

---

**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

✍ BMI > 30

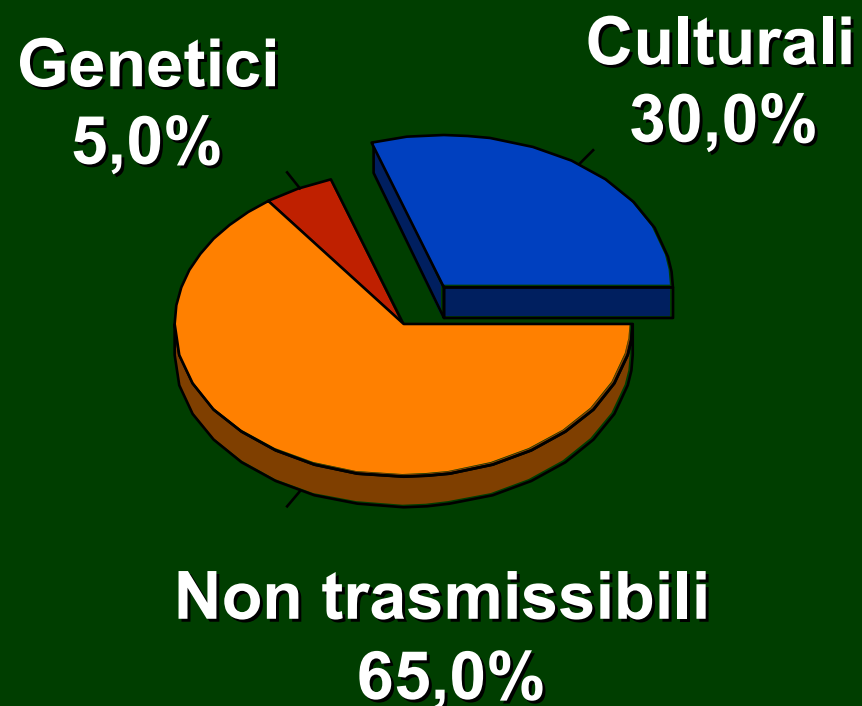
✍ BMI (IMC) =  $\text{peso(kg)}/\text{altezza (m)}^2$

# Contenuto energetico del corpo (75kg)

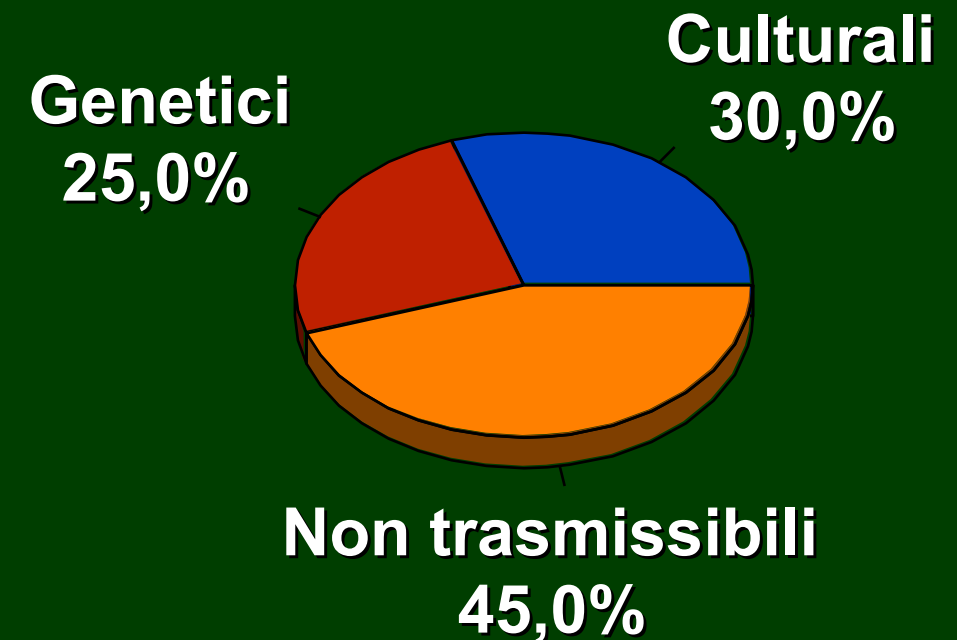
	Kg.	kcalorie
✍ Adipe	20	110000
✍ Proteine muscolari	6	25000
✍ Altre proteine	6	25000
✍ Glicogeno muscolare	0.5	2000
✍ Glicogeno epatico	0.1	400
✍ Glucosio libero	0.02	80

# 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.

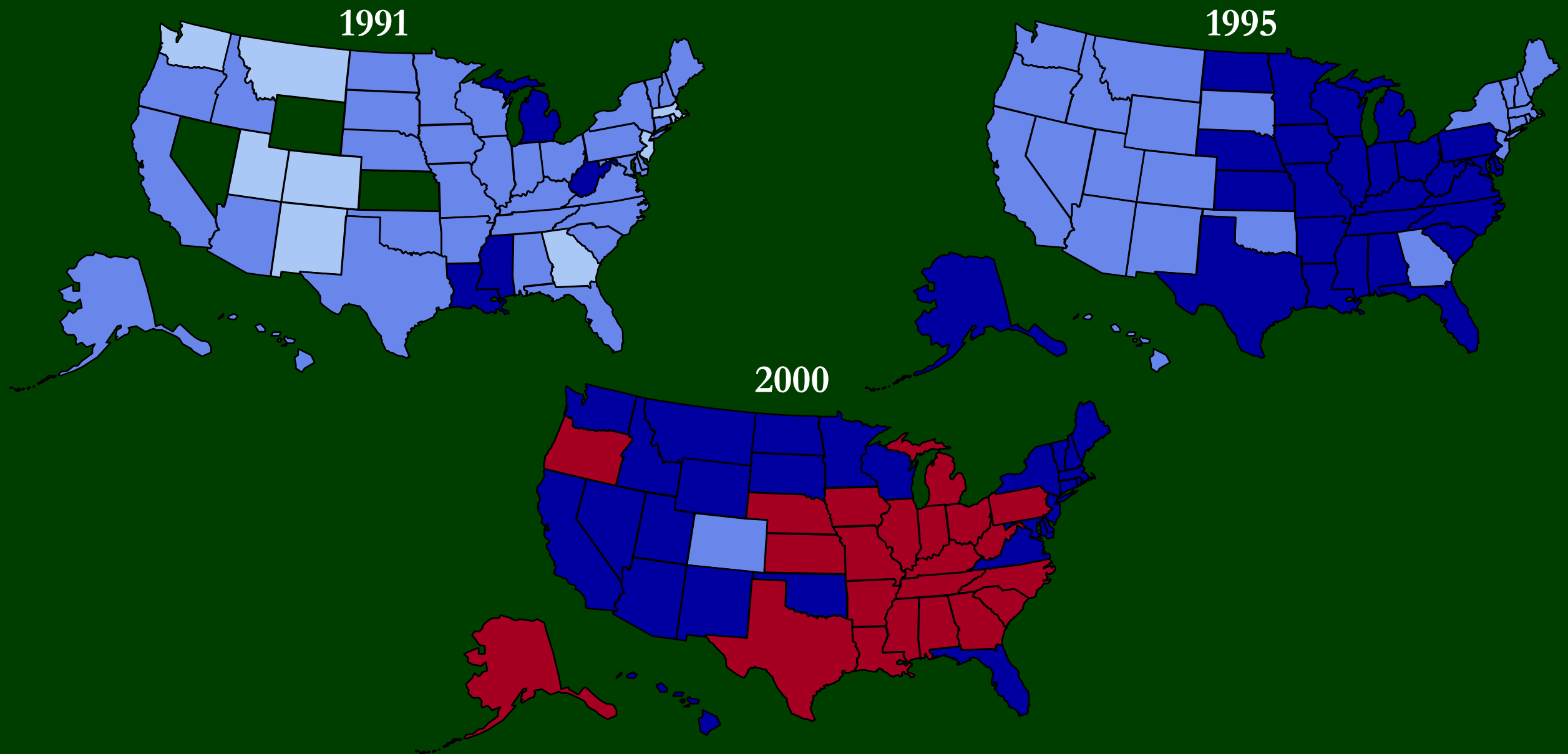
# L'endemia dell'obesità

---

- ✍ 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 decadi!

# Prevalenza di obesità\* negli adulti USA

1991, 1995 e 2000 (\*BMI ≥ 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.

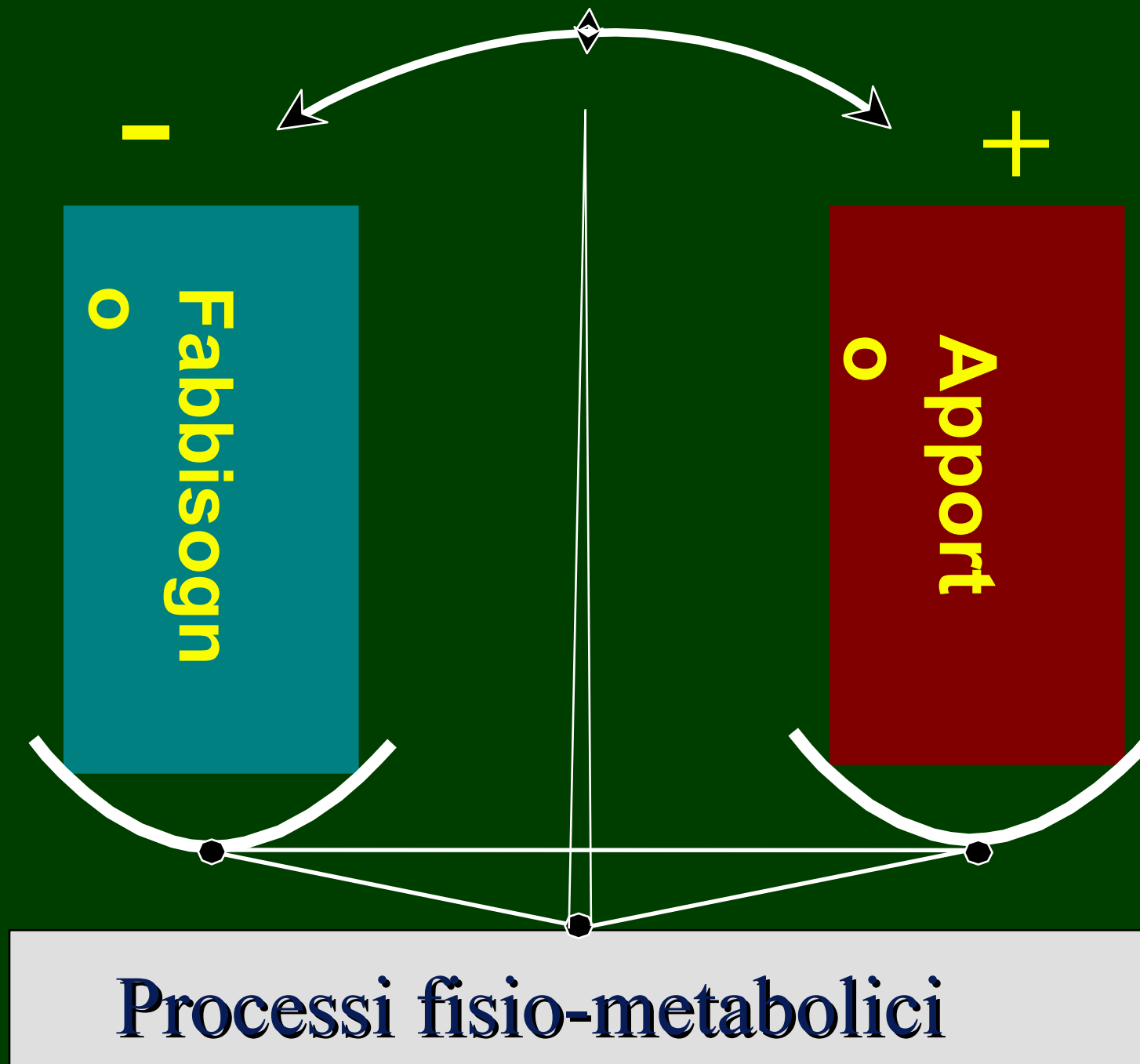


---

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



# Regolazione del peso: equilibrio energetico

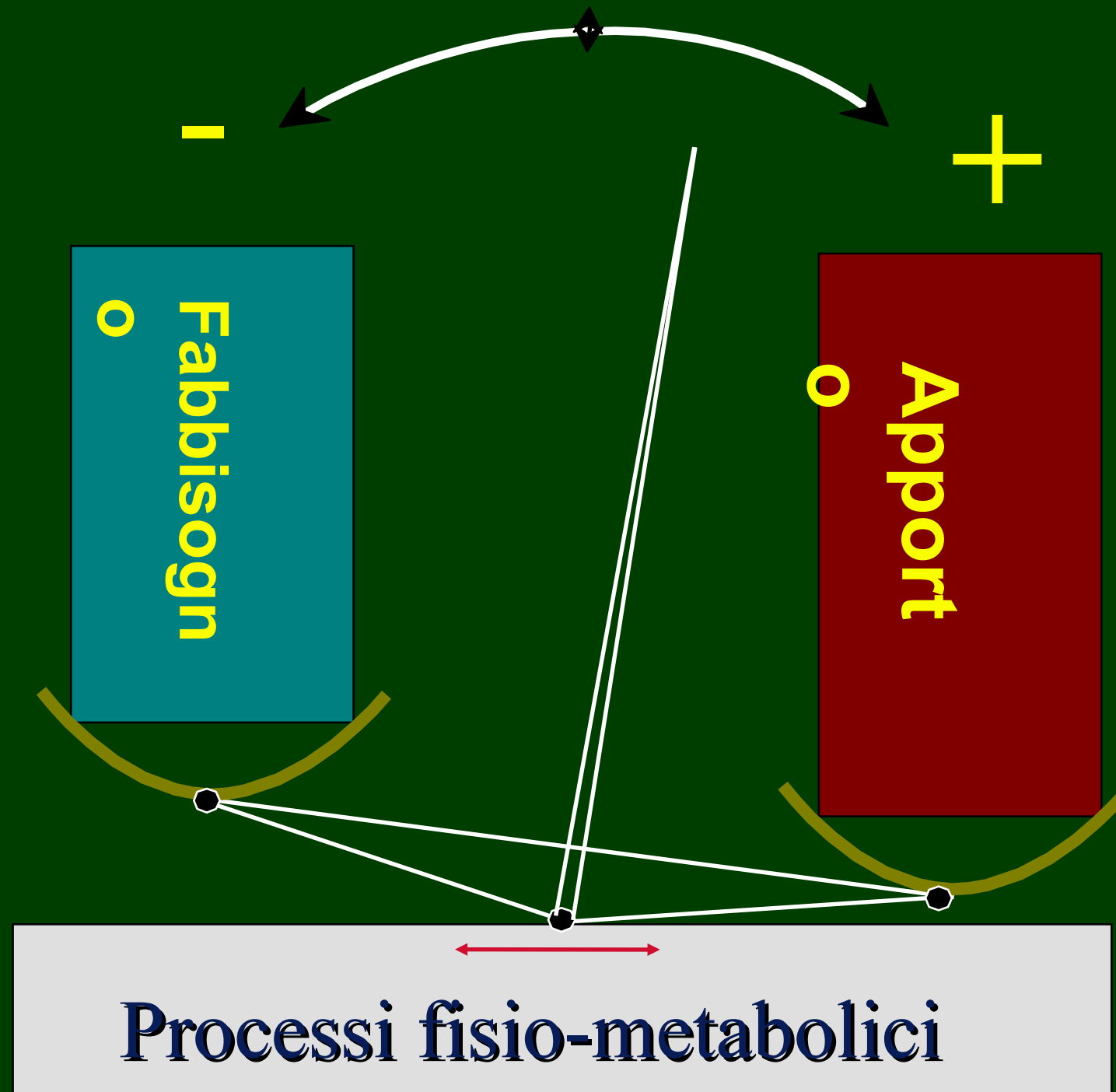


# Spesa energetica (fabbisogno)

---

- ✍ Metabolismo basale a riposo (BMR)
- ✍ Attività muscolare volontaria
- ✍ Termogenesi
  - ✍ indotta da cibi
  - ✍ adattativa

# Regolazione del peso: equilibrio energetico



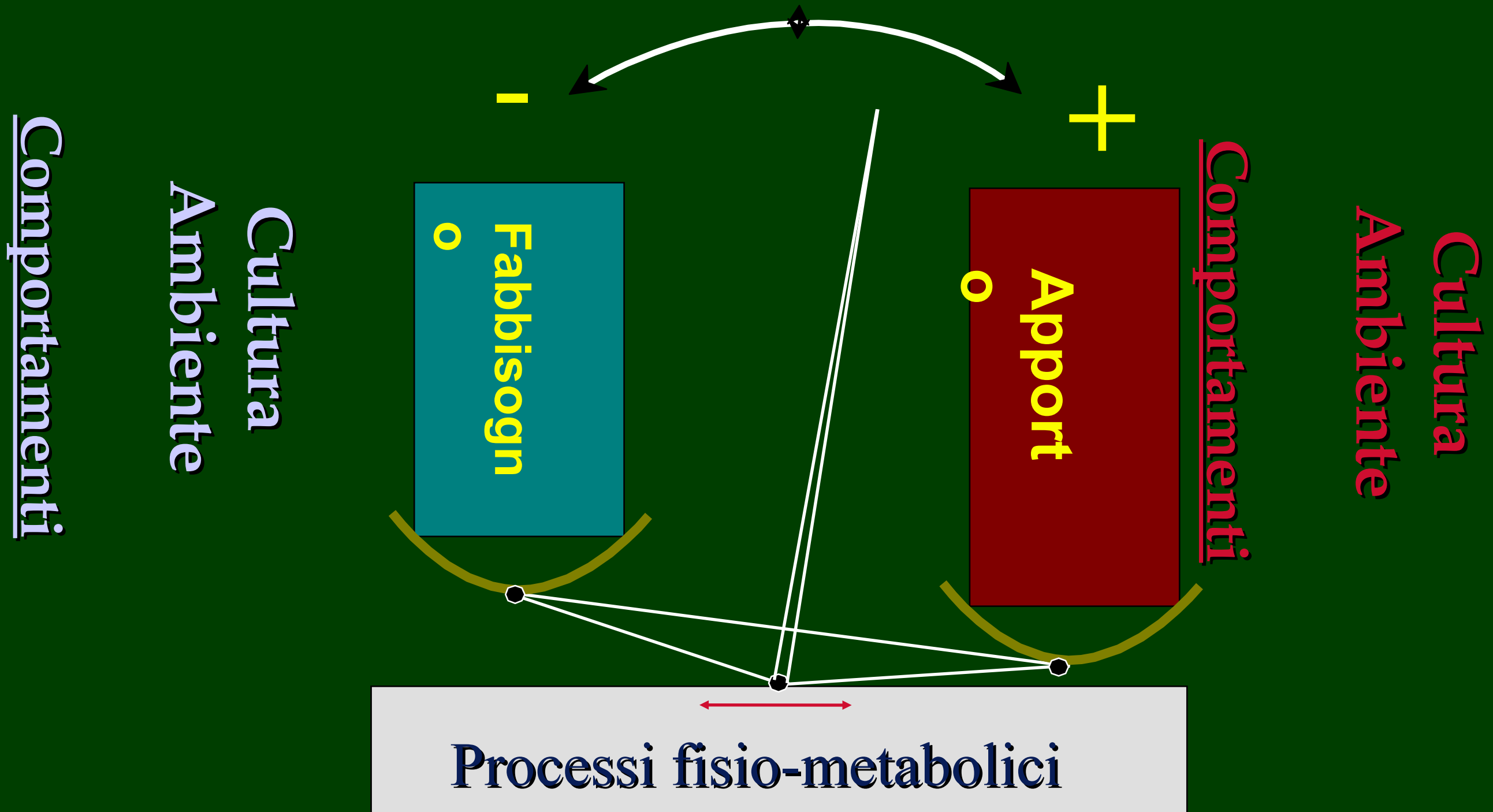
# Come agisce l'ambiente nel favorire l'obesità?

---

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

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

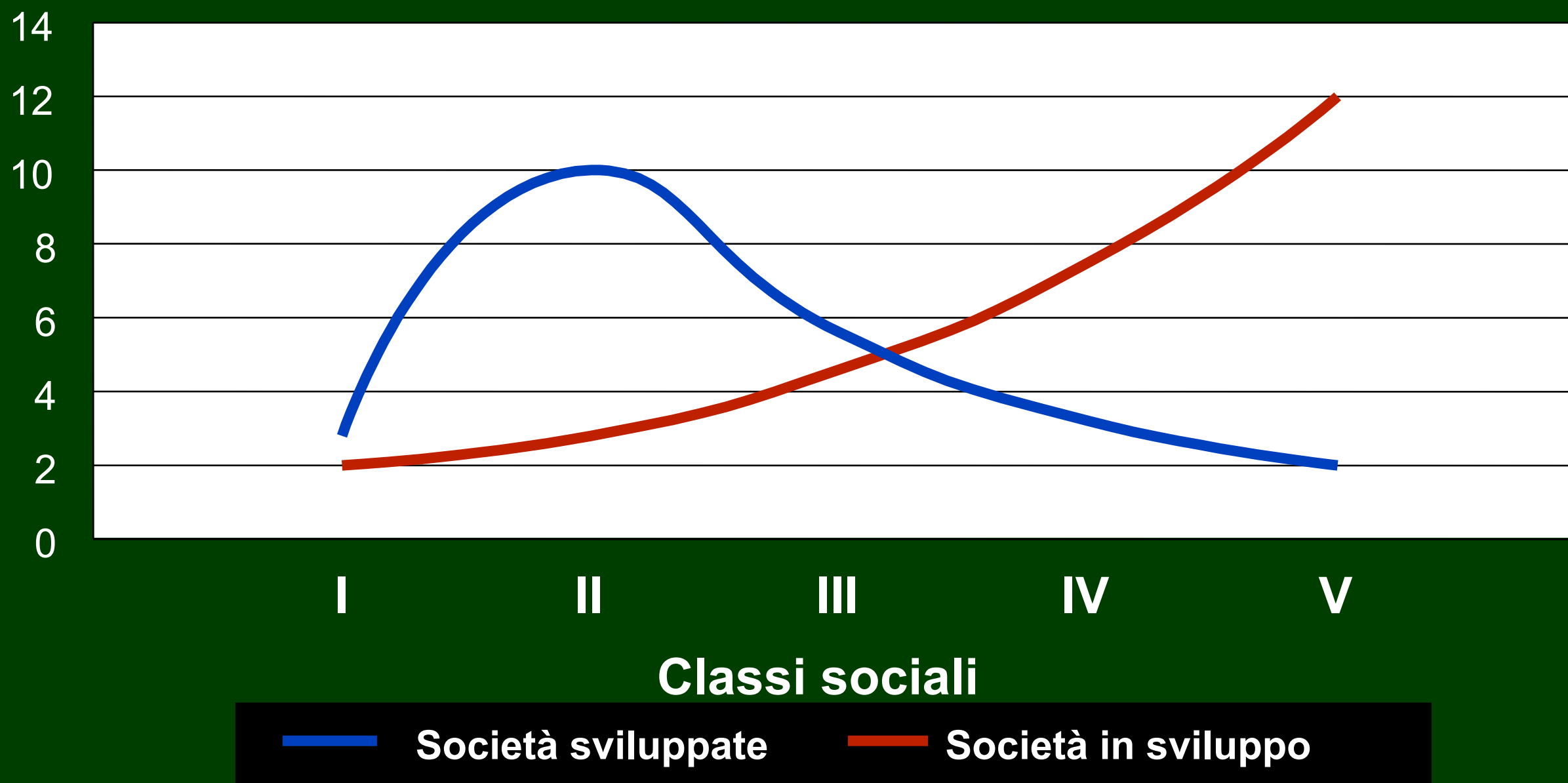
---





# 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
  - ✍ ipercontrollo genitoriale sull'alimentazione del bambino
- ✍ Adolescenza:
  - ✍ Pressioni culturali a ridurre il peso > diete (es.: ragazze)
  - ✍ Sedentarietà forzata dopo incidenti (es.: ragazzi)
- ✍ Età adulta:
  - ✍ Lavori rischiosi o sedentari (baristi, sarte)
  - ✍ Perdite, carenza 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.

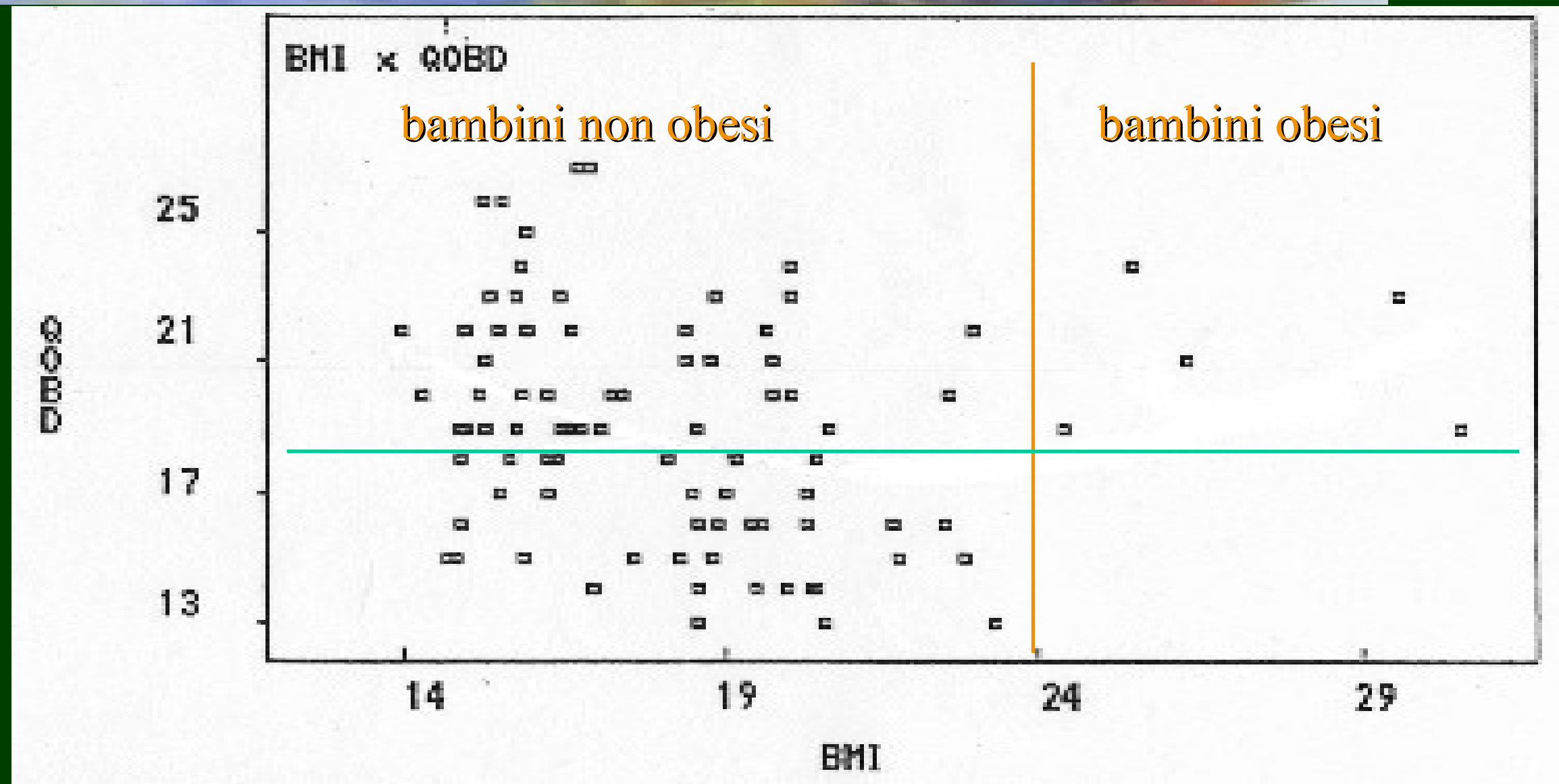
# Convinzioni pedagogiche obesigene (1)

---

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: Sibilìa L., Iugoli L. & Lacenere M.T. (1993). Convinzioni pedagogiche obesigene: uno studio sperimentale. *Med. Psicosom.*, 38 (93-100).

# Convinzioni pedagogiche obesigene (2)



Bambini sopra la mediana del BMI avevano genitori sopra la mediana dei punteggi QOBD  
Da: Sibilia L., Iugoli L. & Lacenere M.T. (1993). Convinzioni pedagogiche obesigene: uno studio sperimentale. *Med. Psicosom.*, 38 (93-100).

# I fattori ambientali: 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.**





# Il rischio di Disturbi Alimentari Psicogeni

---

- ✍ Sottoporsi a restrizioni nutrizionali costituisce il più importante fattore predittivo dell'insorgenza nei giovani dei disturbi alimentari psicogeni, ovvero dei disturbi del comportamento alimentare (DCA).
- ✍ Le ragazze che si sottopongono a digiuni o diete più restrittive hanno un rischio 18 volte superiore.

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

# I fattori ambientali: Le diete

---

- ✍ Nelle diete, il soggetto adotta temporaneamente un comportamento alimentare diverso dal proprio abituale, 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 dalla dieta:
  - ✍ Voracità: mangiare rapidamente masticando poco.
  - ✍ Distribuzione spazio-temporale: mangiare in luoghi svariati.
  - ✍ Stato-dipendenza: mangiare in risposta a stati emozionali.

# Il costrutto “FAME”

---

- ✍ Nè negli studi su animali nè sull'uomo è possibile una misura diretta della variabile “fame”.
- ✍ Negli animali la “fame” viene dedotta (e definita operativamente) dalla distanza dall'ultimo pasto.
- ✍ Nell'uomo si utilizza l'autosservazione del soggetto, ignorando che è stata sottoposta ad apprendimento.

# Il costrutto “FAME”: il modello biologico interiorizzato

---

- ✍ Significato nel parlato corrente:  
“*bisogno impellente di mangiare, conseguente all’impoverimento di sostanze nutritive nell’organismo*”
- ✍ Significati traslati:  
“*grande desiderio: f. di sapere, f. di giustizia*”

# Il costrutto “FAME”

---

- ✍ Mancanza del cibo necessario: aver conosciuto la f. | per 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:
- ✍ 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*”; (estens.): “avidità”



# Il costrutto “APPETITO”

---

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

# Connotazione semantica:

---

- ✍ Desiderio o aspettativa positiva di appagare un piacere sensoriale, naturale.

# Conseguenze:

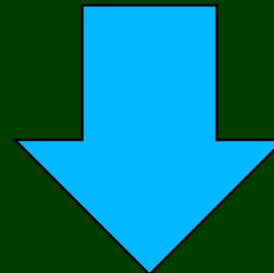
---

- ✍ La convinzione o il timore di poter avvertire fame favorisce l'interpretazione come "fame" di sensazioni interne sgradite.
- ✍ 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"



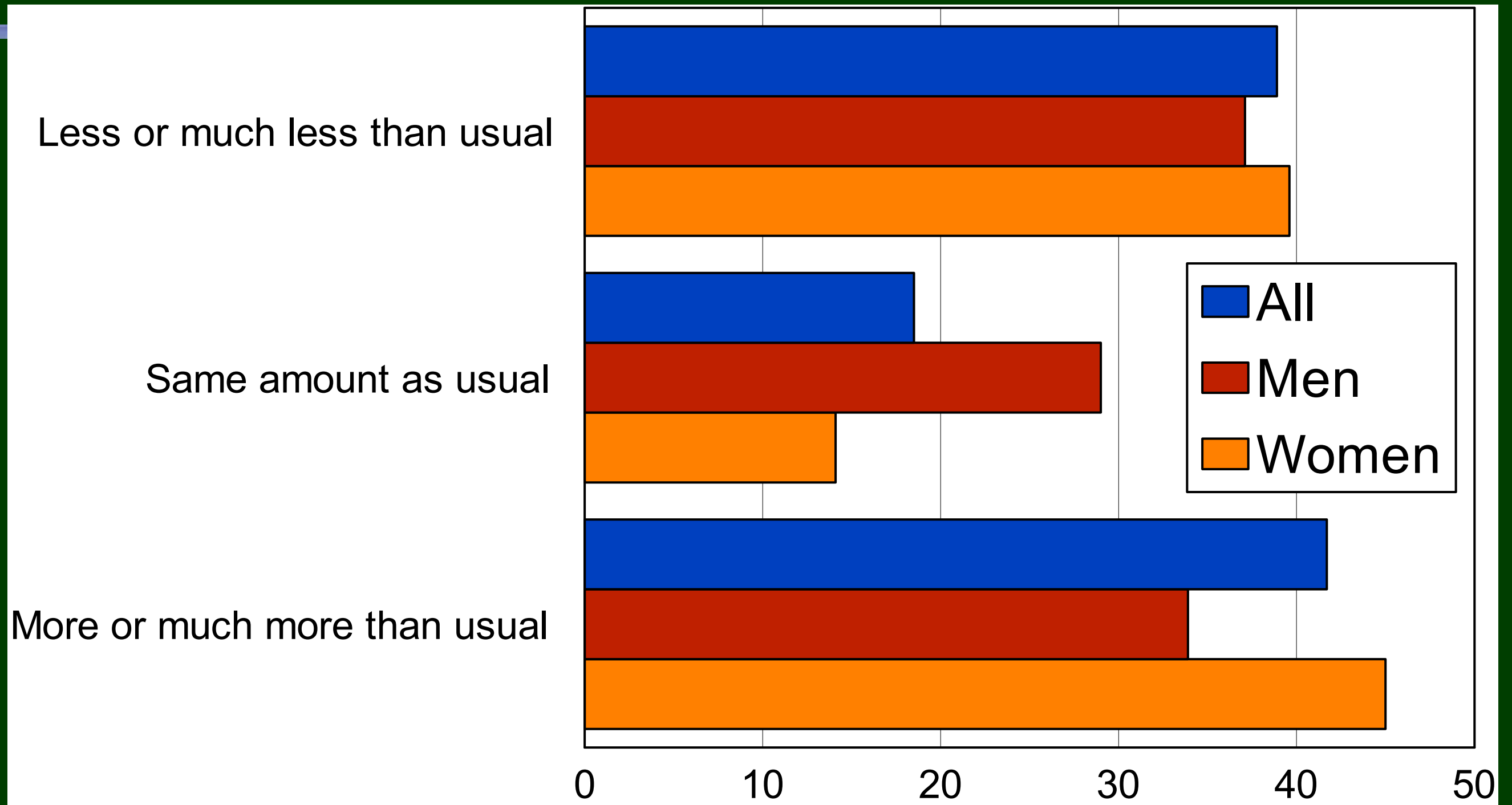
## FAME APPRESA

- 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

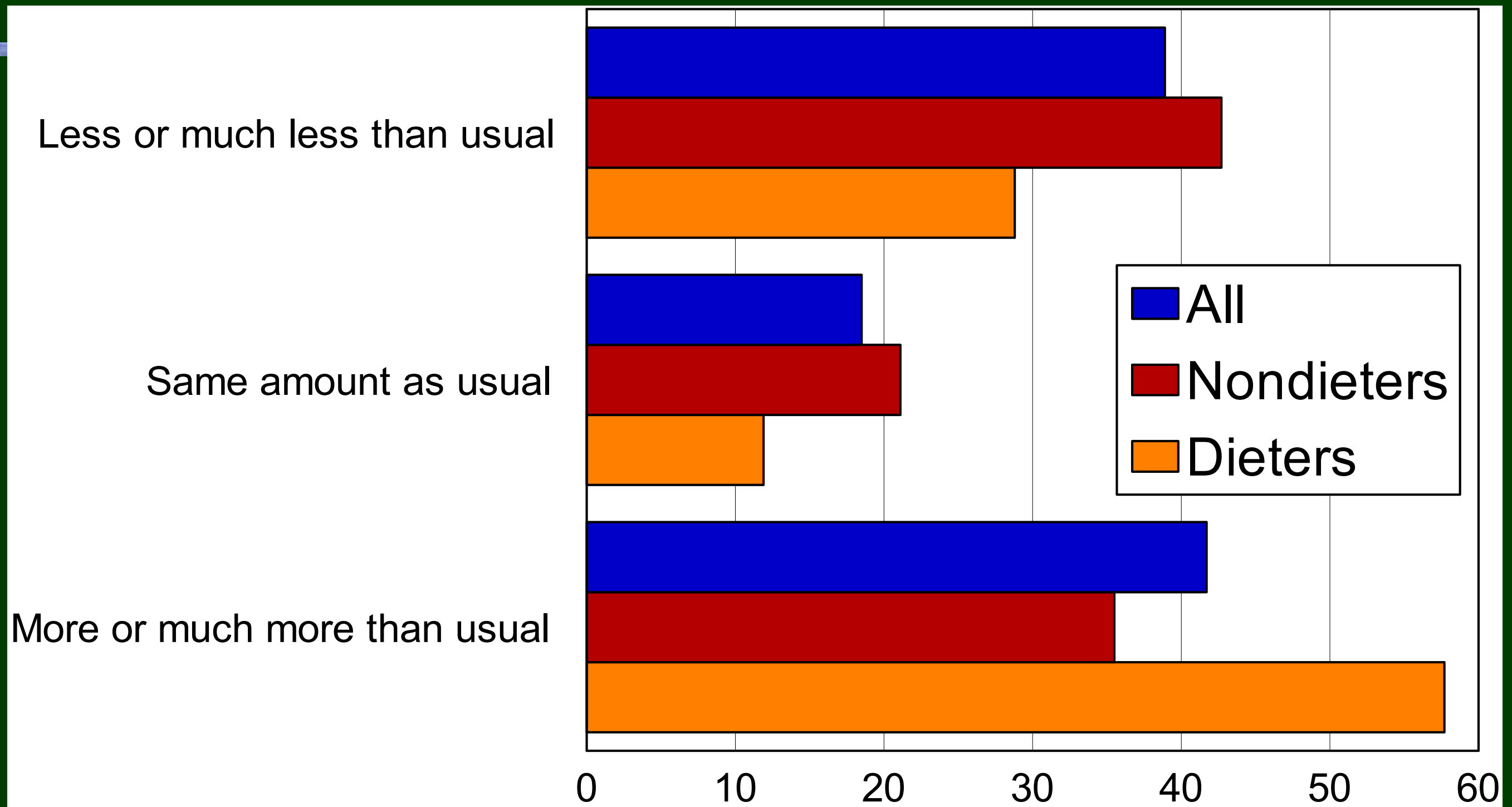


# **Stress e alimentazione**

# Quantità di cibo consumato sotto stress: effetto del genere



# 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	%

Uomini e donne dichiarano di mangiare di più quando sono sotto stress!

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 un controllo stretto e vigile è un forte predittore dell'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 basso,
  - ✍ 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 (x 4 giorni) alternate ad alimentazione libera (x 3 gg) 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

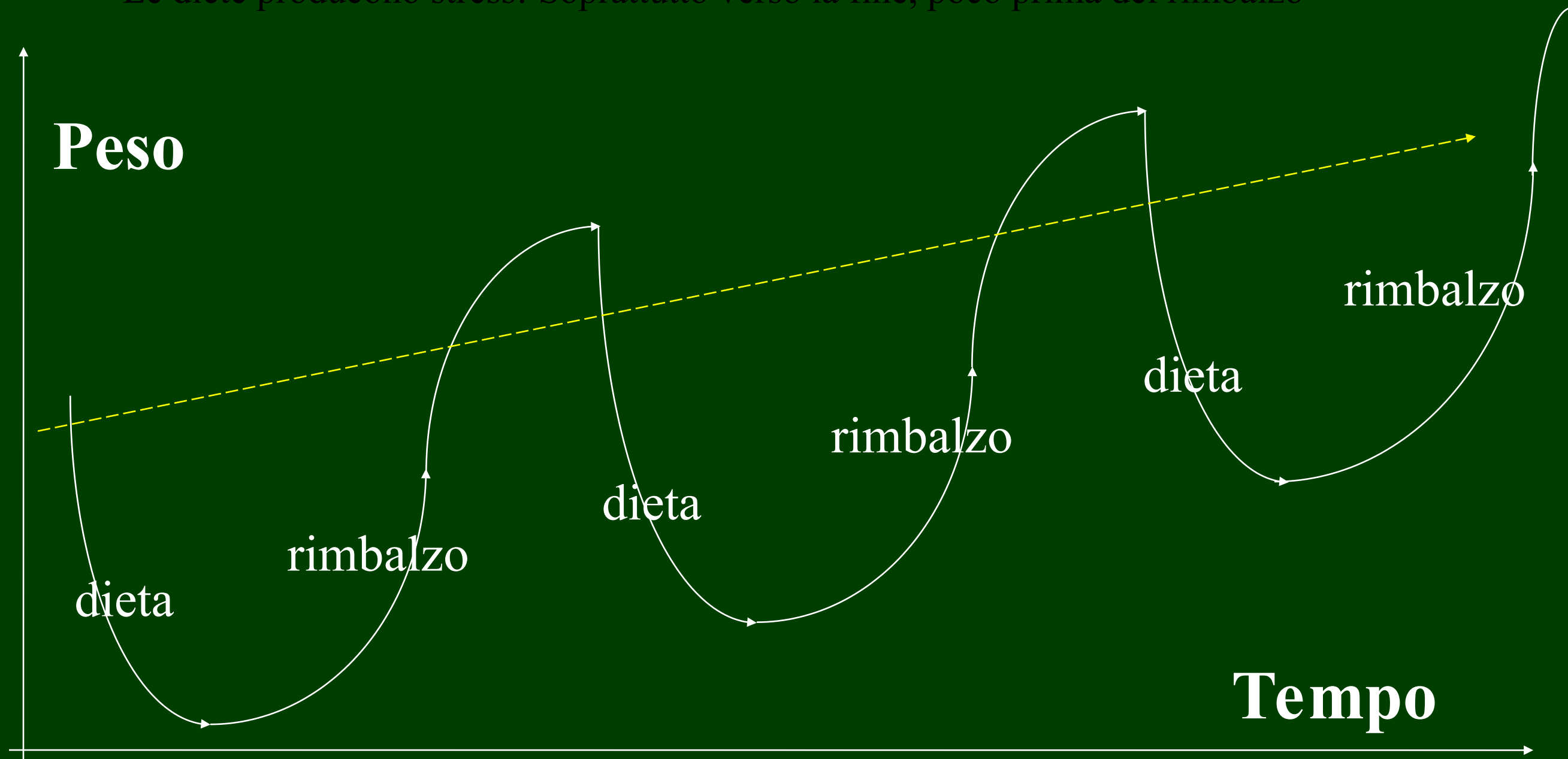
MEAN SELF-RATINGS FOR MOOD, CONCENTRATION ABILITY, AND IRRITABILITY DURING THE CONDITIONS OF DIETING AND UNLIMITED INTAKE (MEAN (SD) ANALOG SCALES (0 = VERY GOOD, 100 = VERY BAD))

	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)

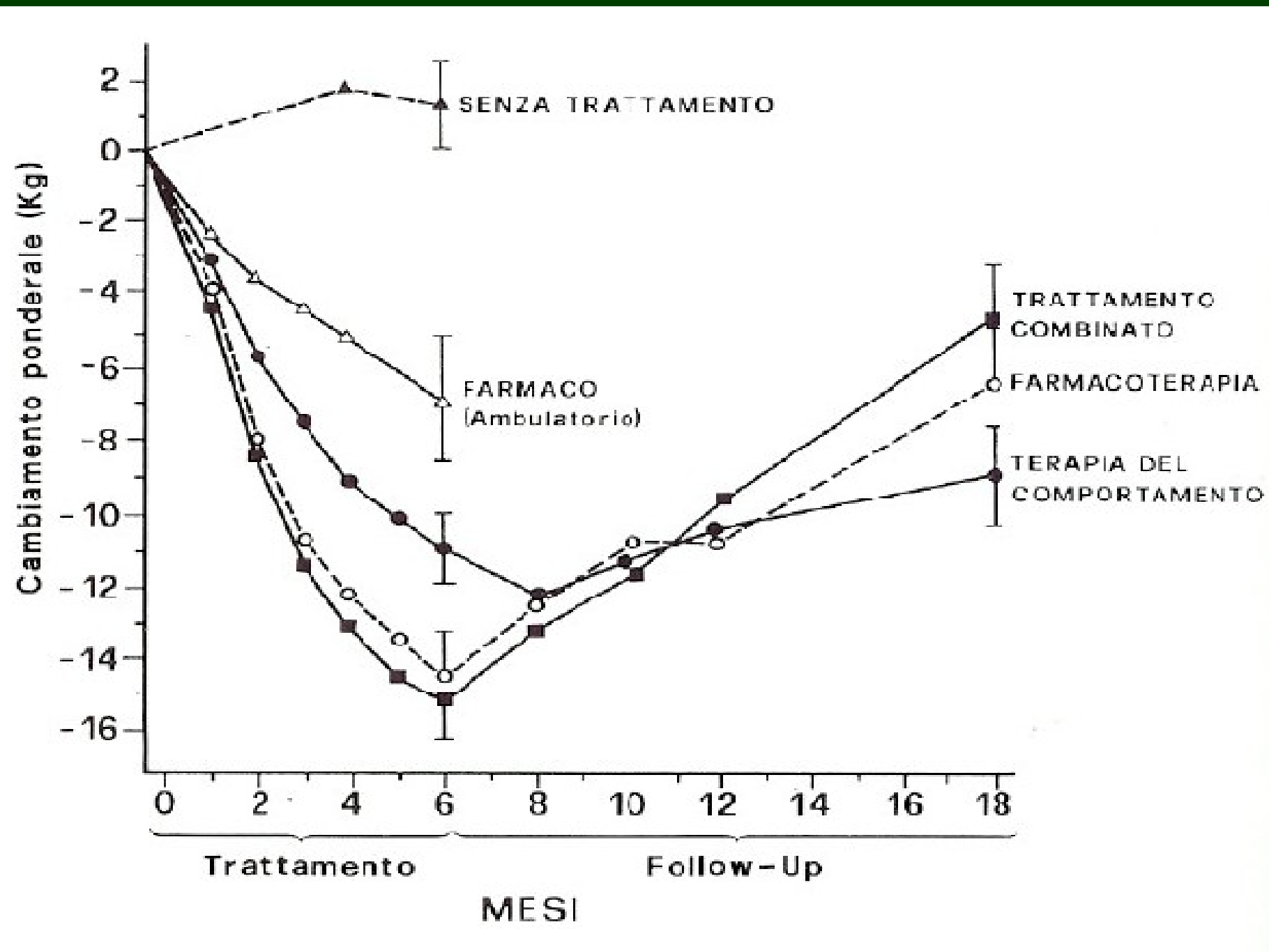
Da: Laessle R.G. & al. Biological and Psychological Correlates of Intermittent Dieting Behaviour in Young Women. *Physiology & Behaviour*, 1996, 60(1): 1-5.

# Il ciclo perverso della dieta

Le diete producono stress! Soprattutto verso la fine, poco prima del rimbalzo



# Problema: il 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...”*

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. Madri, mogli, fidanzate degli uomini morti in guerra (durante la I GM) aumentavano di peso dopo la notizia di avere perduto i loro cari.

# 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% mangiano di più)
  - ✦ Risposta ipofagica (35 – 40% mangiano di meno)
  - ✦ Nessun cambiamento (20 – 30%)

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

## Negli uomini:

- ✍ Essere scapoli o divorziati,
- ✍ Storia di disoccupazione,
- ✍ Basso livello di istruzione (oppure 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)

## Modalità di valutazione..

---

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

# Il rapporto stress-obesità non è a senso unico

---



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



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:

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



# Il determinismo genetico e biologico

---

La spiegazione genetica / biologica:

- i. Aiuta a ridurre il pregiudizio sociale avverso agli obesi (non è la “*volontà*” che manca!)
- ii. 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 dietetiche (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-diretto 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 paz.
- 5. Informare correttamente il paz.
- 6. Coinvolgere il paz. 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)

# 2. Condurre una valutazione

---

## Comportamentale

- Questionari
- Schede di autosservazione
- Intervista

## 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

---

- ✍ Qualunque valutazione contiene:
  - 1. Misura
  - 2. Giudizio
- ✍ Per favorire l'autovalutazione:
  - Abituare il paz. a misurare
  - Calibrare i giudizi sul comportamento
- ✍ L'autovalutazione consente il distacco emozionale

# 4. Aumentare la consapevolezza

---

- ✍ **Comportamento alimentare**
  - Sugli aspetti quantitativi (che cosa e quanto si mangia)
  - Sugli aspetti qualitativi (come, dove e quando si mangia)
- ✍ **Altre abitudini di vita: attività fisica**
  - sistematica (palestra, programmi definiti)
  - non sistematica

# Errori alimentari qualitativi e quantitativi

---

## Errori qualitativi:

- ✍ Alimentazione vorace (rapida/compulsiva)
- ✍ Alimentazione compensativa o stato-dipendente
- ✍ Alimentazione distribuita
  - ✍ Topograficamente
  - ✍ Temporalmente

## Errori quantitativi:

- Corretti mediante obiettivi e limiti realistici

# 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 come qualità personale

# 6. Programma di modificazione comportamentale

---

- ✍ Acquisizione delle abitudini a mangiare:
  - ✍ regolarmente in fasce orarie prefissate, senza spilzzicare, sgranocchiare, etc. in altri orari
  - ✍ il più possibile nello stesso luogo (stimoli)
  - ✍ lentamente masticando a lungo e assaporando
  - ✍ rilassati 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 paz. 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!).

# 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 alimentare)
  - ✍ aspetti quantitativi (consuntivo alimentare)
- ✍ dell'attività fisica
- ✍ delle contingenze ambientali, emotive, cognitive dei comportamenti 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  
(in caso di alimentazione stato-dipendente)
- Addestramento assertivo (in caso di anassertività)
- *Problem solving* (in caso di difficoltà di P.S.)
- Ristrutturazione cognitiva (in caso di convinzioni irrazionali)

# Gestione dello stress

---

- ✍ Favorire la consapevolezza dell'alimentazione stato-dipendente (v. SENICAL)
- ✍ 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

---

- 1) Identificare i problemi (situazioni problematiche)
- 2) Formulare i problemi (obiettivi da raggiungere)
- 3) Enumerare le opzioni possibili
- 4) Scegliere una o più opzioni (soluzioni)
- 5) Scrivere e attuare la/le soluzioni prescelte
- 6) Verificarne l'esito
- 7) Estendere o riesaminare o sostituire le scelte

# 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.:

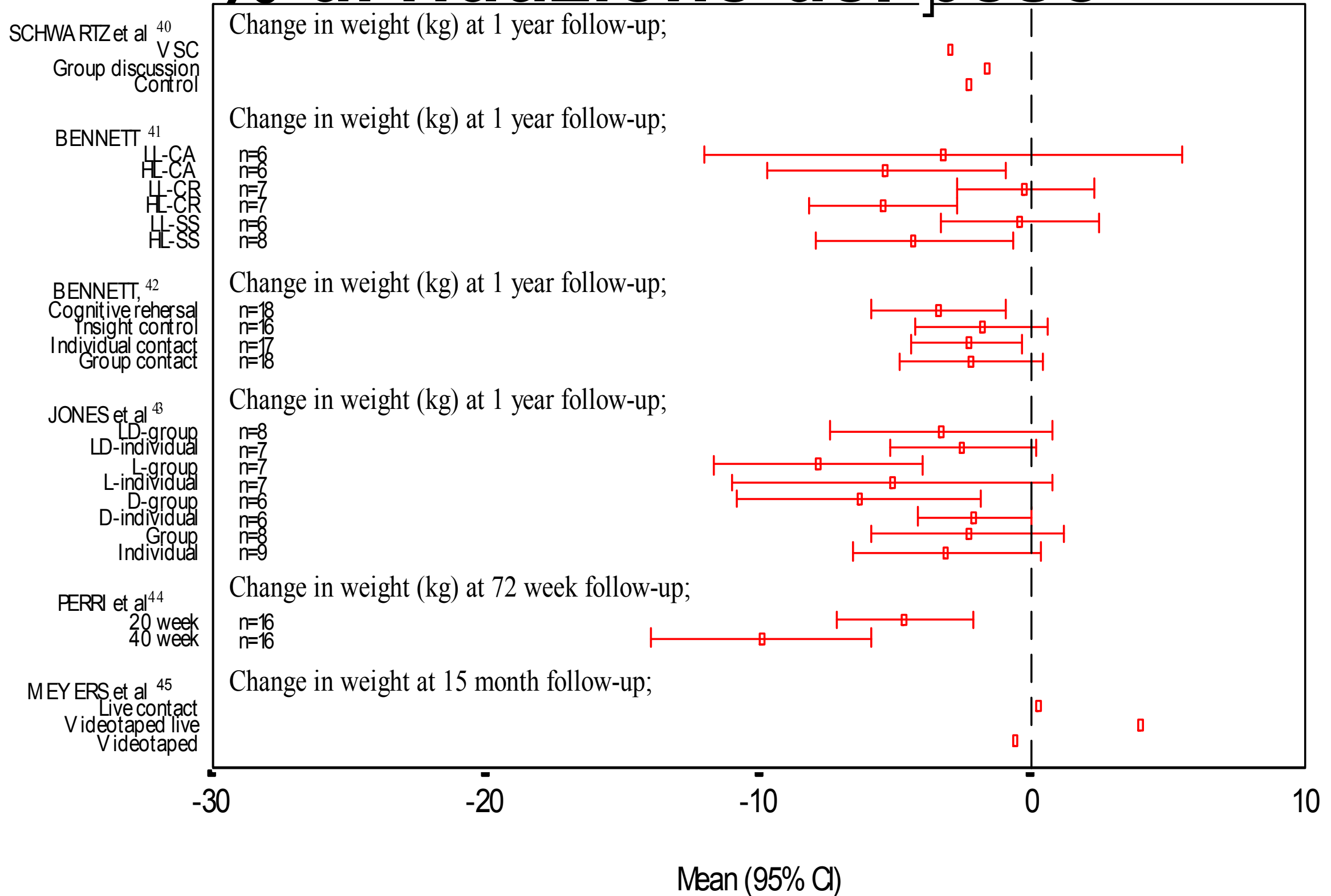
- modificazione del dialogo interno
- modificazione delle convinzioni irrazionali

# Efficacia dei metodi CC

---

- ✍ Effetti del rinforzo / deposito
- ✍ Terapia cognitiva
- ✍ Coinvolgimento dei genitori / del coniuge
- ✍ Bersaglio sedentarietà
- ✍ Obesi con NIDDM (obesi non insulino-dipendenti)
- ✍ Modalità di trattamento per corrispondenza
- ✍ Grafico ponderale

# Effetti del trattamento in % di riduzione del peso



# CARPES: Corso di AutoRegolazione del Peso e Stabilizzazione

---

Programma cognitivo-comportamentale di auto-regolazione e mantenimento del peso per pazienti obesi dopo valutazione in DH in ambiente specialistico, con o senza prescrizioni dietetiche  
(lavoro non pubblicato)



# Il programma CARPES: metodi

---

- a) Ricognizione e correzione dei pregiudizi circa l'alimentazione e i metodi per il controllo del peso,
- b) Uso della matrice motivazionale,
- c) Autosservazione del proprio comportamento alimentare e delle sue contingenze emotive e cognitive (diario),
- d) Ricognizione e correzione degli Eccessi Nutrizionali Inevidenti (ENI) e dei Comportamenti Alimentari Limite (CAL)

# Il programma CARPES: metodi

---

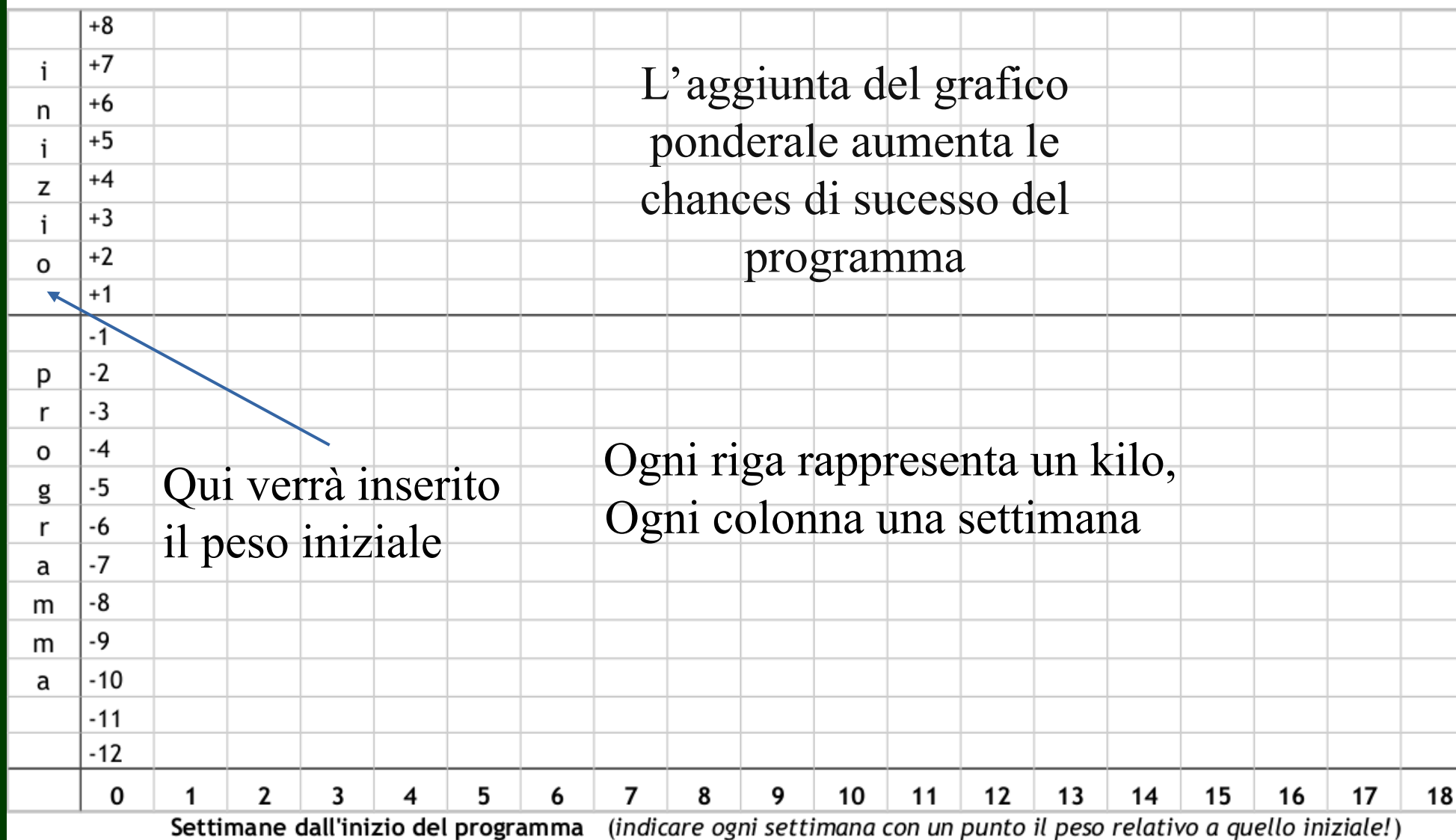
- e) Esercizi per acquisire modalità di consumo lento e rilassato dei pasti,
- f) Acquisizione di abilità di gestione dello stress psicoemotivo senza consumo di cibi,
- g) Autofissazione di limiti ragionevoli di consumo,
- h) Modificazione del dialogo interno disfunzionale,
- i) Programma di attività fisica, quando indicato

# Il programma CARPES: risultati

	N	Valutazione:				Statistica	p
		Base		Ultima			
		Media	DS	Media	DS		
Peso	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>
BMI	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>
SEN_R	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.
Ossessività	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

# Aggiunta del grafico ponderale alla TCC standard

Programma di autocontrollo alimentare - KILOGRAF.doc



- PROGRAMMA: DIARIO ALIMENTARE  ESERCIZI RILASSAMENTO  ATTIVITA' ALTERNATIVE  DIALOGO INTERNO   
 ESERCIZI MASTICAZIONE  ESERCIZIO FISICO: ORGANIZZATO  NON ORG.  QUOTIDIANO  SETTIMANALE   
 PROGRAMMAZIONE PASTI  PROGRAMMAZIONE: AMBIENTALE  SOCIALE  PSICOTERAPIA  FARMACOTERAPIA