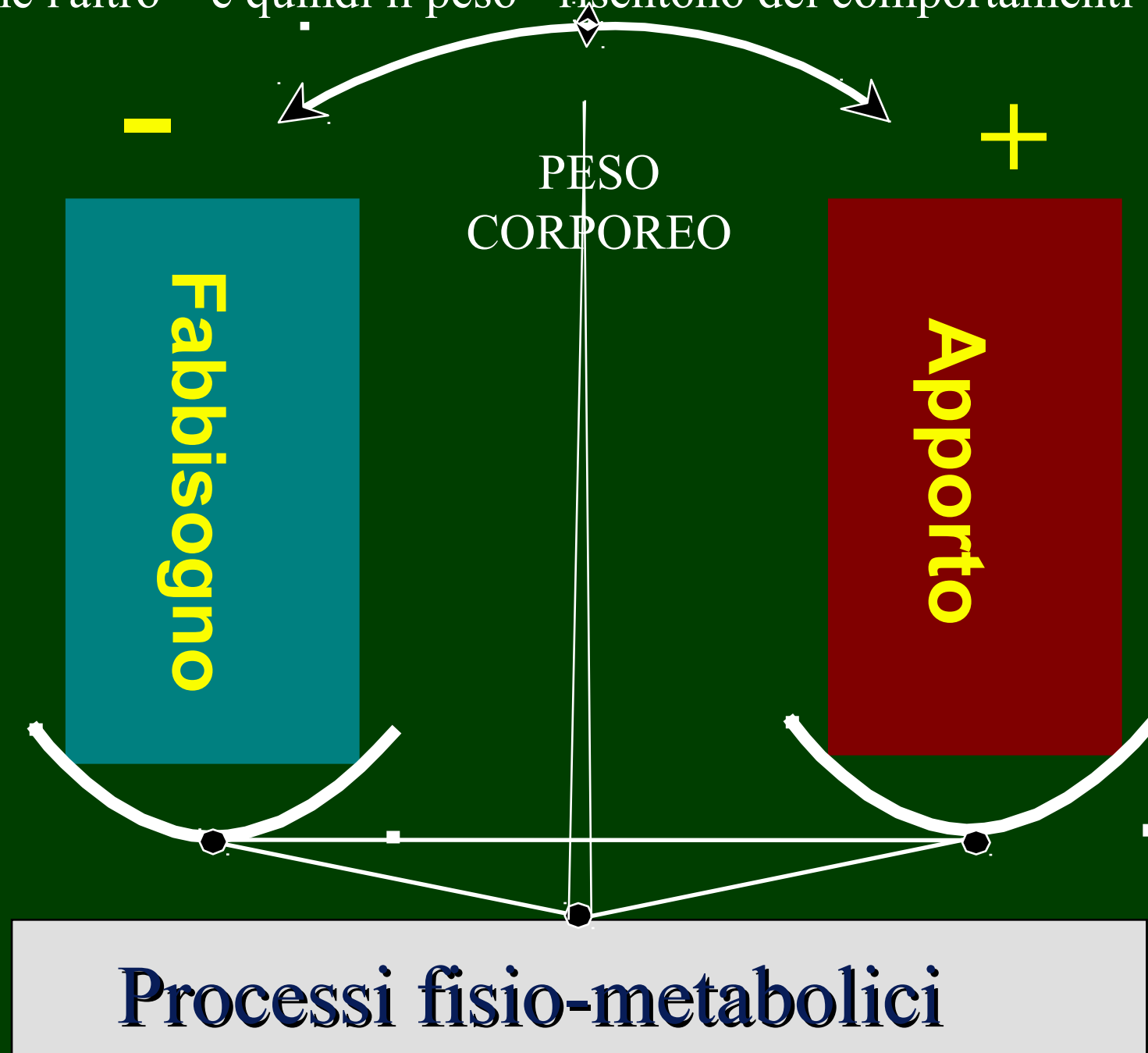


---

**A cosa si deve attribuire questa  
epidemia di sovrappeso e obesità  
delle ultime due decadi?**

# Regolazione del peso: equilibrio energetico

Si suppone che apporto calorico e fabbisogno energetico siano regolati da meccanismi fisiologici  
In realtà, sia l'uno che l'altro – e quindi il peso - risentono dei comportamenti abituali del soggetto.



# Spesa energetica (fabbisogno)

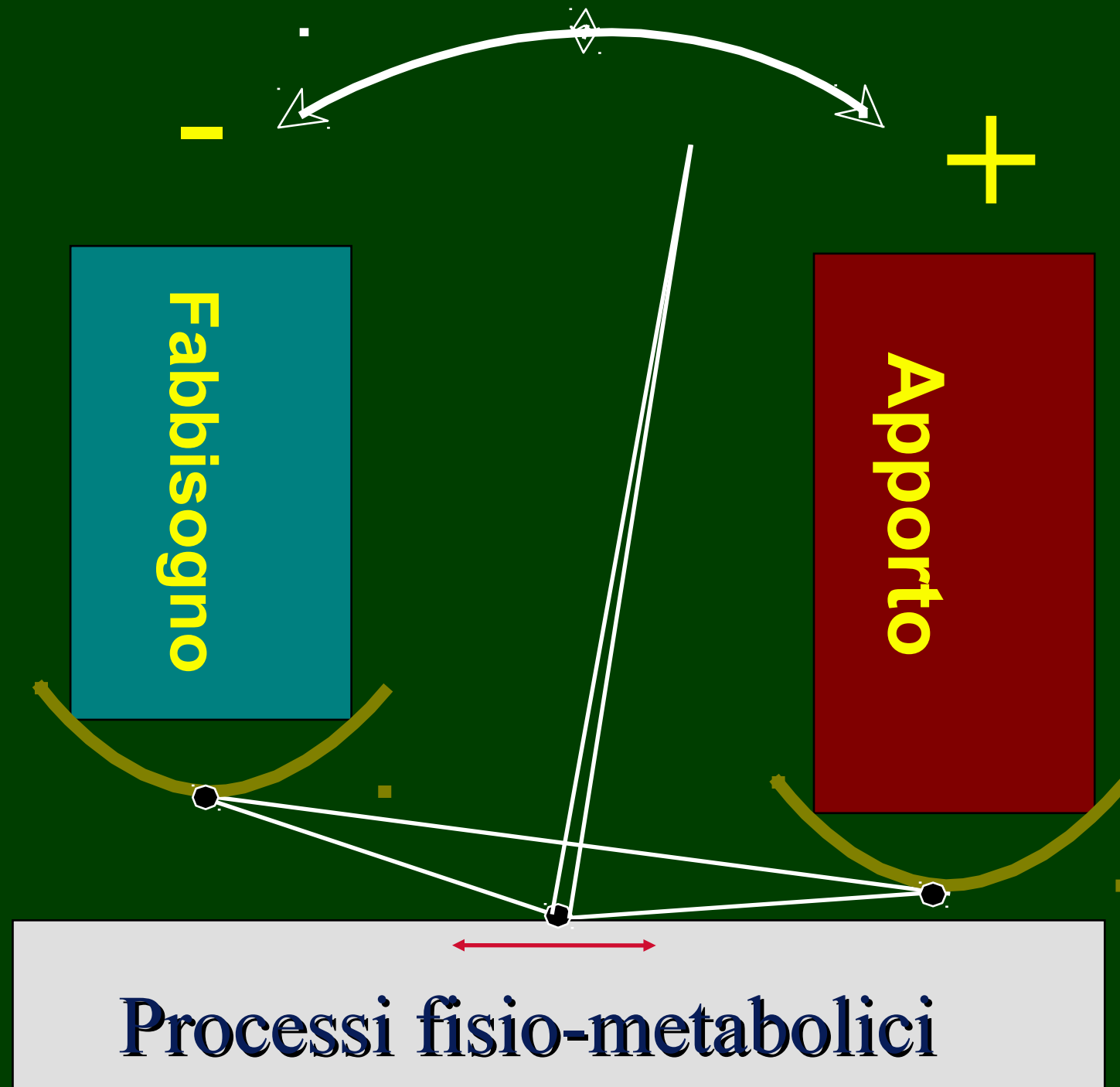
---

Dipende da:

- ◆ Metabolismo basale a riposo (RMR)
- ◆ Attività muscolare volontaria
- ◆ Termogenesi
  - ◆ indotta da cibi
  - ◆ adattativa

# Regolazione del peso: equilibrio energetico

Aumentando l'apporto calorico o riducendo il fabbisogno, il peso aumenta.



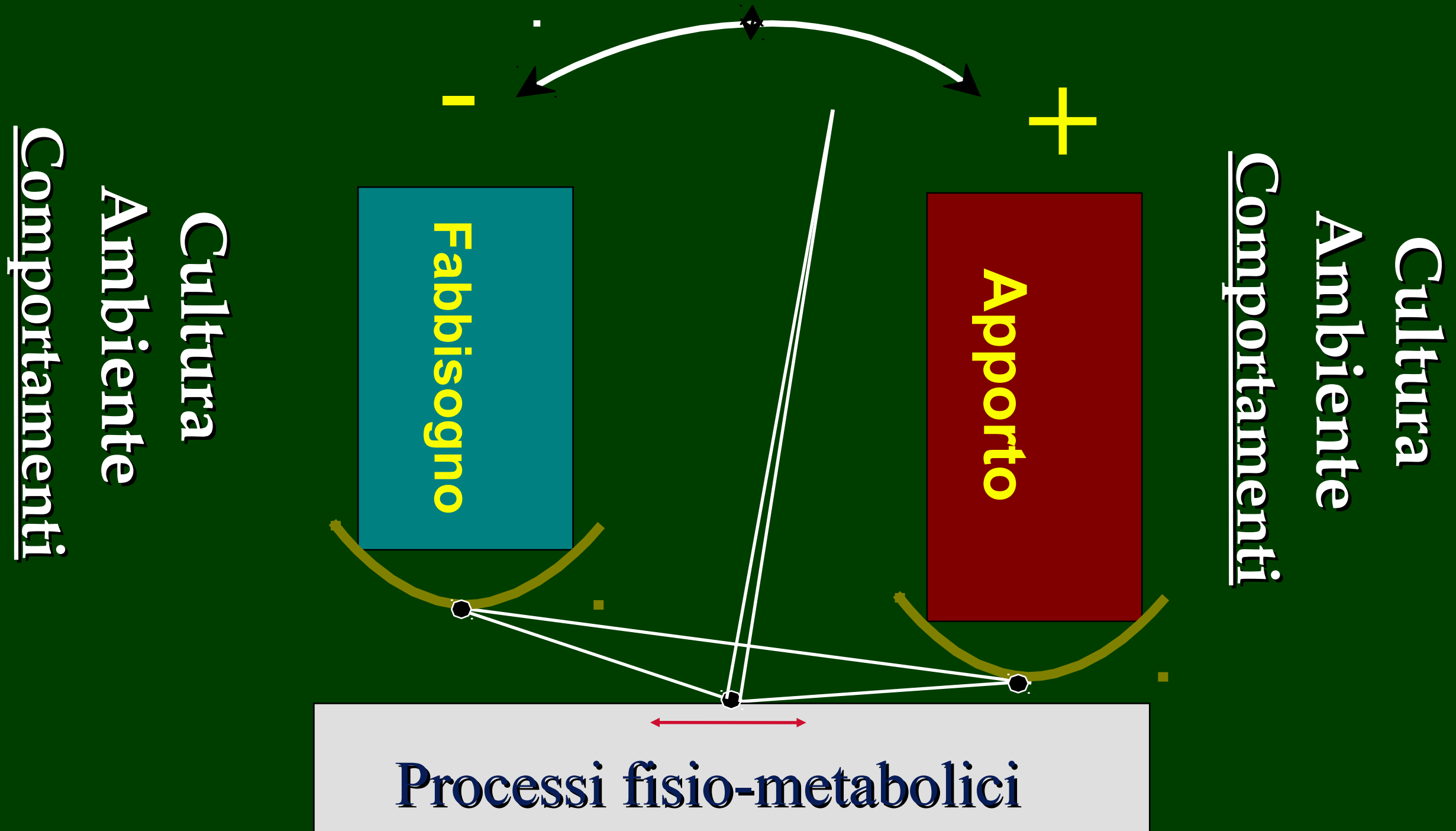
# Come agisce l'ambiente nel favorire l'obesità?

---

- Promuovendo l'ipernutrizione.
- Favorendo l'inattività.
- Riducendo il metabolismo basale:
  - Esposizione/protezione dal freddo (termogenesi!)
  - Induzione di diete restrittive (adattamento ormonale alla carenza calorica!).

Quindi: attraverso l'influenza su  
comportamenti quotidiani!

# Regolazione del peso: equilibrio energetico



# L'opinione degli “esperti”

---

## Principali cause di obesità considerate:

- ✍ Inattività fisica
- ✍ Oscillazioni del peso
- ✍ Depressione
- ✍ Genetica

From: Bray G.A. & Delaney J. A survey of the opinions of obesity experts on the causes and treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55: 151-154

# L'opinione degli “esperti”

---

## Principali cause di obesità considerate:

- ♦ Inattività fisica
- ♦ Oscillazioni del peso
- ♦ Depressione
- ♦ Genetica



From: Bray G.A. & Delaney J. A survey of the opinions of obesity experts on the causes and treatment of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992, 55: 151-154

# I fattori ambientali

---

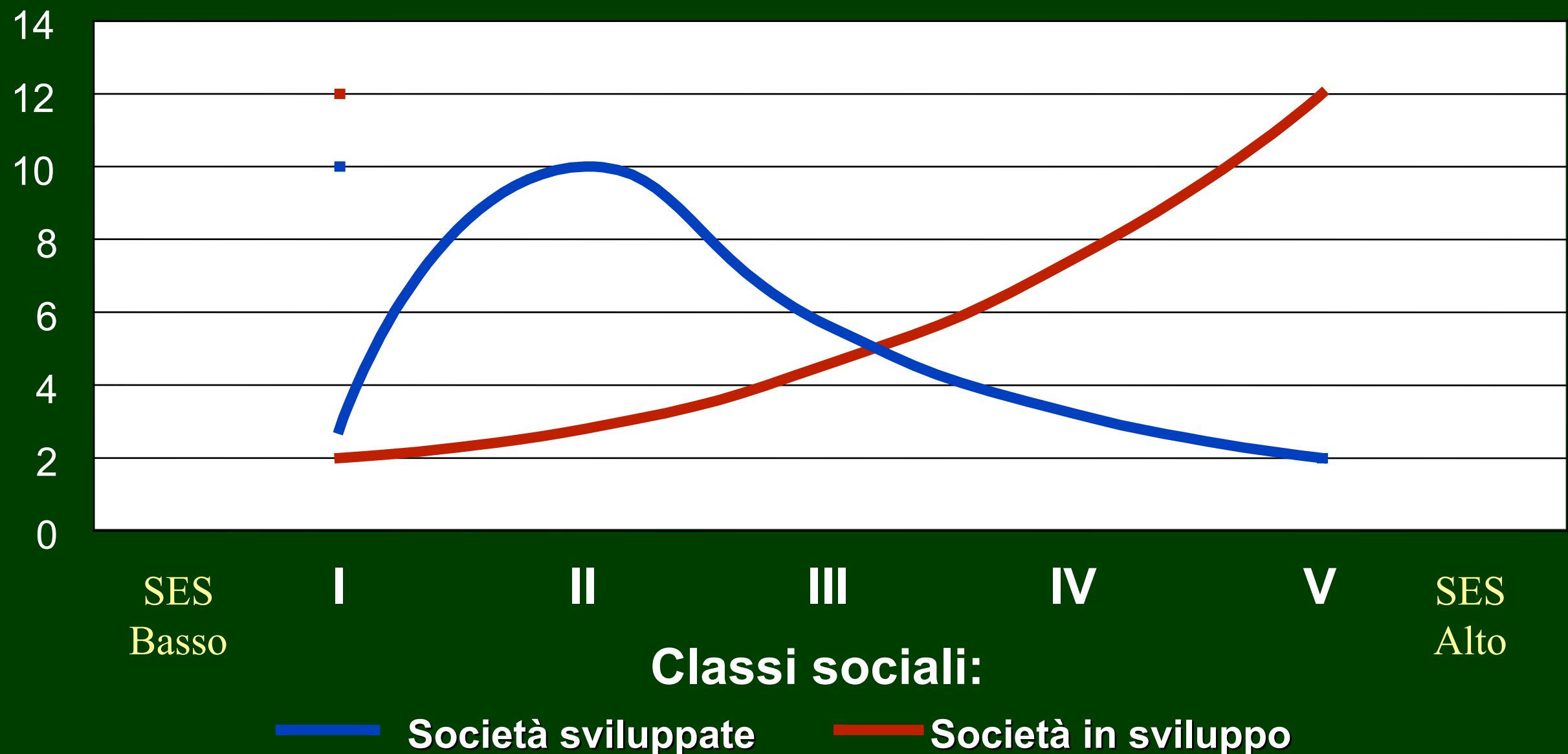
# L'ambiente sociale e l'individuo

---



# Le differenze sociali

Distribuzione della prevalenza di obesità secondo la classe sociale



# L'apprendimento nel ciclo di vita

---

- ◆ Primi anni: la “fame” appresa (v. Threvarthen)
- ◆ Infanzia:
  - ◆ abitudini familiari e cultura alimentare disfunzionale
  - ◆ Iper-controllo genitoriale sull'alimentazione del bambino
- ◆ Adolescenza:
  - ◆ Pressioni culturali a ridurre il peso > diete (ragazze)
  - ◆ Sedentarietà forzata dopo incidenti (ragazzi)
- ◆ Età adulta:
  - ◆ Lavori rischiosi o sedentari (baristi, sarte)
  - ◆ Perdite, mancanza di risorse, etc.

# Abitudini alimentari disadattive più comuni nei bambini (1/2)

---

- Consumare frequenti spuntini dolci e ricchi di calorie fuori pasto
- “Ingozzarsi” in fretta e senza masticare
- Chiedere ed ottenere una seconda porzione
- Mangiare davanti alla TV, nella stanza da letto, o altre parti della casa
- Abbondare in condimenti (olio, burro, ...)
- Sentirsi costretti a “ripulire” il piatto

Da: Balfour J. & Katz R.: *Take it off and keep it off*, Prentice Hall, modif.

# Abitudini alimentari disadattive più comuni nei bambini (2/2)

---

- ✍ Mangiare sproporzionati quantitativi di cibi ad alto contenuto calorico e pochi cibi di basso contenuto calorico, di maggior valore nutritivo
- ✍ Mangiare per noia, per rabbia, oppure per tristezza
- ✍ Mangiare prima di andare a letto
- ✍ Tenere a portata di mano grandi quantità di cibi (caramelle, biscotti, noccioline, etc.) negli ambienti di vita quotidiana.

Da: Balfour J. & Katz R.: *Take it off and keep it off*, Prentice Hall, modif.

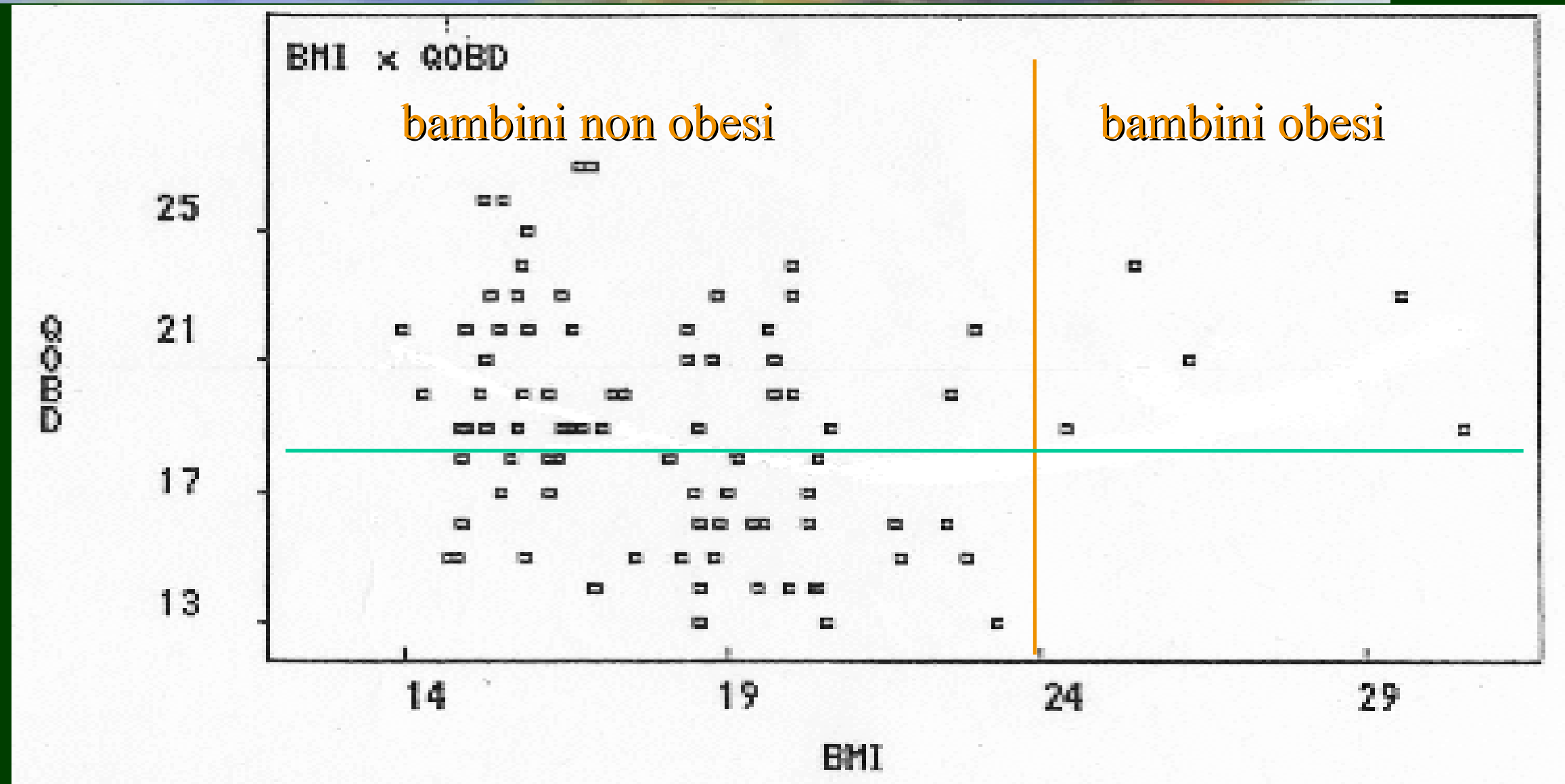
# Convinzioni pedagogiche obesigene (1)

---

1. *Bisogna insegnare ai bambini a non lasciare nessun avanzo nel piatto.*
2. *Un bambino che rifiuta di mangiare avrà qualche disturbo da curare.*
3. *Se un bambino è svogliato nel mangiare bisogna invogliarlo con qualche cosa di piu' appetitoso.*
4. *I bambini di oggi sono meglio nutriti di una volta.*
5. *Le persone magre sono più deboli di salute.*
6. *Se un bambino mangia con voracità significa che ha fame.*
7. *Bisogna che i bambini imparino a mangiare senza trastullarsi o perdere tempo.*
8. *Non bisogna mai lasciare che un bambino salti un pasto.*

Da: Sibilia L., Iugoli L. & Lacenere M.T. (1993). Convinzioni pedagogiche obesigene: uno studio sperimentale. *Medicina Psicosomatica*, 38 (93-100).

# Convinzioni pedagogiche obesigene (2)



Genitori con punteggi di QOBD sopra la mediana erano gli unici ad avere figli obesi!

Da: Sibilia L., Iugoli L. & Lacenere M.T. (1993). *op. cit.*

# La pressione dei media

---

- Pubblicità di cibi diretta ai bambini
- Incoraggiamento dell'abitudine a sottoporsi a diete.
- Diffusione dello stereotipo della bellezza=magrezza  
(ma tra poco anche: bellezza=obesità)

**QUALUNQUE SIA LA SPESA...  
C'È PERSONAL CREDIT.**



- Confusione spesa-apporto!
- Glorificazione del desiderio!

# Il rischio di Disturbi Alimentari Psicogeni

---

- Sottoporsi a restrizioni nutrizionali costituisce il più importante fattore predittivo dell'insorgenza nei giovani dei disturbi alimentari psicogeni.
- Le ragazze che si sottopongono ai digiuni o alle diete più restrittive hanno un rischio 18 volte superiore alla media!

Da: Patton, G.C., & al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 318(7186):765-768, 1999)

# Le diete

---

- ✍ Nelle diete, il soggetto adotta temporaneamente un comportamento alimentare diverso dal proprio abituale, e limitatamente ai contenuti nutrizionali dei cibi.
- ✍ Durante la dieta il soggetto è sottoposto ad un conflitto motivazionale.

# Le diete

---

- ✍ Le modalità dell'alimentazione mai o raramente vengono modificate dalle diete, in particolare quelle che più contano:
    - La voracità-rapidità di consumo dei pasti.
    - La distribuzione spazio-temporale (generalizzazione).
    - La dipendenza da stati emozionali (stato-dipendenza).
- Anzi, vengono accentuate dalle diete!

# Il costrutto “FAME”

---

- Né negli studi su animali né sull'uomo è possibile una misura diretta della variabile “fame”.
- Negli animali la “fame” viene operativamente definita come la distanza dall'ultimo pasto.
- Nell'uomo si utilizza l'autosservazione del soggetto, ignorando che anch'essa è stata sottoposta ad apprendimento.

# Il costrutto “FAME”: il modello biologico interiorizzato

---

- ✍ Significato nel parlato corrente:  
“bisogno impellente di mangiare, conseguente alla carenza di sostanze nutritive nell’organismo, la cui soddisfazione non può essere rimandata”
- ✍ Significati traslati:  
“grande desiderio: f. di sapere, f. di giustizia”

# Il costrutto “FAME”

---

- ✍ mancanza del cibo necessario: aver conosciuto la f. | estens., indigenza, povertà; ridurre alla f., portare alla miseria; salario da f., che non basta a soddisfare neanche le prime necessità.
- ✍ FAMELICO: “Affamato, che denota fame, vorace, ingordo”

# connotazione semantica del costrutto “FAME”

---

- ✍ Una condizione estrema, di cui **si soffre**
- ✍ che indica carenza o insufficienza di cibo
- ✍ o altro bisogno irrinunciabile e insopprimibile  
e pertanto è:
- ✍ simbolo di ciò che è **brutto e sgradevole**: (miseria, bruttezza)

# Il costrutto “APPETITO”

---

- ✍ APPETITO:
- ✍ Significato 1: “*Desiderio naturale di cibo, fame moderata*”
- ✍ Significato 2: “*Forte desiderio di soddisfare un bisogno dei sensi*”; (per estens.): “*avidità*”

Quindi:

*Desiderio o aspettativa positiva di appagare un piacere sensoriale, naturale e legittimo.*

# Il costrutto “APPETITO”

---

- ✍ APPETITOSO:
- ✍ 1: “Che stimola l’appetito; gustoso”
- ✍ 2: “Attraenete, allettante” (scherz.)

# Conseguenze:

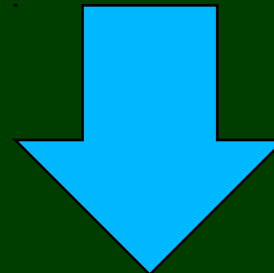
---

- ✍ La convinzione di poter avvertire fame favorisce l'interpretazione come “fame” di sensazioni interne sgradite di varia origine.
- ✍ Il pensiero di “aver fame” funge da stimolo interno prossimale di avvio della ricerca di cibo.
- ✍ Gli effetti post-ingestionali positivi del cibo “coprono” le sensazioni sgradite.

# L'apprendimento dell'uso non-nutrizionale del cibo

---

Ipotesi: la carenza disadattiva di una corretta discriminazione degli stimoli corporei ed emotivi, nonché l'abitudine a considerarli "fame"



FAME APPRESA

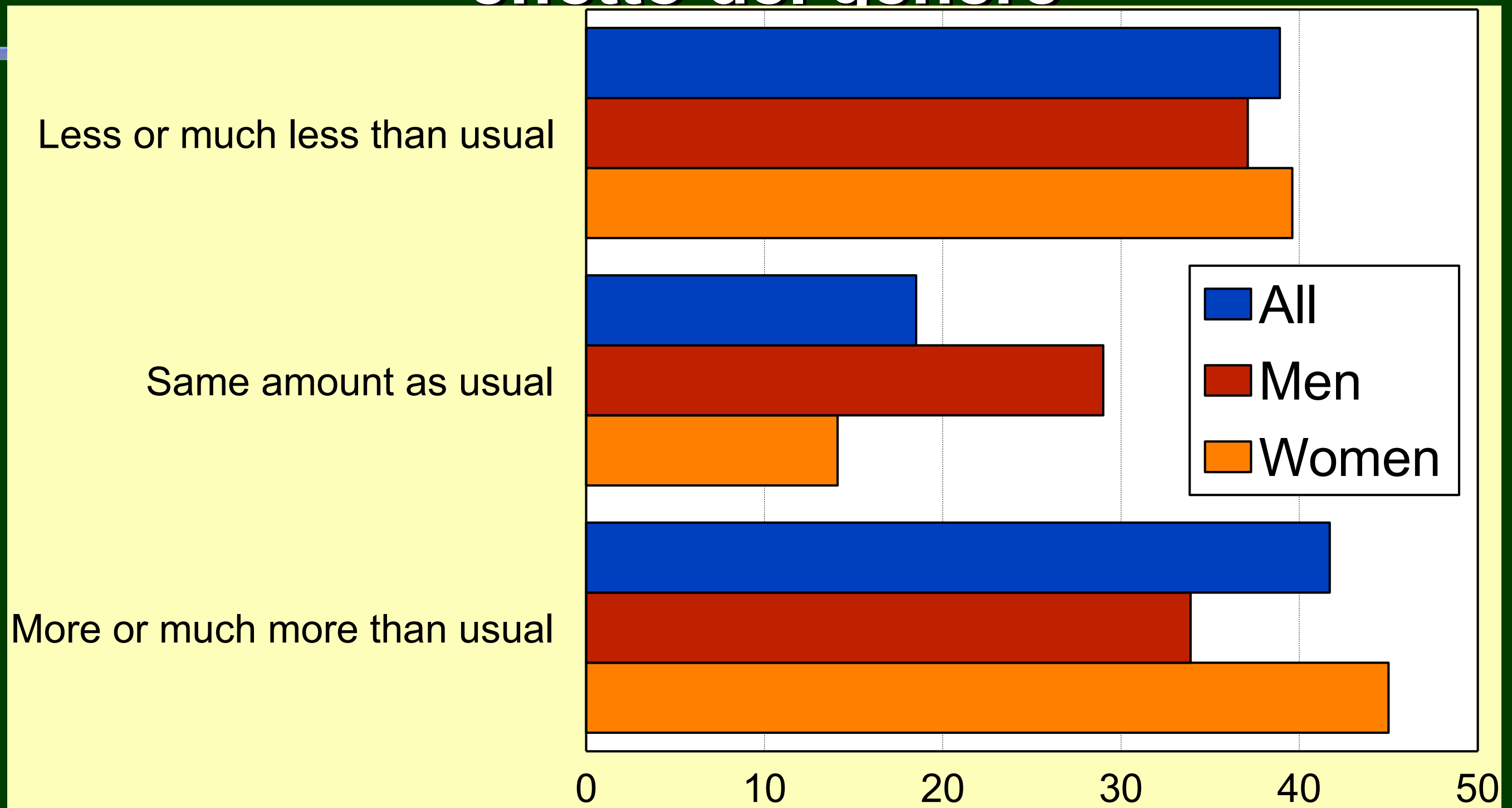
Kaplan H.I. & Kaplan S. The psychosomatic concept of obesity, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1957, 125, 181-201.

Bruch H. *Eating disorders*, 1973. New York, Basic Books



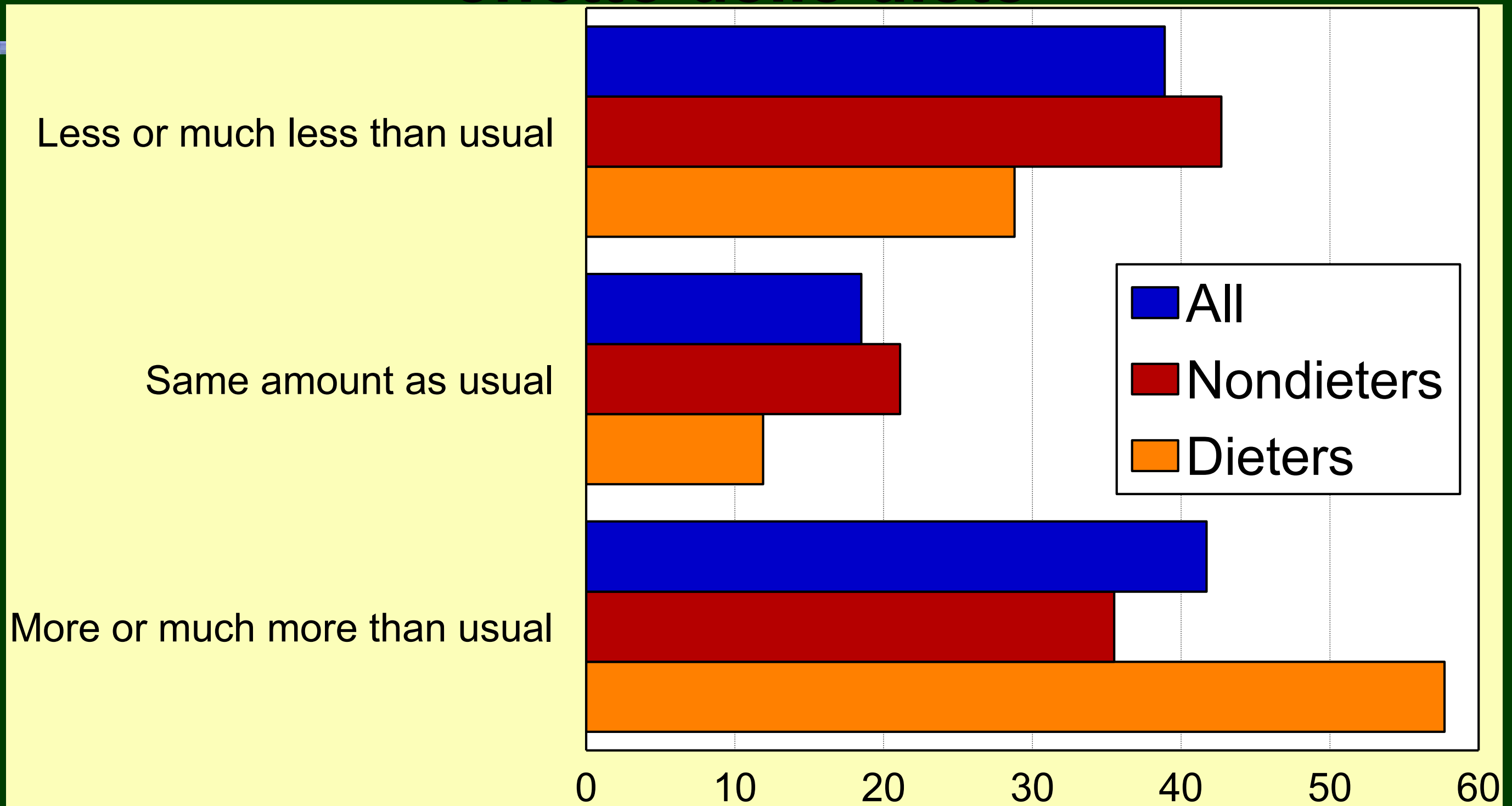
# Stress e alimentazione

# Quantità di cibo consumato sotto stress: effetto del genere



Da: Oliver G. & Wardle J. Perceived Effects of Stress on Food Choice *Physiology & Behavior*, 1999, Vol. 66 (3):511–515.

# Quantità di cibo consumato sotto stress: effetto delle diete



Da: Oliver G. & Wardle J. Perceived Effects of Stress on Food Choice *Physiology & Behavior*, 1999, Vol. 66 (3):511–515.

# Frequenze degli spuntini sotto stress (%)

	<u>All</u>	<u>Men</u>	<u>Women</u>	
Far fewer than usual	3.3	3.2	3.4	%
Slightly fewer than usual	10.0	9.7	10.1	%
Same number as usual	13.8	19.4	11.5	%
Slightly more than usual	57.6	53.2	59.5	%
Many more than usual	15.2	14.5	15.5	%
More than usual	72.8	67.7	75.0	%

Sia uomini che donne fanno molti più spuntini sotto stress psico-emotivo

Da: Oliver G. & Wardle J. Perceived Effects of Stress on Food Choice *Physiology & Behavior*, 1999, Vol. 66 (3):511–515.

# Diets and their effects

---

- ✍ “Why strict, vigilant control of eating is a strong predictor of stress-induced eating?”

Perché il controllo vigile e stretto dell'alimentazione è predittivo di alimentazione stress-dipendente?

[Greeno C.G. & Wing R.R. Stress-Induced Eating  
*Psychol. Bull.*, 1994, 115 (3):444-464]

# Influenza delle restrizioni alimentari sul metabolismo e assetto ormonale

---

- ✍ 4 settimane consecutive di restrizione dietetica (600 Kcal. x 4 gg./sett.) in soggetti volontari non “restrittori” hanno prodotto (\*):
  - ✍ > una elevazione significativa dell’ac.  $\beta$ -OH butirrico (BHBA: indicatore di restrizione alimentare a breve termine)
  - ✍ > una riduzione del T3 paragonabile a quella dei pazienti bulimici in fase acuta, o di una riduzione di peso di 5 Kg. ottenuta in 1 mese o di una dieta a 1000 Kcal./die.

(\*) Laessle R.G. & al. Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behaviour in Young Women. *Physiology & Behaviour*, 1996, 60(1): 1-5.

# Influenza delle restrizioni alimentari sul peso e sul comportamento

---

- ✍ Nessun calo significativo di peso
- ✍ Disturbi bulimici “sottosoglia”:
  - ✍ irritabilità,
  - ✍ umore,
  - ✍ preoccupazioni sui cibi,
  - ✍ paura di perdere il controllo,
  - ✍ impulsi a fare “abboffate”.

Da: Laessle R.G. & al. Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behaviour in Young Women. *Physiology & Behaviour*, 1996, 60(1): 1-5.

# Influenza delle restrizioni alimentari sul senso di “fame”

TABLE 4  
MEAN SELF-RATINGS FOR EATING RELATED VARIABLES [MEAN (SD)]  
(FIVE POINT SCALES, 0 = NOT AT ALL, 5 PERMANENTLY PRESENT)

	Days With Dieting Instruction During				Days of Unlimited Intake During			
	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Feelings of hunger	3.0 (0.9)	2.8 (0.8)	2.6 (0.9)	2.9 (0.6)	1.3 (0.4)	1.2 (0.5)	1.2 (0.4)	1.1 (0.2)
Preoccupation with eating and food	2.9 (0.6)	2.8 (0.7)	2.7 (0.6)	2.7 (0.4)	2.0 (0.8)	2.0 (0.4)	2.1 (0.6)	2.1 (0.6)
Drive to eat more than allowed	2.4 (0.7)	2.4 (0.7)	2.1 (0.3)	2.3 (0.7)	1.1 (0.2)	1.2 (0.3)	1.3 (0.4)	1.1 (0.2)
Fear of loss of control over eating	1.3 (0.5)	1.6 (0.7)	1.3 (0.6)	1.3 (0.4)	1.0 (0.3)	1.1 (0.2)	1.2 (0.6)	1.1 (0.2)
Impulse to bulimic episodes	1.1 (0.2)	1.0 (0.1)	1.0 (0.1)	1.0 (0.1)	1.1 (0.3)	1.3 (0.5)	1.4 (0.6)	1.5 (0.5)

- Le alterazioni indotte da sole quattro settimane di restrizioni dietetiche alternate ad alimentazione libera in soggetti normali producono disturbi bulimici “sottosoglia”.

Da: Laessle R.G. & al. Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behaviour in Young Women. *Physiology & Behaviour*, 1996, 60(1): 1-5.

# Influenza delle restrizioni alimentari sulle variabili psicologiche

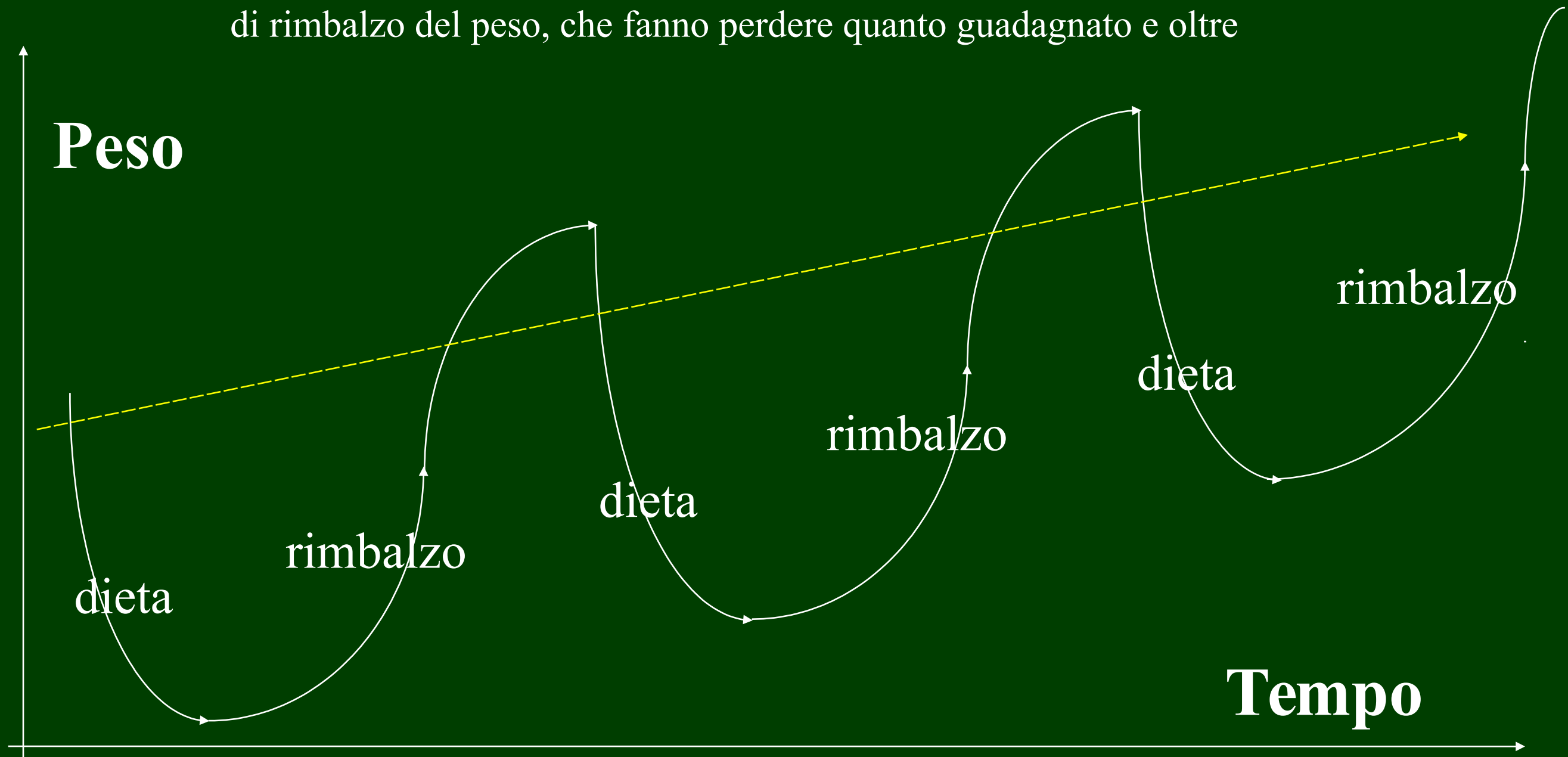
MEAN SELF-RATINGS FOR MOOD, CONCENTRATION ABILITY, AND IRRITABILITY DURING THE CONDITIONS OF DIETING AND UNLIMITED INTAKE (MEAN (SD) ANALOG SCALES (0 = VERY GOOD, 100 = VERY BAD))

	Days With Dieting During				Days Of Unlimited Intake During			
	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4
Mood	31.7 (19.9)	37.0 (14.7)	37.3 (18.1)	34.5 (13.5)	26.6 (16.6)	20.9 (12.2)	31.3 (18.0)	23.0 (12.0)
Concentration ability	37.3 (19.3)	42.7 (14.9)	37.9 (10.4)	26.8 (15.8)	23.7 (13.4)	28.2 (15.4)	36.6 (15.5)	27.0 (15.6)
Irritability	39.3 (23.1)	46.2 (16.2)	48.2 (21.7)	36.1 (16.0)	25.7 (14.6)	27.7 (12.6)	34.2 (13.2)	30.4 (18.3)

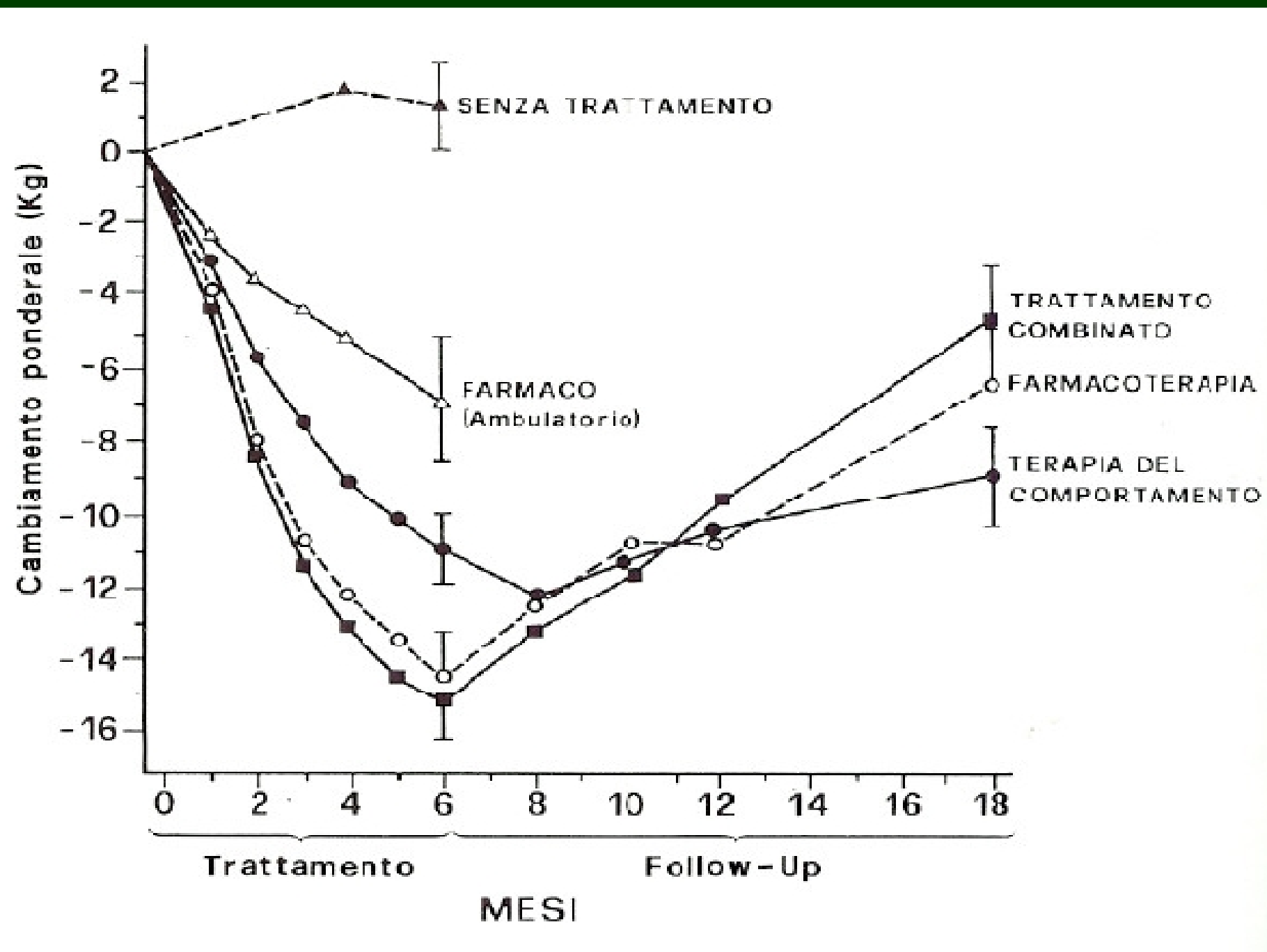
Da: Laessle R.G. & al. Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behaviour in Young Women. *Physiology & Behaviour*, 1996, 60(1): 1-5.

# Il ciclo perverso della dieta

Le diete, senza modificazione delle abitudini, sono seguite da periodi di rimbalzo del peso, che fanno perdere quanto guadagnato e oltre



# Problema: rimbalzo ponderale



Stunkard A., Wilcoxon-Craighead L. & Brownell K. (1983) Terapia comportamentale dell'obesità: confronto tra farmacoterapia e trattamento combinato, in: *Comportamento alimentare e obesità*, a cura di L. Sibilia & S. Borgo. Roma: Società Ed. Universo.

# Obesità e emozioni disturbate

---

- ✍ *“Studies comparing obese and nonobese persons have generally failed to find differences in global aspects of psychological functioning (e.g., depression, anxiety)”*
- ✍ *“The resulting conclusion, that obesity does not carry risk for psychological problems, is inimical to clinical impression, reports from overweight individuals...”*

From: Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull* 1995;117:3-20

# La Grande Guerra



- ✍ Schmerzfettsucht:
- ✍ “adiposità da dolore”

Durante la Grande Guerra, le madri, le fidanzate o le mogli dei soldati che morivano al fronte o non davano notizie di se, si vedevano spesso aumentare di peso... per il dolore!

# Effetti dello stress sui comportamenti alimentari

---

- ✍ Molti studi forniscono oggi numerose prove convergenti che in condizioni di stress o sotto l'effetto di emozioni negative le persone rispondono con modifiche prevedibili dell'apporto alimentare:
  - ✍ Risposta iperfagica (35 - 40%)
  - ✍ Risposta ipofagica (35 - 40%)
  - ✍ Nessun cambiamento (minoranza)

# Predittori psicosociali dell'alimentazione e del bere stress-correlati:

---

- ✍ Negli uomini:
- ✍ Essere scapoli o divorziati,
- ✍ Avere una storia di disoccupazione,
- ✍ Avere un basso livello di istruzione (o una laurea).
- ✍ Nelle donne:
- ✍ Mancanza di sostegno emozionale.

# I mangiatori sotto stress:

---

- ✍ Tendono a mangiare cibi più calorici
- ✍ Consumare più alcool.
- ✍ Avere un BMI più elevato,  
(particolarmente le donne)

# problemi di valutazione..

---

In queste ricerche su grandi numeri, l'iperfagia è stata misurata da:

- ✍ Risposta “spesso” o “molto” alla domanda nel “*Ways of Coping Checklist*”:
- ✍ “*Cerco di sentirmi meglio mangiando, bevendo, usando farmaci, etc.*”

# L'obesità causa di disagio

---



Sibilia L. & Borgo S. (Eds) *Comportamento Alimentare e Obesità*. 1983.  
Società Editrice Universo, Roma.

# Ma anche lo stress causa di obesità!

---



Sibilia L. & Borgo S. (Eds) Comportamento Alimentare e Obesità. 1983.  
Società Editrice Universo, Roma.

# Nel modello bio-psicosociale

---

Il comportamento alimentare è sotto il controllo di:

- ✍ fattori biologici  
(endocrino-metabolici)
- ✍ fattori ambientali  
(ambiente fisico e socio-culturale)
- ✍ fattori soggettivi  
(cognitivo-emotivi e temperamentali)

# Il determinismo genetico e biologico

---

✍ La spiegazione genetica / biologica:

Aiuta a ridurre il pregiudizio sociale avverso agli obesi  
(non è la “volontà” che manca!)

Ma: riduce il “controllo percepito”, e rinforza la  
“aspettativa di risposta” incontrollata, la convinzione  
dell'obeso di non potersi controllare, di fronte ad  
alcuni stimoli interni (impulso di “fame”) o esterni  
(cibi, profumi, offerte).

# Il determinismo genetico e biologico

---

Inoltre la spiegazione genetica / biologica risulta logicamente dissonante con la richiesta di osservare le restrizioni nutrizionali (volontarie) necessarie per il calo ponderale.



# Trattamento CC dell'obesità

# Argomenti

---

- ✍ Storia dei metodi CC nell'obesità
- ✍ Principi teorici e metodi
- ✍ Efficacia dei metodi
- ✍ Indicazioni / Applicazioni
- ✍ Integrazione con l'approccio medico-dietetico
- ✍ Indicazioni per il medico

# Storia

---

- ✍ B.H. Skinner, 1952
- ✍ C.B. Ferster, J.I.Nurnberger & E.B. Levitt, 1962
- ✍ R.B. Stuart, 1967
- ✍ H. Bruch, 1970
- ✍ Stunkard A.J.& al., 1980
- ✍ Bennet G.A., Fairburn C.G., Agras W.S. & al.
- ✍ Perri M.G. & al. 1987

# Basi teoriche

---

- ✍ Teorie dell'apprendimento socio-cognitive (*cognitive-social learning theories*):
  - ✍ Condizionamento classico e operante
  - ✍ Apprendimento vicario
  - ✍ Teoria dell'Autoefficacia (Self-efficacy)
  - ✍ Teoria dell'Attribuzione
  - ✍ Teoria del "Controllo interno"

# Principi del cambiamento comportamentale

---

- ♦ Il cambiamento è graduale (fasi)
- ♦ Prima etero- poi auto-diretto
- ♦ Apprendimento a triplo livello:
  - ♦ comportamentale (es.: abitudini, scelte)
  - ♦ cognitivo (es.: convinzioni e atteggiamenti)
  - ♦ emotivo (es.: distacco emozionale)
- ♦ Stabilizzato dall'attribuzione interna

# Fasi della TCC dell'obesità

---

- ✍ 1. Evidenziare e sostenere le motivazioni
- ✍ 2. Condurre una valutazione CC
- ✍ 3. Identificare deficit/errori
- ✍ 4. Aumentare la consapevolezza del p.
- ✍ 5. Informare correttamente il p.
- ✍ 6. Coinvolgere il p. in un programma
- ✍ 7. Sostenerlo nell'esecuzione del programma

# 1. Evidenziare e sostenere le motivazioni

---

- ✍ 1. Motivi per cambiare:
  - ✍ a) positivi
  - ✍ b) negativi
- ✍ 2. Motivi a continuare:
  - ✍ c) positivi
  - ✍ d) negativi
- ✍ 3. Ridimensionare:  $b) + c)$
- ✍ 4. Elenco dei motivi:  $a) + d)$

# 1. Evidenziare e sostenere le motivazioni

---

- ✍ 1. Motivi per cambiare:
- ✍ a) positivi
- ✍ b) negativi
- ✍ 2. Motivi a continuare:
- ✍ c) positivi
- ✍ d) negativi
- ✍ 3. Ridimensionare b) + c)
- ✍ 4. Elenco dei motivi a) + d)

## 2. Condurre una valutazione

---

### Valutazione comportamentale:

- Questionari
- Schede di autosservazione
- Intervista

### Valutazione cognitiva:

- Questionari
- Intervista

# 3. Identificare e modificare deficit/errori

---

- ✍ Identificare e smontare pregiudizi, p.es.:
  - ✍ - la "fame"
  - ✍ - la "volontà"
  - ✍ - cibi "proibiti"
- ✍ Identificare deficit/eccessi nutrizionali
- ✍ Identificare errori alimentari

# 4. Aumentare la consapevolezza

---

- ✍ La valutazione richiede:
  - ✍ 1. Misura
  - ✍ 2. Giudizio
- ✍ Per favorire l'autovalutazione:
  - ✍ Abituare il p. a misurare
  - ✍ Calibrare i giudizi s/ comportamento
  - ✍ L'autovalutazione consente il distacco emozionale

# 4. Aumentare la consapevolezza

---

- Comportamento alimentare:
  - aspetti quantitativi (cosa e quanto)
  - aspetti qualitativi (come e quando)
- Abitudini di vita
  - attività fisica
    - sistematica
    - non sistematica

# Errori alimentari qualitativi e quantitativi

---

## Errori qualitativi:

- ✍ Alimentazione rapida/compulsiva
- ✍ Alimentazione compensativa/stato-dipendente
- ✍ Alimentazione distribuita
  - ✍ Topograficamente
  - ✍ Temporalmente

## Errori quantitativi:

- fissare obiettivi di consumo e limiti realisticamente insostenibili!

# 5. Informare correttamente

---

- ✍ Il bilancio nutrizionale quotidiano
- ✍ Le diete e loro effetti
  - ✍ a breve termine
  - ✍ a lungo termine
- ✍ Metodi alternativi di autocontrollo
- ✍ L'autocontrollo del comportamento come abilità e non qualità personale

# 6. Programma di modificazione comportamentale

---

- ✍ Acquisizione delle abitudini a mangiare:
  - ✍ regolarmente in fasce orarie prefissate, senza spilluzzicare, sgranocchiare, mangiucchiare in altri orari
  - ✍ il più possibile nello stesso luogo (stimoli)
  - ✍ lentamente masticando a lungo e assaporando
  - ✍ rilassato/a senza distrazioni o attività concomitanti

# 6. Programma di modificazione comportamentale

---

- ✍ Acquisizione di capacità nuove di smaltire lo stress in modi alternativi
  - ✍ V. “Tabella delle alternative”
- ✍ Acquisizione delle capacità di formulare e attuare programmi di attività fisica:
  - ✍ realistici
  - ✍ gradevoli
  - ✍ progressivi

# 7. Sostenere il p. nell'eseguire il programma comportamentale

---

- ✍ Lasciare esprimere emozioni negative
- ✍ Fornire una corretta prospettiva temporale
- ✍ Fornire rinforzi ed empatia
- ✍ Favorire attribuzioni interne dei successi
- ✍ Ridurre lo stato distimico iniziale con farmaci e gradualmente sottrarli, ma senza favorire attribuzione esterna! (per il medico).

# Metodi cognitivo-comportamentali (CC)

---

- ✍ Metodi standard:
  - ✍ Auto-osservazione
  - ✍ Controllo dello stimolo (interno/esterno)
  - ✍ Controllo della risposta
  - ✍ Gestione delle contingenze (es. “contratti”)
  - ✍ Programmazione comportamentale
  - ✍ Tecniche supplementari

# Auto-osservazione

---

- ✍ delle abitudini alimentari
  - ✍ aspetti qualitativi (diario alim.)
  - ✍ aspetti quantitativi (consuntivo)
- ✍ dell'attività fisica
- ✍ delle contingenze ambientali, emotive, cognitive dei comporta-menti rilevanti

# Controllo dello stimolo

---

- ✍ Controllo dello stimolo interno, es.:
  - ✍ Fasce orarie
  - ✍ Programma “d'emergenza”
- ✍ Controllo dello stimolo esterno, es.:
  - ✍ Evitamento dello stimolo esterno
  - ✍ Programmazione ambientale
  - ✍ Richieste/rifiuti assertivi

# Controllo della risposta

---

- ✍ Modificazione delle modalità di assunzione del cibo, es.:
- ✍ rilassarsi prima di mangiare
- ✍ mangiare lentamente e assaporare
- ✍ masticare più a lungo
- ✍ intervallare i bocconi
- ✍ differire i cibi più palatabili

# Gestione delle contingenze

---

Clausola di autocontratto positivo:

✍ “Se riesco a .....”

✍ “Allora posso .....”

✍ Clausola di autocontratto negativo:

✍ “Se non riesco a .....”

✍ “Allora devo .....”

# Programmazione comportamentale

---

- ✍ Es.: Programma di attività fisica.
- ✍ Scritto, dettagliato
- ✍ Gradevole
- ✍ Realistico (adatto alla “forma”)
- ✍ Progressivo

# Metodi supplementari

---

- ✍ Gestione dello stress
- ✍ Addestramento assertivo
- ✍ *Problem solving*
- ✍ Ristrutturazione cognitiva

# Gestione dello stress

---

- ✍ Consapevolezza dell'alimentazione stato-dipendente
- ✍ Preparazione di alternative al cibo:
  - ✍ Esercizio di rilassamento
  - ✍ Lista di attività distensive e piacevoli
- ✍ Immaginazione ed attuazione delle alternative.

# Addestramento assertivo

---

- ✍ Mirante a correggere carenze di comunicazione assertiva:
  - ✍ nel chiedere rispetto (dei diritti, ecc.)
  - ✍ nell'affermare proprie opinioni
  - ✍ ecc...
- ✍ Attuato mediante prove recitative ("*Role playing*")

# ***Problem solving***

---

- ✍ Identificare i problemi (situazioni problematiche)
- ✍ Formulare i problemi (come obiettivi da raggiungere)
- ✍ Enumerare le opzioni possibili
- ✍ Scegliere una o più opzioni (soluzioni)
- ✍ Attuare la/le soluzioni prescelte
- ✍ Verificarne l'esito
- ✍ Estendere o riesaminare o sostituire

# Ristrutturazione cognitiva

---

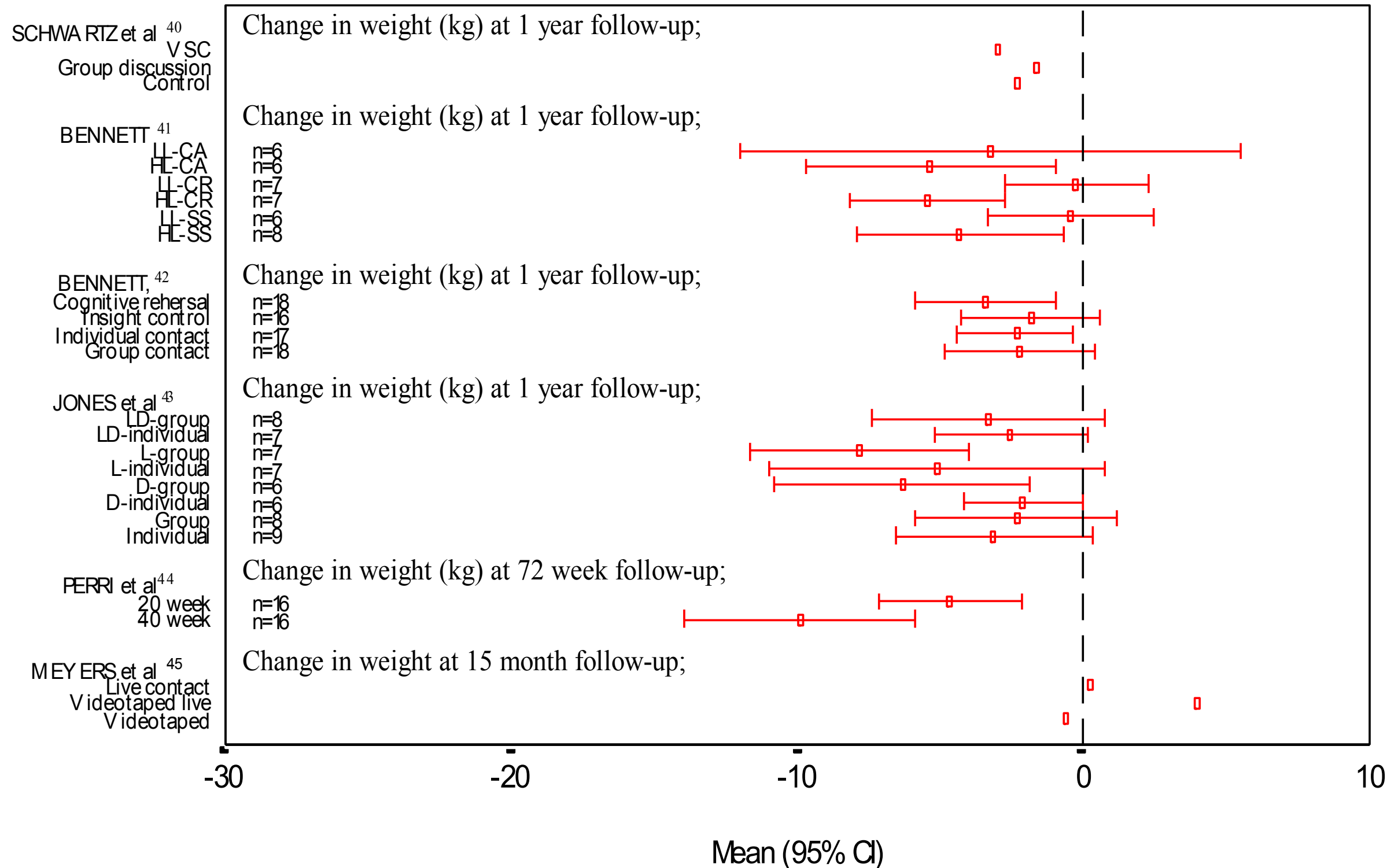
- ✍ Identificare convinzioni disfunzionali su:
  - ✍ rapporti tra alimentazione e nutrizione
  - ✍ accettabilità della figura grassa/magra
  - ✍ capacità personali di coping (la “volontà ”)
  - ✍ il concetto di fame
- ✍ Modificare le convinzioni disfunzionali. Es.:
  - ✍ modificazione del dialogo interno
  - ✍ modificazione delle convinzioni irrazionali

# Efficacia dei metodi CC

---

- ✍ Effetti del rinforzo / deposito
- ✍ Terapia “cognitiva”
- ✍ Coinvolgimento d. genitori / coniuge
- ✍ Bersaglio sedentarietà
- ✍ Obesi con NIDDM
- ✍ Modalità per corrispondenza
- ✍ Grafico ponderale

# Effetto dei programmi CC sull'obesità



# Il programma CARPES\*: metodi

---

- a) autoservazione del proprio comportamento alimentare e delle sue contingenze emotive e cognitive (diario alimentare),
- b) ricognizione dei pregiudizi circa l'alimentazione ed i metodi per il controllo del peso,
- c) uso della “matrice motivazionale”,
- d) determinazione di fasce orarie per il consumo di cibi e bevande,

\* Corso di Auto-Regolazione del Peso E Stabilizzazione  
(svolto negli anni 2000 presso il Dip. di Scienze Cliniche della Sapienza)

# Il programma CARPES: metodi

---

- e) esercizi per acquisire modalità di consumo lento e rilassato dei pasti,
- f) abilità di gestione dello stress psicoemotivo senza consumo di cibi,
- g) auto-fissazione di limiti ragionevoli di consumo,
- h) modificazione del dialogo interno disfunzionale,
- i) programma di attività fisica, quando indicato

# Il programma CARPES: risultati

		Valutazione:					
		Base		Ultima			
	N	Media	DS	Media	DS	Statistica	p
<b>Peso</b>	14	<b>98,69</b>	<b>27,27</b>	<b>89,04</b>	<b>12,28</b>	<b>Z = 2,386</b>	<b>0,0085</b>
<b>BMI</b>	14	<b>36,75</b>	<b>8,48</b>	<b>33,41</b>	<b>4,525</b>	<b>Z = 2,354</b>	<b>0,0093</b>
<b>SEN_R</b>	10	<b>53,6</b>	<b>8,21</b>	<b>43,0</b>	<b>13,50</b>	<b>t = 2,712</b>	<b>0,012</b>
MHQ	8	41,12	12,94	34,37	13,15	t = 1,678	0,068
Ansia	8	7,5	4,07	5,62	4,07	t = 1,691	0,067
Fobie	8	5,5	3,34	5,25	2,25	t = 0,266	n.s.
<b>Ossessività</b>	8	<b>7,12</b>	<b>2,36</b>	<b>4,75</b>	<b>2,43</b>	<b>t = 2,888</b>	<b>0,0117</b>
Somatizzaz.	8	8,37	3,58	7,5	4,24	t = 0,977	n.s.
Depressione	8	7	3,07	5,25	4,17	t = 1,571	0,080
Isteria	8	5,5	3,46	6,0	2,93	t = -0,540	n.s.
ATQ	11	67,36	20,47	57,36	28,55	t = 1,542	0,077

**In grassetto:** variabili significativamente modificate

# Il programma CARPES: conclusioni

---

Un programma cognitivo-comportamentale multi-componente come CARPES può indurre una riduzione del peso in soggetti obesi adulti di circa il 10%, con un uso limitato di risorse professionali (mediamente 3-4 sessioni individuali).

Tale riduzione è generalmente persistente e sufficiente a prevenire i disturbi metabolici associati all'obesità.