

INTRODUZIONE

Questo lavoro si propone di indagare il complesso fenomeno dell'obesità infantile dal punto di vista psicologico; tale patologia, seppur molto diffusa (il 20% dei bambini tra i 5 e i 18 anni ne è affetta in Italia), è ancora poco studiata nei suoi aspetti relazionali.

Questo disturbo alimentare, per le conseguenze ad esso collegate e la resistenza al trattamento con continue ricadute, è considerato un difficile problema medico, psicologico e sociale.

Tale patologia si distingue in obesità secondaria, se dipende da fattori genetici o malattie endocrine, ed obesità essenziale, la quale risulta avere origini multifattoriali ed eterogenee sia dal punto medico che psicologico.

L'obesità infantile essenziale non figura né nel DSM-IV né in altre classificazioni psichiatriche sebbene sia una patologia in continua diffusione e comporti o provenga da conseguenze e cause psicologiche.

Molta attenzione è stata data alla prevenzione dell'obesità in età evolutiva e sono state condotte numerose ricerche per evidenziarne le componenti psicologiche comuni.

Questo lavoro, a carattere prevalentemente esplorativo si propone non solo di esaminare la letteratura ma anche di dare un contributo alle conoscenze sui comportamenti dei bambini con disordine alimentare.

Il campione iniziale è composto da 20 soggetti tra i 6 e i 15 anni, 10 maschi e 10 femmine, affetti da obesità essenziale e reclutati presso la clinica pediatrica Burlo-Garofolo di Trieste. Il campione è stato suddiviso in gruppo di controllo e gruppo sperimentale, entrambi di 10 soggetti scelti secondo un ordine randomizzato. A ciascun bambino è stato

sottoposto il questionario TACQOL per esplorare il proprio stile di vita nelle attività di tutti i giorni, la scala BES per evidenziare l'eventuale presenza di un disturbo di *Binge eating*, 2 disegni per indagare la percezione che il bambino ha di sé e come vorrebbe cambiare. Ai soli soggetti del gruppo sperimentale è stato consegnato un diario giornaliero in cui scrivere cosa mangiano in ogni momento della giornata da riportare all'appuntamento successivo. Questo strumento è servito a verificare se un mezzo di autocontrollo può aumentare la compliance alla dieta.

Lo studio è stato di tipo qualitativo data la piccolezza del campione che non ha potuto offrire dati significativi, e longitudinale poichè i soggetti hanno ripetuto le prove in 3 momenti diversi, nell'arco di 6 mesi: al momento della prima visita, dopo 3 mesi e dopo ulteriori 3 mesi.

La prima parte del lavoro (capp. 1-6) è stata dedicata all'obesità in generale. Dopo una presentazione del disturbo in cui viene spiegato il significato dell'obesità (cap. 1) mi sono soffermata a descrivere le ipotesi eziologiche di questa patologia, suddividendo la stessa in essenziale e secondaria e rivolgendo maggior attenzione alla prima (cap. 2). I tre capitoli successivi sono dedicati all'analisi degli aspetti caratteristici di tale patologia, considerando i fattori concorrenti all'insorgenza e al mantenimento dall'obesità: aspetti medici (cap. 3), psicologici, psicopatologici, familiari (cap. 4), socio-culturali (cap. 5) e consigli sul trattamento dietetico (cap. 6).

Nella seconda parte (capp. 7-8) si sviluppa il lavoro di ricerca: dopo aver presentato l'obiettivo principale, di misurare la compliance alla dieta monitorando gli aspetti fisici e cognitivi del bambino obeso in 3 tempi

(cap. 7.1), ho mostrato il modo in cui ho condotto la ricerca e ho descritto brevemente gli strumenti utilizzati per la realizzazione della stessa (cap. 7).

Al capitolo 8 ho dedicato la discussione dei dati (cap. 8.1), l'integrazione di alcuni casi clinici della mia esperienza (cap. 8.2) e le conclusioni in cui ho mostrato quali potrebbero essere le vie da percorrere nel futuro per curare questo disturbo (cap. 8.3, 8.4).

I PARTE: ASPETTI DELL'OBESITA'

CAPITOLO 1: SIGNIFICATO DELL'OBESITA'

Premessa

Il cibo e la sua consumazione emergono come veicoli di messaggi e come codici di comunicazione di un “quadro simbolico di riferimento” (Scarpi, 1998) caratterizzato da vissuti psichici, connotazioni emotive e valori storico-culturali specifici di ogni sistema sociale, che determinano le scelte e condizionano i comportamenti, anche alimentari, di chi di quel sistema fa parte, attraverso una rete di azioni ritualizzate che organizzano i significati. Socializzare, condividere con gli altri un momento in uno specifico contesto, promuovere l'appartenenza o evidenziare le gerarchie sociali sembrano rappresentare le varie funzioni appartenenti al rito del pasto.

È proprio in questa rete intricata che va ad inserirsi il sempre più crescente problema dell'obesità.

L'eccesso ponderale è nella maggior parte dei casi riconducibile a un primitivo disordine dell'autoregolazione alimentare: l'attuale presenza, nel mondo occidentale, di cibo in abbondanza e la diminuzione, nella vita quotidiana, di azioni che prevedono un dispendio calorico elevato attraverso l'attività fisica, sembrano non essere adeguatamente contrastare dai meccanismi biologici di autoregolazione del peso: vi è infatti, a livello biologico, una forte difesa contro la denutrizione e una scarsa difesa verso la sovranutrizione (Molinari, Riva, 2004).

Sembra interessante notare che le gravi forme di obesità sono tipiche soltanto dell'uomo: l'obesità è infatti sconosciuta tra gli animali anche tra i primati, ad eccezione per quelli che vivono in cattività. Shands (1971) ritiene che solo agli esseri umani, proprio perché hanno la possibilità di comunicare con il linguaggio verbale e analogico, siano concesse tanto la cultura quanto la psicosi; ugualmente, solo all'uomo, proprio perché usa il cibo anche per finalità diverse da quelle dall'apporto nutritivo, sono concesse l'obesità e l'anoressia mentale (Molinari, Riva, 2004).

1.1 Il significato semantico e culturale dell'obesità

L'obesità è una condizione assai eterogenea dal punto di vista medico e psicologico e non figura tra i Disturbi del Comportamento Alimentare né in altre classificazioni psichiatriche (Cuzzolaro, 2002; Mannucci, Ricca, Rotella, 2001). Non esistono sintomi specifici che la connotano eccetto l'eccesso di adiposità, per cui la sola caratteristica patognomica, segno identificabile dell'obesità, è al tempo stesso anche la caratteristica che la definisce.

La radice etimologica del termine obesità è ambivalente: la parola latina "*obesus*" si presenta con un duplice contenuto semantico, da una lato ha valore di "consunto, magro" ma anche "ben pasciuto, grasso", dall'altro sconfina verso il significato di "ottuso" e "grossolano"; allo stesso modo con il verbo "*ob-edere*" si può intendere tanto "divorare" quanto "corrodere". Il "grasso" sembra così evocare un eccesso, una dismisura alimentare e una condizione tendenzialmente subumana (Bosello, Cuzzolaro, 2006) da esorcizzare sia per l'anoressico sia per il bulimico. Se la bulimia con il suo significato di "fame da bue" ci proietta verso il

“basso” nella dimensione del disordine, della negazione dell’umano e nella regressione sul piano animale, l’anoressia esalta comunque il non umano, ma nel suo polo “alto” della divinità, del “magro”, del digiuno e dell’asceti e non della regressione. L’immagine pubblica del bulimico esprime la vergogna di sé e del proprio gruppo di appartenenza, mentre quella dell’anoressico rinvia ad un distacco con il mondo ed al raggiungimento di una perfezione superiore. Anoressia e bulimia emergono come i due poli di un sistema simbolico che tendono a travalicare la condizione di umanità che, invece, l’obesità ed il grasso sembrano evocare (*ibidem*). Tuttavia anoressia e obesità sono legati da un dialogo segreto: come il mondo interno dei soggetti anoressici è dominato dalla paura di un corpo grasso e disarmonico, così in quello dei soggetti obesi si celano immagini ascetiche e desideri di un corpo magro (Aveni, Caputo, Cuzzolaro, 1998).

Fino al XIX sec. le forme più abbondanti ed opulente esemplificavano un canone di bellezza socialmente accettato ma erano anche un’ostentazione del potere e della ricchezza. Il mondo contemporaneo, invece, ha gradualmente proposto un ideale di bellezza che esalta la magrezza e condanna il grasso che sempre più spesso viene rifiutato, deriso e allontanato. Ci si trova di fronte ad un cambio di prospettiva, dove grasso è popolano, brutto e magro è aristocratico e bello (Scarpi, 1998). Nella cultura occidentale le attitudini verso il peso in eccesso sono generalmente negative. Le persone in sovrappeso o obese vengono giudicate come meno piacevoli, intelligenti, meno competenti e disciplinate se confrontate con le persone magre (Grover, Keel, Mitchell, 2003). Ad essi viene generalmente attribuita una serie di caratteristiche

quali debolezza, pigrizia, stupidità, sporcizia, inferiorità e mancanza di auto-controllo. La discriminazione di cui tali soggetti sono vittime si esplica nel lavoro, nell'educazione, nelle interazioni sociali ma anche nella stessa famiglia dove essi possono diventare i capri espiatori anche per problemi che apparentemente non sono legati alla loro condizione (Ganley, 1986). Dal momento che il peso è considerato rientrare nella sfera del controllo individuale, non è arduo osservare come questi soggetti vengano insultati ed incolpati proprio per la loro incapacità nel saper gestire il loro rapporto con il cibo e la forma corporea. In uno studio recente, Grover, Keel e Mitchell (2003) hanno cercato di esplorare sia gli atteggiamenti impliciti verso il sovrappeso sia l'interiorizzazione del peso come un aspetto dell'identità, ipotizzando che le persone con peso normale e quelle con peso in eccesso non avrebbero differito negli atteggiamenti impliciti ed espliciti verso il peso e che le donne avrebbero mostrato una maggiore stigmatizzazione rispetto agli uomini. I risultati di questo studio evidenziarono che su entrambe le misure implicite ed esplicite, i soggetti, uomini e donne, con peso normale e in eccesso esprimevano atteggiamenti negativi verso il sovrappeso, con gli uomini che presentavano una denigrazione maggiore per la grassezza. Sulla misura esplicita dell'identità legata al peso, le donne con peso normale tendevano a giudicarsi come più pesanti della loro controparte maschile, che invece, si riconosceva implicitamente come meno pesante nonostante il peso reale. Un'altra importante conclusione era che fra le donne, la denigrazione implicita del sovrappeso, e quindi gli atteggiamenti negativi, correlava con livelli impliciti di autostima più bassi.

Una ricerca nel nord Italia (Cota, Vicennati, Ceroni, Morselli-Labate, Pasquali, 2001) su un campione di donne tra i 43 e i 58 anni, ha evidenziato che i valori crescenti nella distribuzione del grasso corporeo, in particolare nella zona addominale, conducevano a descrivere più frequentemente attitudini e comportamenti negativi verso la propria salute e ad un'incidenza più elevata di disturbi somatici. Utilizzando la versione italiana dell'*Illness Behaviour Questionnaire* e del *Symptom Questionnaire*, gli autori osservarono che in base all'aumento del WHR, ossia del rapporto tra la circonferenza della vita e quella dei fianchi, le donne esibivano punteggi significativamente più alti o più bassi su alcuni fattori psicologici come la percezione di avere un qualche tipo di disturbo ($p = -0.018$), diniego ($p = 0.021$), ostilità ($p = 0.57$), trascuratezza ($p = 0.047$) e sintomi di conversione ($p = 0.005$). Il loro WHR e la circonferenza della vita correlavano in modo significativo con i sintomi di conversione ($p = 0.005$ e $p = 0.029$); la circonferenza della vita era inoltre associata alla percezione di avere una malattia ($p = 0.43$).

Queste indagini illustrano come siano gli stessi soggetti obesi a giudicarsi per primi in maniera negativa e a percepirsi come portatori di disturbi, ma questa posizione riflette comunque la stigmatizzazione sociale per l'aspetto corporeo indesiderato che potrebbe influire sul loro benessere generale.

Secondo Adami (1998) nei soggetti obesi gli aspetti affettivi e cognitivi dell'immagine corporea risultano considerevolmente deteriorati. Questo si riflette nella maggiore insoddisfazione e disapprovazione per il proprio aspetto, nella più grande svalutazione di se stessi, in una più forte

percezione di essere grassi e in una scarsa o assente sensazione di essere piacevoli, piacevolezza legata agli atteggiamenti che le altre persone hanno verso il soggetto e che potrebbero essere indipendenti dall'intima opinione di sé.

CAPITOLO 2: IPOTESI MULTIGENETICHE DELL'OBESITA'

2.1 Premessa

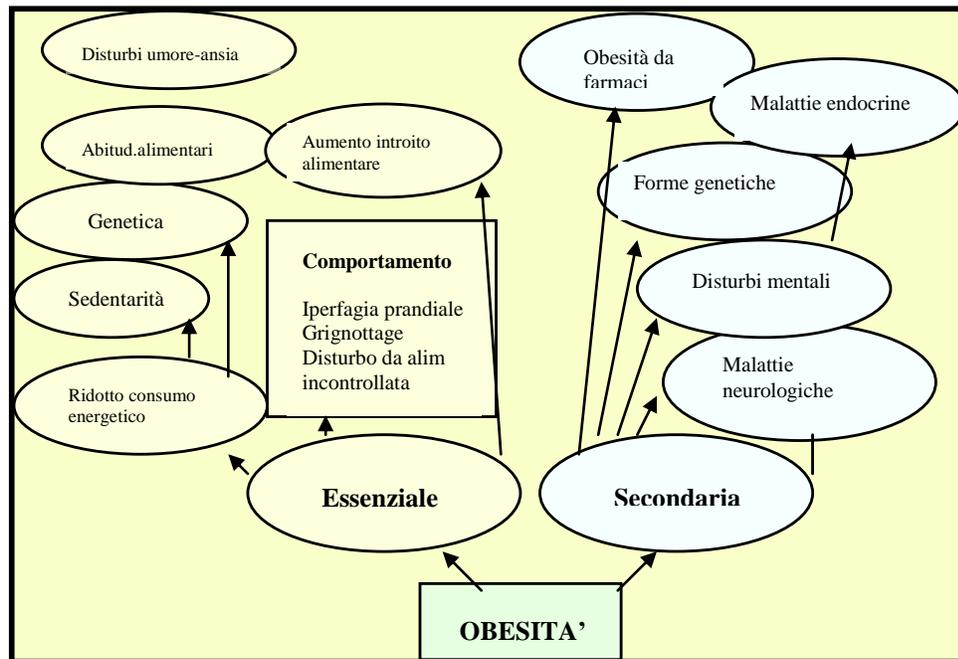
Per quanto riguarda l'inquadramento eziopatogenetico possiamo affermare che l'obesità si distingue in obesità Secondaria e obesità Essenziale.

Una piccola parte di pazienti presenta una obesità Secondaria, le cui cause sono, appunto, secondarie ad altra patologia come le malattie Endocrine e ad una serie di forme di obesità geneticamente trasmesse in associazione ad altre malattie ereditarie.

La maggior parte invece è affetta da obesità essenziale, la cui genesi è multifattoriale, essendo il risultato di diverse cause che interagiscono tra loro: sicuramente un'eccessiva e cattiva alimentazione, una ridotta attività fisica e fattori ambientali e familiari.

Lo schema seguente (tab. 1) mostra come il tronco dell'obesità si suddivida in due grandi rami: uno di essi è rappresentato dall'obesità secondaria ad altre patologie, che deriva da alterazioni genetiche, endocrinopatiche, malattie neurologiche e psichiatriche, uso di farmaci; l'altro ramo, più vasto, è rappresentato dall'obesità essenziale. Quest'ultima può dipendere dal ridotto consumo energetico e/o aumentato introito alimentare (Mannucci et al., 1997).

TAB. 1 SUDDIVISIONI DELL'OBESITA' E PRINCIPALI CAUSE



2.1.1 Obesità essenziale

Questo tipo di obesità è distinta in alcune possibili categorie (tab. 2) legate all'eccessivo apporto calorico, sedentarietà, ambiente familiare, fattori sociali, e carenze affettive.

2.1.1.1 Errato comportamento alimentare

Se da una parte ci si preoccupa perché un bambino mangia poco, per il conseguente deficit di vario tipo (proteine, vitamine, sali minerali, ferro, essenziali per la crescita), dall'altro ci si preoccupa troppo poco se un bambino mangia troppo determinando un eccessivo introito calorico che sfocia nell'obesità. L'**iperalimentazione** nei primi due anni di vita causa l'aumento delle cellule adipose e l'aumento del loro numero: questo

porterà ad una grande difficoltà da adulti a perdere peso perché se sarà possibile ridurre le dimensioni delle cellule, sarà ugualmente impossibile diminuire il loro numero. Per questo motivo il periodo ideale per intervenire è l'età dello sviluppo, al fine di avere risultati duraturi ed efficienti (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

Ai genitori quindi spetta il compito di accorgersi dell'eccessivo peso del bambino ed intervenire. Accade però che i genitori interpretano l'appetito del bambino come un segnale di benessere e piuttosto che limitarlo lo incentivano, con l'idea falsa che il peso diminuirà con lo sviluppo.

Prendendo in considerazione le abitudini alimentari dei ragazzi in sovrappeso si nota che oltre a mangiare troppo i bambini tendono a seguire un modello alimentare sregolato. Tra questi, la colazione viene saltata, vi è una tendenza all'eccessivo consumo di snack pronti, l'elevata introduzione di grassi e lo scarso consumo di frutta e verdura (*Ibidem*).

2.1.1.2 Ambiente familiare

Allo sviluppo dell'obesità, ancora una volta, contribuisce l'**ambiente familiare** in quanto incide sulla costruzione del modello comportamentale di controllo dell'introito di cibo tramite lo stesso comportamento alimentare dei genitori e le modalità di nutrizione dei figli. Tra questi, che alterano la capacità di percepire i segnali di fame e sazietà, vi è l'insistere sul terminare il cibo presente nel piatto, associare al pasto altre attività: lettura, televisione, computer, e utilizzare il cibo come festeggiamento, premio o punizione.

Genitori che hanno essi stessi problemi di peso, preoccupati per lo stato di sovrappeso dei figli, possono inoltre intervenire con pratiche di controllo non adeguate che promuovono lo sviluppo di stili alimentari problematici e conseguente sovrappeso nei figli (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

2.1.1.3 Riduzione dell'attività fisica

Oltre all'aumentato consumo di cibi ricchi di energia e ricchi di grassi, la generale tendenza alla **sedentarietà** ha contribuito in modo notevole al vistoso incremento della prevalenza dell'obesità. Questo nuovo stile di vita è favorito dalle nuove tecnologie che riduce al minimo sforzo ogni attività della giornata: trasporti automatizzati, ascensori, scale mobili, riscaldamento, lavatrice, lavastoviglie, computer, telefoni interni, telecomando, telefono cellulare, alzacristalli elettrici, spazzolino elettrico, grattugia elettrica...e così per tanti altri aspetti della quotidianità di ogni persona.

La riduzione dell'attività fisica quotidiana, causa importante dello sviluppo del sovrappeso, è progressiva con l'aumentare dell'età soprattutto nelle ragazze. Recenti studi epidemiologici hanno evidenziato come 3/4 dei ragazzi trascorra più di due ore al giorno davanti alla TV, mentre solo il 50 % degli adolescenti pratica uno sport con regolarità. Nell'ambito delle attività sedentarie, che occupano sempre maggior spazio nella giornata dei ragazzi, televisione e computer occupano molte ore con effetti importanti: riduzione del metabolismo, visione di pubblicità alimentari, invito a mangiare, sottrazione di tempo ad attività più dispendiose. È stato più volte sottolineata la correlazione tra ore

trascorse davanti alla televisione e grado di sovrappeso, logica conseguenza di uno squilibrio tra introito e dispendio energetico e della modificazione delle preferenze alimentari indotta dall'esposizione a spots alimentari anche di brevissima durata (30 secondi): ogni 5 minuti viene trasmesso uno spot alimentare. All'inizio del 900 metà della popolazione attiva degli Stati Uniti e l'80% di quella italiana erano impegnata nell'agricoltura; ora la percentuale è scesa al 5%. Lo sviluppo tecnologico ha portato ad una riduzione della necessità di star in piedi, muoversi e ha causato, per il minor dispendio di energie, l'aumento del sovrappeso (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

2.1.1.4 Condizione sociale

Tra i fattori che possono influenzare il BMI nell'adolescenza rientra la **bassa classe sociale** della famiglia di appartenenza rispetto alle classi sociali superiori probabilmente riflettendosi in scarsa qualità degli alimenti, poiché vengono preferiti quelli a basso costo che di solito comprendono quelli ricchi di amido e di glucidi, a elevato contenuto energetico mentre vi è un basso consumo di fibra ed elevato apporto di grassi.

Inoltre nelle classi sociali basse vi è anche una spesa maggiore di tempo davanti alla tv (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

2.1.1.5 Carenze affettive

Nell'obesità esogena, che rappresenta la maggior parte dei casi, ci sono **fattori psicologici** che giocano un ruolo nella formazione dell'obesità. La

madre che allatta offre al suo bambino non solo latte, ma anche supporto, calore, odore, cura, contatto visivo che soddisfa i suoi bisogni primordiali. Per questa ragione il cibo diventa, per la madre e il bambino, un modo di dare e avere e un veicolo per messaggi di amore o aggressione. Questo è il motivo per cui il cibo si carica di valori e simboli complessi (sociali, etnici, etici, religiosi..) in ogni paese e in ogni cultura. L'importanza della famiglia può perciò essere spiegata soprattutto, ma non esclusivamente, come un comportamento alimentare trasmesso da un atteggiamento culturale e emozionale dei genitori in un contesto familiare. Molti ragazzi obesi hanno una situazione familiare alterata. In particolare la madre gioca un ruolo dominante in famiglia, esercitando un naturale controllo sul figlio, ostacolandone lo sviluppo dell'autonomia e spesso stimolandolo a nutrirsi in modo eccessivo. Per queste madri la nutrizione acquisterebbe un valore emotivo configurandosi come un mezzo per esprimere il proprio affetto, per coltivare i sensi di colpa verso i figli verso i quali si sentirebbero inadeguate. D'altro canto il bambino, che ha bisogni affettivi insoddisfatti a causa delle carenze materne, reagirebbe con una domanda crescente di cibo che rappresenta per lui compenso e conforto e quindi la sua resistenza ad aderire ad un controllo alimentare potrebbe dipendere dal fatto che per lui questo significa una grave perdita di sostituti compensatori e di regolatori dell'ansia. Quello che ne consegue nel bambino è l'instaurarsi di difficoltà a discriminare adeguatamente le proprie tensioni interne e la tendenza a rispondere a queste tramite l'assunzione di cibo (Bosello, Cuzzolaro, 2006; Molinari, Riva, 2004).

Oltre alle carenze affettive ci sono altri fattori che, alterando profondamente l'equilibrio emotivo, possono favorire l'insorgere e il persistere dell'obesità come i traumi emotivi e il disadattamento sociale.

2.1.2 Obesità secondaria

Lo studio dei **fattori genetici** (tab.2) dell'obesità è stato realizzato soprattutto su modelli animali. Nell'uomo la determinante genetica dell'obesità è comprovata dalla familiarità di obesità, dalla correlazione del sovrappeso nei gemelli monoovulari, dall'esistenza di gruppi etnici, come gli Indiani Pima, geneticamente obesi. Il fatto che in una stessa famiglia ci sia una frequenza maggiore di obesi rispetto alla frequenza casualmente attesa non dimostra necessariamente una trasmissione ereditaria della malattia, dato che si potrebbe imputare ad un effetto delle abitudini di vita e di alimentazione del nucleo familiare stesso (Molinari, Riva, 2004).

Più che tra padre e figli, la coincidenza di obesità è particolarmente frequente tra madre e figli. Il fatto che il peso dei figli adottivi si correla con quello dei genitori naturali in modo significativo e non si correla invece con quello dei genitori adottivi dimostra in modo inconfutabile il ruolo fondamentale della trasmissione genetica dell'obesità rispetto al condizionamento ambientale (Speiser *et al.*, 2005). Il possibile contributo di un difetto termogenico nell'eziologia dell'obesità è controverso. Studi condotti su bambini obesi che hanno perso molto peso hanno dimostrato che questi hanno una spesa energetica a riposo e post-prandiale simile a quella dei bambini di peso normale con la stessa massa grassa. Quindi la minor termogenesi indotta dall'ingestione di cibo nei bambini obesi

sembra la conseguenza dell'eccessiva adiposità più che di un fattore indipendente (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

Negli obesi e' stata anche descritta una diminuzione della risposta termica al cibo che dipende per il 75% dal costo energetico della digestione, dell'assorbimento, del metabolismo e dello stoccaggio degli alimenti, e ciò si ritiene sia dovuto a vie metaboliche energeticamente più efficienti. Ad esempio, la risposta termica ai carboidrati è tanto maggiore quanto più alta è la velocità di utilizzazione del glucosio: piccole diminuzioni della risposta termica possono derivare dalla resistenza insulinica e dalla minore disponibilità di glucosio degli obesi. Piccole differenze nell'utilizzazione calorica mantenute per anni possono dare un significativo contributo al bilancio calorico netto positivo (*ibidem*),

Recenti studi confermano l'ipotesi di una discendenza degli individui obesi dal cosiddetto "genotipo florido", ovvero da progenitori con un metabolismo risparmiatore. È questo che ha permesso al genotipo florido di sopravvivere alle carestie passate e ora l'aumentata disponibilità di cibo contribuisce a provocare l'obesità nei pronipoti che hanno ereditato tale metabolismo.

TAB. 2 LE PRINCIPALI CAUSE DI OBESITÀ:

<p>OBESITÀ ESSENZIALI</p> <p>Fattori genetici Fattori metabolici Fattori nutrizionali Fattori sociali e culturali</p>	
<p>OBESITÀ SECONDARIE</p>	
<p>Forme genetiche: paralipodistrofie e lipomatosi Sindrome di Prader-Willi Sindrome di Laurence-Moon-Biedl Sindrome di Alstrom Sindrome di Morgagni-Stewart-Morel Sindrome di Carpenter Sindrome di Cohen Sindrome di Down DIDMAOS</p> <p>Neuroendocrine</p> <p>Ipotalamiche e di altre parti del SNC: Traumatiche Tumoriali Leucodistrofia leucemica Infiammatorie Ipertensione endocrina</p>	<p>Ipofisarie: Ipofisuitarismo Ipogonadismo ipogonadotropo Iperprolattinemia Malattia di Cushing Ipotiroidismo secondario</p> <p>Da altre affezioni endocrine: Ipotalamo ipofisarie Ipotiroidismo primitivo Sindrome di Cushing Insulinoma e nesidioblastoma Ovariche associate a PCOS Ipogonadismo primitivo Testicolari</p> <p>Psicogene: Disturbo da alimentazione incontrollata Disturbi del tono dell'umore: <input type="checkbox"/> Depressione atipica <input type="checkbox"/> Distimia</p> <p>Da farmaci</p>

CAPITOLO 3. OBESITA' INFANTILE: ASPETTI MEDICI

3.1 La valutazione dell'obesità...

Obesità e sovrappeso sono definiti come “gradi di eccesso di grasso corporeo in relazione alla massa magra, aumento del peso corporeo che si manifesta a causa di uno squilibrio fra introito calorico e spesa energetica; le calorie in eccesso sono convertite in molecole di trigliceridi ed accumulate nel tessuto adiposo come depositi di riserva.”¹

La comunità scientifica ha recentemente definito l'obesità come una “malattia cronica”, al pari del diabete e dell'ipertensione arteriosa, determinata da un eccesso di massa grassa distribuita in maniera differente nei vari distretti corporei e nei diversi soggetti; è in grado di indurre un aumento significativo di rischi per la salute (malattie cardiovascolari, pressione alta, diabete, ipercolesterolemia) e richiede costante e attento controllo nel tempo.²

E' da anni dimostrato che i soggetti obesi hanno un'aspettativa di vita qualitativa e quantitativa ridotta e pertanto l'impegno degli operatori sanitari deve essere rivolto alla ricerca di risposte sempre più efficaci e stabili (Fjeldstad *et al.*, 2008).

Per definire lo stato di obesità, sovrappeso, normopeso e sottopeso si possono utilizzare differenti formule; ad oggi quella più comunemente usata è l'Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (BMI), che si ottiene dividendo il peso del soggetto espresso in kg per l'altezza espressa in metri al quadrato.

¹ “Alimentazione e benessere” in “Salute per tutti, Enciclopedia medica della fondazione Veronesi”, vol. 16, 2008.

² Ibidem

$$\text{BMI} = \frac{\text{peso del soggetto in kg}}{\text{altezza in metri al quadrato}}$$

3.1.1 ... negli adulti

Negli adulti sono considerati normali i valori di BMI compreso fra 20 e 25, indicatori di sovrappeso fra 25 e 30 ed indicatori di obesità valori superiori a 30 (Tab.3).

TAB. 3 VALORI DI BMI E CATEGORIE DI PESO

CATEGORIE	BMI
Sottopeso	<18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sovrappeso	25-29,9
Obesità moderata (I grado)	30-34,9
Obesità severa (II grado)	35-39,9
Obesità grave (III grado)	>40

Questo indice misura approssimativamente la massa grassa in quanto esistono differenze per esempio tra uomini e donne (le donne hanno fisiologicamente più massa grassa in rapporto con il peso), tra sportivi e sedentari (gli sportivi hanno più massa muscolare che è quella che pesa di più), tra adulti ed anziani (Speiser *et al.*, 2005).

3.1.2 ...nei bambini

La definizione di sovrappeso e obesità nei bambini è più complessa rispetto agli adulti e in attesa di parametri più adeguati il BMI è stato proposto anche per bambini e adolescenti ma applicando tabelle di correzione che tengono conto del sesso e dell'età (range 2-18 anni) (Epstein, Wing, 1987).

Attualmente si definisce sovrappeso quel bambino che supera del 10-20% il suo peso ideale e obeso quello che lo supera del 20%.

Le raccomandazioni per la definizione di sovrappeso e obesità della IOTF (*International Obesity Task Force*), parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dicono, tra le altre cose, che:

- BMI deve essere usato come metodo di misura principale di sovrappeso ed obesità in bambini ed adolescenti per la raccolta dei dati statistici,
- BMI per età deve essere espresso come valore medio più deviazioni standard e distinto per sesso maschile e femminile. Detto questo la prevalenza deve essere definita con punti “*cut-off*” di referenza chiari e ben stabiliti.

Una volta applicata la correzione si definisce:

Sovrappeso:	BMI fra 25 e 30
Obesità di II grado:	BMI fra 30 e 40
Obesità di III grado:	BMI maggiore di 40

Considerando che la crescita dei bambini si valuta facendo riferimento alle tabelle dei percentili, grafici che riuniscono i valori percentuali di

peso e altezza dei bambini, distinti per sesso ed età si può definire (Speiser, 2005):

in sovrappeso: un bambino il cui peso supera del 10-20% quello ideale riferito all'altezza

obeso: un bambino il cui peso supera di più del 20% quello ideale

Tenendo conto delle curve di accrescimento, per identificare il sovrappeso e l'obesità nell'infanzia e adolescenza si usa di solito il percentile di BMI.

L'*American Obesity Association* utilizza l'intervallo tra l'85° e il 95° percentile come punto di riferimento per il sovrappeso e dal 95°-97° percentile in poi per l'obesità (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

Non si tratta di riferimenti rigidi e limitativi dal momento che esiste una variabilità individuale elevata, ma l'elaborazione statistica dei dati fornisce un ampio intervallo all'interno del quale vi è una elevata probabilità di riscontrare un valore normale di quel parametro. Al contrario, un valore al di sopra o al di sotto dei limiti del range di normalità avrà una elevata probabilità di essere patologico, in eccesso o in difetto. Così l'intervallo dei valori compresi tra il 3° e il 97° percentile fornisce sempre in termini probabilistici il range di normalità. Tra questi due estremi il 50° rappresenta il valore mediano che separa il 50% dei soggetti con valore più alto dal 50% dei soggetti con valore più basso. Ad

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Mentre una metà della popolazione mondiale muore di fame, l'altra metà soffre e muore per una condizione di sovralimentazione.

Due ampi studi del 1995 condotti nei paesi a basso reddito indicano una prevalenza di obesità e sovrappeso del 3,3% nei bambini al di sotto dei 5 anni.

La crescita della prevalenza di sovrappeso ed obesità sta aumentando rapidamente ed in misura diversa nelle varie parti del mondo al punto da essere definita una epidemia. Per esempio in Brasile e negli Stati Uniti l'aumento è del 0,5% annuo, mentre in paesi come il Canada, l'Australia ed il Regno Unito la prevalenza cresce dell'1% all'anno.

Negli Stati Uniti, che presentano la più alta prevalenza di sovrappeso/obesità nel periodo dal 1970 al 2000, hanno più che raddoppiato i loro numeri. Attualmente contribuisce a 300.000 morti/anno, diventando in tal modo la seconda causa di morte dopo il fumo. In Canada dal 1981 al 1996 il tasso di obesità dei bambini di sesso maschile è triplicato passando dall'11% al 33%.

La prevalenza di obesità e sovrappeso presenta caratteristiche diverse a seconda dei paesi. Nelle zone ad alto reddito la prevalenza è maggiore tra le classi socioeconomiche basse, mentre nei paesi a basso reddito è più frequente tra classi di socioeconomiche alte.

In paesi di transizione, come ad esempio il Brasile, la malnutrizione diminuisce mentre aumenta l'obesità cosicché troviamo nel contempo numerosi casi d'obesità e di malnutrizione.

L'obesità infantile è un problema di elevata rilevanza specifica e in continuo aumento tanto che in molti paesi europei un bambino su 5 risulta essere affetto da sovrappeso o obesità (Dietz, 1995).

I paesi del Nord Europa presentano una minor incidenza (es: UK 20%, Finlandia 13%), rispetto agli stati meridionali (es: Grecia 26%, Spagna 27%).

Anche in Italia sono molti i bambini e gli adolescenti che lamentano un cattivo rapporto con la bilancia tanto che si parla dell'Italia come uno dei primi paesi in Europa per quantità di bambini obesi. Nel nostro paese infatti, da quanto emerge dai dati ISTAT del 2002 (tab. 6), la percentuale di bambini obesi è pari al 4% mentre quella dei bambini sovrappeso è pari al 20%. Il problema interessa soprattutto la fascia d'età compresa tra i 6 e i 12 anni e predilige i maschi alle femmine.

Come in Europa anche in Italia si registra la differenza tra nord e sud con il tasso più alto registrato in Campania (36%) ed il più basso in Val d'Aosta (14,3%).

TAB. 6 PERCENTUALE DI BAMBINI OBESI E IN SOVRAPPESO PER
REGIONE, 1999-2000

REGIONE	PERCENTUALE
Piemonte	17,1
Valle d'Aosta	14,3
Lombardia	18,5
Trentino - Alto Adige	16,1
Veneto	21,4
Friuli - Venezia Giulia	20,1
Liguria	17,0
Emilia - Romagna	22,7
Toscana	17,0
Umbria	24,1
Marche	25,8
Lazio	24,7
Abruzzo	27,0
Molise	27,5
Campania	36,0
Puglia	26,0
Basilicata	24,5
Calabria	27,2
Sicilia	26,8
Sardegna	16,6
ITALIA	24,2

Fonte: Eccesso di peso nell'infanzia e nell'adolescenza S.Brescianini (Istituto Superiore di Sanità), L.Gargiulo (Istat), E.Gianicolo (Istat), Convegno Istat, settembre 2002

In termini assoluti, in Italia ci sono 1.115.000 bambini in sovrappeso. Lo ha dimostrato una ricerca presentata da Amleto D'Amicis, direttore dell'Unità di Documentazione Nutrizionale dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN.

Al contrario di quanto si pensa, però, ciò non accade perché i bambini del sud mangiano molto più cibo. Ciò che fa la differenza è l'attività fisica: i ragazzi del sud fanno meno attività sportiva, sia a scuola che insieme alla famiglia.

Secondo i dati raccolti dall'INRAN il 67,8 per cento dei ragazzini, media italiana, fa 7 ore di attività fisica settimanali, vale a dire una al giorno; il 30 per cento dichiara di guardare la tv più di tre ore al giorno. In altri termini vita troppo sedentaria. I ragazzini sono stati divisi in tre gruppi: coloro che sono molto attivi e fanno due ore di attività fisica al giorno, coloro che sono abbastanza attivi e si attestano su 2 ore di attività fisica per tre volte a settimana, coloro che sono poco attivi attestandosi su una o due occasioni di movimento a settimana.

A parità di cibo ingerito i giovani che non fanno attività fisica sufficiente possono arrivare a pesare quasi due volte tanto rispetto a coloro che hanno come abitudine quella di fare sport.

Gli ultimi dati italiani del 2001 (Caroli *et al.*) mostrano un tasso congiunto di obesità e sovrappeso del 36% di cui il 21% a carico esclusivo dell'obesità, con differenze minime tra maschi e femmine.

Sembra che questi numeri siano destinati a salire e un dato di fatto è rappresentato dalla persistenza dell'obesità infantile nell'età adulta con conseguente aumento dei rischi per la salute e delle ripercussioni sulla sfera psicologica: perdita di autostima e sindromi depressive.

I dati provenienti da due ricerche statunitensi mettono in evidenza una sostanziale e allarmante diffusione di tale problematica. La prima indagine è stata condotta da C. L. Ogden e colleghi (2002) nel periodo 1999-2000 su un campione di 4.722 bambini fino ai 19 anni d'età. Il

sovrappeso fu definito da un BMI = del 95° percentile per età, mentre il rischio di sovrappeso da un BMI = dell'85° percentile ma minore del 95° percentile per età e genere. La prevalenza del sovrappeso risultava essere approssimativamente 10% nei bambini dai 2 ai 5 anni e 15% nei ragazzi dai 6 ai 19 anni.

I bambini fino ai 24 mesi furono considerati in sovrappeso se il loro valore del peso per quello della lunghezza avesse raggiunto o superato il 95° percentile; la prevalenza trovata era 11.4%. Tra i ragazzi neri e gli americani messicani, l'aumento nella prevalenza del sovrappeso era particolarmente evidente, circa del 10%, passando dal 13% nel 1994-1999 al 23% nel periodo 1999-2000. Sulla base della definizione dell'obesità adulta, circa l'11.2% di soggetti tra i 12 e 19 anni presentava un BMI = 30 (Ogden, Flegal, Carroll, Johnson, 2002).

Hedley e colleghi (2004) impiegando la medesima definizione di sovrappeso in un campione di 4.018 soggetti, trovarono che nel periodo 2001-2002 circa il 31.5% dei ragazzi maschi e femmine tra i 6 e i 19 anni era ritenuto a rischio di sovrappeso ed il 16.5% in sovrappeso. Tra le ragazze, la prevalenza di sovrappeso era significativamente inferiore nelle bianche rispetto sia alle ragazze nere che alle americane messicane, mentre tra i ragazzi erano gli americani messicani ad esibire una prevalenza maggiore degli altri due gruppi. In Italia la prevalenza dell'obesità e del sovrappeso nei ragazzi è inferiore a quella riportata dagli autori statunitensi.

De Vito, La Torre, Langiano, Berardi e Ricciardi (1999), analizzarono un campione di 2.053 ragazzi tra gli 11 e i 19 anni (Media = 14.9; Deviazione Standard = 2.55) della provincia di Frosinone, reclutati

casualmente dal database del distretto scolastico della famiglia. Furono inclusi nello studio circa 1.357 studenti e 1.802 genitori, ossia il 66% e il 66.5% della popolazione target. Ogni studente fu intervistato sull'attività fisica e sottoposto a rilevazioni antropometriche come il peso, l'altezza e lo sviluppo sessuale mentre i genitori compilarono un questionario da cui trarre informazioni sulla struttura della famiglia, lavoro, livello d'istruzione, peso e altezza di entrambi i genitori. L'obesità fu definita da un BMI = del 90° percentile mentre il rischio di sovrappeso da un BMI = dell'85° ma minore del 90° percentile per età e genere. Emerse una percentuale di obesità di circa 8.4%, con il 9.8% tra i ragazzi e il 6.5% tra le ragazze, mentre il 21.4% fu considerato a rischio di sovrappeso senza differenze significative tra i generi. Il numero di bambini presenti in famiglia, l'età e il lavoro dei genitori non sembravano collegati con l'obesità o il rischio di sovrappeso, mentre lo erano lo stile alimentare dei genitori, il livello culturale della madre e la mancanza di attività fisica. Infatti tra i bambini con madri con un basso livello d'istruzione circa l'11.9% era obeso, paragonato al 3.8% dei bambini obesi con madre con un alto grado d'istruzione. La prevalenza di obesità era maggiore anche tra i bambini che avevano entrambi i genitori in sovrappeso (14.4%), rispetto a coloro con entrambi i genitori normopeso (6.2 %).

Uno studio condotto in Piemonte (Gnavi et al., 2000) trovò una prevalenza di obesità e sovrappeso insieme del 23% in un campione di 1.420 ragazzi tra i 10-11 anni. I bambini furono definiti obesi o in sovrappeso se il loro peso relativo era rispettivamente uguale o superiore al 140% oppure tra il 120-139% del peso relativo dato dal rapporto tra peso misurato e peso al 50° centile per età e genere moltiplicato per 100.

Più specificamente la percentuale di bambini obesi risultava essere 6.76%, 7.5% tra i maschi e 6.1% tra le femmine, mentre quella del sovrappeso era 16.27%, 16.6% nei maschi e 16.0% nelle femmine. Questi valori apparivano inversamente correlati alla condizione culturale ed occupazionale dei genitori: obesità e sovrappeso erano più frequenti nei bambini nati da madri con un grado d'istruzione inferiore (11.2% e 23.1%) e con entrambi i genitori senza occupazione (14.5% e 33.5%).

Un'altra ricerca (Celi *et al.*, 2003) svolta in tre province del centro Italia (Perugia, Terni e Rieti) nel periodo 1993-2001 ha trovato che la prevalenza del sovrappeso era significativamente inferiore nel campione femminile ($p < 0.001$). In particolare la percentuale di obesità risultava essere del 6.3%-24.2% nei maschi e 6.1%-22.9% nelle ragazze, e quella del sovrappeso del 20.7%-13.2% nei ragazzi e 18.5%-13.7% nelle ragazze utilizzando due differenti punti di cut off del BMI. Il campione era costituito da 44.231 soggetti tra i 3 e i 17 anni, dunque molto più ampio degli studi precedenti e con uno spettro di età più variabile. Fu osservata una relazione negativa tra obesità e condizione socioeconomica familiare, con le percentuali più elevate nei livelli socioeconomici più bassi. Gli autori, inoltre, hanno sottolineato come i valori del BMI possano essere influenzati dalla maturazione sessuale in soggetti della stessa età: indipendentemente dall'età riscontrarono una prevalenza di sovrappeso e obesità maggiore nelle ragazze in cui era già comparso il menarca.

Confrontando questi lavori si può immediatamente notare come le percentuali di prevalenza siano superiori nell'Italia centrale anche se la fascia di età presa in considerazione in questa regione del paese è più

ampia rispetto a quella analizzata in Piemonte e le definizioni di sovrappeso ed obesità sono diverse. La stima della prevalenza, infatti, cambia in base al campione di riferimento e ai punteggi di cut-off usati per definire obesità e sovrappeso (Gnavi et al., 2000).

3.3. FATTORI DI RISCHIO

Per un bambino obeso il rischio di diventare un adulto obeso aumenta con l'età ed è direttamente proporzionale alla gravità dell'eccesso ponderale. Da alcuni studi (Vanhala *et al.* 1998) è emerso che fra i bambini in età prescolare, dal 26 al 41% è obeso da adulto, e tra i bambini in età scolare tale percentuale sale al 69%. La percentuale aumenta maggiormente fino all'83% per gli adolescenti.

Il fattore di rischio più importante per la comparsa dell'obesità nel bambino è l'aver uno o entrambi i genitori obesi, o comunque una storia familiare positiva per eccesso ponderale (dato che suggerisce un'obesità genetica o causata da fattori ambientali).

La correlazione tra peso in età infantile e peso in età adulta sembra più significativa per i maschi che per le femmine (Rolland-Cachera *et al.*, 1987; Mossberg, 1989).

Sembrano contribuire ancora il basso livello sociale, la deprivazione affettiva, la mancanza di un genitore, l'eccessivo tempo trascorso davanti alla televisione, la condizione di figlio unico, ultimo figlio, la durata breve del sonno notturno (Speiser *et al.*, 2005; D'Amicis, Fabiani, 1991).

Altro fattore studiato di recente è l'*adiposity rebound*: dopo l'età di un anno normalmente i valori di BMI diminuiscono per poi stabilizzarsi e riprendere a crescere solo dopo l'età di 5/6 anni. Un incremento dei

valori di BMI prima sei 5 anni si chiama *adiposity rebound* precoce ed indica un precoce rischio di sviluppo dell'obesità.

3. 4. CONSEGUENZE MEDICHE

Dagli anni '80 e '90 la letteratura pediatrica ha cominciato a riportare condizioni patologiche che nel passato erano considerate rare nei bambini.

Questo è dovuto al crescente numero di bambini e adolescenti obesi ma anche ad un aumento del grado di obesità che raggiunge livelli estremi, portando a dedurre che le patologie legate allo stile di vita non interessano più solamente la popolazione adulta (Mustillo, 2003).

Alcune condizioni patologiche dovute a condizioni di obesità severe cominciano a manifestarsi precocemente, mentre altre rimangono subcliniche fino all'età adulta risparmiando alcuni organi ed apparati.

Tra le conseguenze di salute fisica precoci le più frequenti sono rappresentate da problemi notturni di tipo respiratorio come il russare pesante, la riduzione del flusso d'aria (ipopnea), la cessazione del respiro (apnea) fino ad arrivare, in casi rari, alla sindrome di Pickwickian che è una sindrome associata all'embolia polmonare ed alla morte bianca (SISD), caratterizzata da ripetuti episodi di completa o parziale e/o prolungata ostruzione delle vie aeree superiori, normalmente associati ad una riduzione della saturazione di ossigeno nel sangue.

Alcuni studi (Speiser *et al.*, 2005; Mustillo, 2003) inoltre associano l'obesità con la prevalenza dell'asma, anche se questo è un campo di studio complesso e non si è in grado di affermare con certezza che l'obesità sia un fattore di rischio per l'asma o viceversa.

Altre conseguenze di salute riguardano l'apparato osteo-articolare dovute al carico meccanico come varismo o valgismo ossia gambe ad arco o ad "X", dolori articolari, mobilità ridotta, piedi piatti ed aumentato rischio di fratture. Successivamente compare l'artrosi precoce dovuta all'aumento delle sollecitazioni statico-dinamiche sulle articolazioni della colonna vertebrale e degli arti inferiori più soggette al carico.

Disturbi dell'apparato digerente sono rappresentati da epatopatia (NAFLD *non alcoholic fatty liver disease* ossia fegato grosso non alcolico) che va dalla statosi apatica (infiltrazione grassa del fegato) alla vera e propria steatopatia (infiammazione del fegato grasso). Questa condizione è destinata a sfociare nella fibrosi e cirrosi epatica fino allo stadio finale di epatopatia.

Per quanto riguarda lo sviluppo sessuale nelle bambine obese si assiste al menarca precoce (prima dei 10-11 anni), mentre i bambini obesi tendono a maturare più tardi dei loro coetanei normopeso.

Le bambine obese soffrono in maggior numero della sindrome dell'ovaio policistico che è una condizione patologica che comprende oligo o amenorrea, resistenza insulinica, irsutismo, acne e *acantosis nigricans*.

Nelle giovani donne obese sono stati notati maggiori problemi d'infertilità in relazione alla mancanza d'ovulazione e nella popolazione adulta obesa una maggior frequenza di carcinoma al seno, all'utero.

Gli obesi in età infantile risultano maggiormente esposti a patologie di natura cardiocircolatoria e metabolica (Speiser *et al.*, 2005):

- diabete mellito di tipo 2, non insulino dipendente. Il 45% dei casi di diabete nei bambini è dovuto al tipo 2 ed uno dei più importanti fattori di

rischio dell'obesità (prevalenza in alcuni paesi di diabete di tipo 2: 3% Italia, 1,6% Germania, 1,9% Ungheria);

- rischio d'ipertensione arteriosa tra gli obesi è 8,5 volte più alta rispetto ai normopeso;

- rischio di ipercolesterolemia totale tra gli obesi è 2,4 volte più alta rispetto ai normopeso;

- sindrome metabolica, che comprende la presenza di vari fattori di rischio cardiovascolare quali ipertensione, ipertrigliceridemia, iperinsulinemia e basso colesterolo HDL è comune soprattutto tra gli adulti obesi che lo sono stati anche da bambini.

CAPITOLO 4. L'OBESITA' INFANTILE: ASPETTI PSICOLOGICI

Premessa

Fino a qualche tempo fa il comportamento alimentare non veniva considerato dagli interessi psicologici, se non quelli che riguardavano l'anoressia nervosa, sindrome psichiatrica che vanta una vera e propria tradizione.

Per tutto il resto delle patologie legate all'alimentazione il monopolio era nelle mani dei medici.

Recentemente la situazione si è modificata: l'argomento è stato ampiamente rivalutato e preso in considerazione dagli studi psicologici, per lo più sperimentali, lasciando affiorare l'idea che il comportamento alimentare sia l'espressione di una vera e propria sofferenza psichica.

La medicina, in particolare quando l'obesità procura danni organici gravi e pericolosi, interviene sul sintomo per mezzo di una restrizione alimentare, creando un'esperienza frustrante tanto per il medico quanto per il paziente: il rischio è quello di incorrere in fenomeni di resistenza al trattamento. Proprio a causa di questo motivo la ricerca psicologica si sta affiancando alla medicina, sperando di far luce sull'obesità quale sintomatologia specifica di un disturbo di personalità (Massa, 1989).

Per tutti gli esseri viventi mangiare è una necessità vitale; mangiare e bere sono pulsioni naturali attraverso le quali l'organismo riceve energia e nutrimento che è incapace di sintetizzare. Mangiare e bere però non

sono solo atti fisiologici ma possono essere considerate esperienze psicofisiche che rappresentano l'appagamento di un desiderio.

Le tematiche relative al comportamento alimentare disfunzionale sono state oggetto di diversi studi e ricerche che hanno cercato di individuare i tratti di personalità e gli stili di relazionali collegati all'iperalimentazione.

Le possibili cause ed eventuali sistemi di cura in ambito psicologico sono state prese in considerazione da quattro diversi modelli – comportamentale, cognitivo, psicoanalitico e relazionale-sistemico – (Molinari, Riva, 2002).

In questa sede tratterò solo la teoria psicoanalitica, con riferimento alle idee di Bruch, e quella comportamentale riportando la propria strategia di cura.

4.1 Approccio psicoanalitico

La psicoanalisi mette in relazione l'alterazione del comportamento alimentare alle diverse fasi del ciclo vitale; come ha dimostrato innanzitutto Freud, e in seguito anche Klein e Abraham, la nutrizione è considerata la prima forma di esperienza libidica e rappresenta una modalità fantasmatica di relazione oggettuale: l'incorporazione. Il bambino nasce immaturo e dipendente dalla figura materna. (Massa, 1989)

4.1.1 Bruch e l'obesità come espressione di sofferenza

Similmente, Bruch sottolinea l'importanza della relazione madre-bambino ed evidenzia l'incapacità delle figure genitoriali a riconoscere adeguatamente i bisogni del bambino. Il cibo a volte può rappresentare il

principale strumento per rispondere alle esigenze infantili, ma il bambino abituandosi a riceverlo in modo indipendente dai suoi bisogni può diventare da un lato incapace di discriminare la sensazione di fame e sazietà, dall'altro potrebbe sviluppare la tendenza ad usare passivamente il cibo ogniqualvolta si trovi a dover affrontare sensazioni sgradevoli (Massa, 1989).

La ricercatrice ha formulato un modello di sviluppo evolutivo del bambino basato sull'integrazione di fattori innati e fattori derivati dall'esperienza. Il bambino fin dalla nascita è un essere dotato di facoltà, vede, sente, percepisce gli odori, è sensibile al dolore e al tatto ed è capace di succhiare qualcosa che gli viene messo a contatto con la bocca. Il pianto è il suo unico strumento per segnalare i suoi malesseri, desideri e necessità. Il modo in cui si risponde al suo pianto sembra essere il fattore decisivo nel rendere consapevole il bambino dei propri bisogni. Vengono individuate così due caratteristiche fondamentali per l'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare:

1. Incapacità di riconoscere la fame e altre sensazioni fisiche
2. Mancata consapevolezza di vivere la propria vita

Il processo di apprendimento del comportamento alimentare ha inizio alla nascita ma non riguarda solo la prima infanzia, interessa anche tutta la fanciullezza e il suo contenuto riguarda tutta la vasta gamma delle esperienze che caratterizzano la vita umana. Quanto più vasta sarà stata l'area delle risposte appropriate alle svariate espressioni delle sue necessità e dei suoi impulsi tanto più il bambino sarà in grado di differenziare e identificare le sue esperienze fisiche e le altre sensazioni.

A proposito della seconda caratteristica ogni madre esprime il concetto che ha del proprio bambino attraverso la maniera di alimentarlo e a lungo andare lo comunica al bambino; così il modo di dar da mangiare al bambino diventa un sistema di messaggi che informano il bambino di ciò che la madre pensa di lui e di ciò che lo circonda. Concludendo, i disturbi dalla percezione della fame si sviluppano da inesatti modelli di feed-back reciproco nei rapporti tra madre e figlio (Bruch H., 1997).

L'autorevole interprete in campo psichiatrico delle problematiche orali distingue due categorie di soggetti:

1. pazienti affetti da obesità reattiva
2. pazienti affetti da obesità di sviluppo

Alla prima categoria appartengono quei pazienti che hanno subito un trauma emotivo. Le storie di questi soggetti infatti rivelano che l'aumento di peso avviene in relazione a determinati eventi penosi o particolari cambiamenti nel modello di vita. Si tratta, in genere, di reazioni comportamentali a situazioni di perdita come lutti o separazioni, avvenimenti che attivano angosce di morte, a stati di insoddisfazione. O più semplicemente, considerando l'età infantile, i fattori che possono scatenare l'obesità reattiva consistono nella nascita di un fratellino, difficoltà scolastiche, disadattamento all'ambiente familiare, perdite affettive, malattie e interventi chirurgici. Dipenderà dalle capacità di ricezione dell'ambiente se il problema ponderale sarà compreso nel suo valore di sofferenza e definitivamente risolto oppure se si trascinerà in età adulta. Alla seconda categoria appartengono i soggetti in cui l'obesità è strettamente legata alle vicende emozionali e sociali dell'età evolutiva.

Molti concordano sul fatto che l'obesità insorta in età evolutiva è più spesso legata a problemi della personalità che possono rivelarsi anche molto gravi. Le caratteristiche personali dell'obeso derivano dalle reazioni di un ambiente socio-culturale ostile e colpevolizzante anche verso piccole eccedenze ponderali, ambiente che viene lungamente subito da parte della persona obesa, che ne interiorizza tutto il feedback distruttivo e valorizzante (Massa, 1989).

Le interpretazioni basate sulla teoria freudiana degli stadi oggi non possono essere utilizzati in quanto sono risultate in contrasto con i progressi della biologia e delle scienze umane, e con l'evoluzione di pensiero avvenuta nel contesto dello stesso movimento psicoanalitico. Il modello psicopatologico dell'obesità proposto da Bruch è stato in seguito criticato e le sue osservazioni non hanno trovato univoche conferme sperimentali.

4.2 Approccio cognitivo-comportamentista

Considerando i principi teorici del comportamentismo, l'obesità è considerata il risultato di una ridotta attività fisica e di una eccessiva e persistente modalità di assunzione del cibo, appresa e successivamente mantenuta in modo quasi automatico. In particolare, lo stile alimentare dell'obeso fornisce dei rinforzi positivi o piacevoli strettamente connessi con il cibo quali il soddisfacimento del gusto e della fame. Inoltre ci sono altri rinforzi, non direttamente connessi con il cibo e la fame, ma che sono altrettanto importanti nel favorire il mantenimento nel tempo del

comportamento di ricerca ed assunzione del cibo, questi sono rappresentati dalla riduzione dell'ansia e della tristezza.

In conseguenza di ciò, il mangiare e gli atti in relazione con l'assunzione del cibo diventano, proprio per la loro capacità di soddisfare dei bisogni e di ridurre il malessere, dei comportamenti spesso emessi con elevata frequenza, indipendentemente dalla reale necessità fisiologica di cibo, in una varietà di situazioni diverse tra di loro, che svolgono sia la funzione di stimolare il comportamento di assunzione del cibo, sia di rinforzarlo (Stuart R.R., 1967).

4.3 *Binge Eating Disorder* e psicopatologia

Un controllo eccessivo del peso può causare, mantenere o esacerbare una dieta restrittiva, che a sua volta può contribuire ad un comportamento di *Binge eating* (Stunkard, 1995; Hill *et al.*, 1994).

Uno studio condotto su un campione di 54 pazienti obesi in cerca di trattamento (Goldsmith *et al.*, 1992) puntualizzò che i pazienti obesi, che richiedono una cura per la loro condizione, mostrano maggiore psicopatologia dei soggetti in sovrappeso nella popolazione generale. Circa il 55.6% dei pazienti rispondeva ai criteri per una malattia psichiatrica recente o passata, con valori particolarmente elevati dei disturbi affettivi. Queste percentuali risultavano 5 volte più grandi nel campione di pazienti rispetto a quelle in un campione di comunità.

Una possibile spiegazione di questo gap potrebbe essere che nei soggetti che affluiscono ai programmi di trattamento, l'aumento di psicopatologia è da collegare all'incremento di peso; tuttavia, Goldsmith e colleghi trovarono che pazienti obesi con diagnosi psichiatrica

potrebbero non essere discriminati da quelli senza diagnosi sulla base del peso.

Un'interpretazione alternativa sarebbe la mediazione di un terzo elemento che opera in modo tale da spiegare la relazione tra psicopatologia e peso corporeo nelle popolazioni cliniche.

Una variabile plausibile potrebbe essere la presenza del *binge eating disorder*.

Spitzer e colleghi (1993) nella descrizione delle caratteristiche del BED evidenziarono che, a differenza del gruppo in cui il BED era assente (N = 833), quello con BED (N = 296) mostrava livelli significativamente maggiori ($p = 0.01$) di depressione, tratti ossessivo-compulsivi, ansia, ostilità, ansia fobica e psicoticismo.

Telch e Agras (1994) cercarono di corroborare l'ipotesi secondo cui il binge eating, e non il peso, sarebbe associato alla comorbilità psichiatrica negli obesi. Centosette donne obese tra i 18 e i 65 anni (valore medio del BMI = 38.9) furono suddivise in gravemente o *moderatamente binge eater* sulla base della severità delle abbuffate e in gravemente o moderatamente obese sulla base del peso corporeo. I risultati rivelarono una correlazione consistente e significativa tra la severità degli episodi di *binge eating* e le misure psicopatologiche, in modo specifico depressione, autostima e problemi interpersonali: all'incremento della gravità delle abbuffate corrispondeva un aumento del livello di *distress* psicologico e relazionale, come pure una diminuzione della fiducia in se stessi.

Non fu rinvenuta alcuna relazione tra sintomatologia psichiatrica e grado di obesità, per cui il peso non risultava la caratteristica

determinante per discriminare soggetti moderatamente e gravemente in sovrappeso.

Sebbene un legame esista tra *binge eating* e psicopatologia, è dubbio supporre una relazione di tipo causale: non è certo se sia la gravità del *binge eating* a determinare il *distress* psicologico o se sia, invece, l'esperienza di una forte angoscia a cagionare le abbuffate. "... se l'ipotesi che *binge eating* e psicopatologia fosse corretta, ci si dovrebbe aspettare di dimostrare la presenza di psicopatologia anche in soggetti con *binge eating* senza condotte di compensazione e non in sovrappeso... i risultati di questo studio sottolineano che il BED è un'importante categoria diagnostica che non dovrebbe essere ignorata, ma dovrebbe essere considerata come indicatore prognostico e nella pianificazione del trattamento. Conoscere la natura delle problematiche comorbide può dirigere l'attenzione dei clinici a stabilire l'ordine degli obiettivi d'intervento. Una valutazione più complessa dei pazienti obesi che includa l'identificazione del BED e dei disturbi comorbidi ... potrebbe condurre a migliorare l'esito del trattamento" (Telch, Agras 1994, pp. 60). Yanovski, Nelson, Dubbert e Spitzer (1993) presero in esame 128 soggetti obesi, 89 donne e 39 uomini (età media = 36.8 anni), allo scopo di determinare la prevalenza di psicopatologia e la storia familiare dei disturbi psichiatrici.

Il BED fu diagnosticato nel 37% del campione femminile e nel 26% di quello maschile. Per questi soggetti la probabilità di ricevere diagnosi per qualche disturbo sull'Asse I era significativamente maggiore di quella degli obesi senza BED (60% vs. 34%). In particolare, essi esibivano percentuali superiori di depressione (51% vs. 14%), distimia (16% vs.

8%), disturbi di panico (9% vs. 1%), bulimia nervosa (7% vs. 0%), fobia sociale (5% vs. 1%), agorafobia (5% vs. 1%), abuso di droghe (7% vs. 5%), alcol (9% vs. 6%) o altre sostanze (12% vs. 8%). Inoltre, anche la prevalenza di diagnosi sull'Asse II era più elevata (35% vs. 16%): disturbo evitante di personalità (9% vs. 0%), disturbo di personalità borderline (14% vs. 1%) e disturbo da autolesionismo (9% vs. 2%).

Ciascuno dei due gruppi fu ulteriormente suddiviso, in base al grado di obesità, in soggetti gravemente e moderatamente obesi. Nel gruppo di soggetti gravemente obesi, la prevalenza di diagnosi sugli Assi I e II non differiva tra obesi *binge eater* e non, mentre nel gruppo di persone moderatamente obese queste differenze risultarono significative: rispetto agli individui senza BED, i *binger* apparivano più disturbati. Nessuna discordanza fu poi riscontrata confrontando soggetti moderatamente e gravemente obesi con e senza BED relativamente alla depressione maggiore e gli altri disturbi psichiatrici. Individui con BED riferivano con probabilità doppia di aver fatto esperienza di psicoterapia o *counseling* e mostravano di avere almeno un parente di primo grado con diagnosi di abuso di sostanze. Quando i dati venivano analizzati in funzione del grado di obesità, non furono trovate discrepanze tra soggetti moderatamente obesi e quelli severamente obesi con BED né tra soggetti moderatamente obesi e gravemente obesi senza BED. Per testare l'esistenza di un continuum di severità in relazione alle caratteristiche cliniche dei disturbi alimentari, de Zwaan e collaboratori (1994) valutarono 100 donne obese (età media = 39.2 anni; valore medio del BMI = 35.9), prima di entrare a far parte di un programma di riduzione del peso, suddividendole in quattro gruppi: 1) senza episodi di

iperalimentazione; 2) con episodi sporadici di iperalimentazione e senza perdita di controllo; 3) con sovralimentazione più senso di mancanza del controllo; 4) con sindrome completa di BED. Fu osservata una tendenza per i pazienti con problemi più gravi di *binge eating* a presentare un storia più lunga di esperienze di regimi dietetici ($p = 0.01$), di fluttuazioni di peso ($p = 0.02$) e a cominciare a restringere l'alimentazione ad un'età inferiore ($p = 0.01$). Soggetti che rispondevano pienamente ai criteri per il BED risultavano chiaramente distinguibili dagli altri per quanto riguarda la gravità delle abbuffate che era legata a caratteristiche psicologiche quali desiderio di essere magri, senso di inefficienza, atteggiamenti di perfezionismo, scarsa consapevolezza introspettiva e disinibizione della condotta alimentare. Inoltre essi tendevano a riportare livelli più bassi di autostima rispetto a tutti gli altri gruppi.

Interessante l'evidenza che le donne che si reputavano molto impulsive e poco abili a mantenere il controllo sul proprio comportamento, con maggiori probabilità si impegnavano in episodi periodici di *binge eating*, il che fa pensare alla possibilità che le abbuffate siano una manifestazione di un'insufficiente padronanza degli impulsi (de Zwaan, Mitchell, Seim, Specker, Pyle, Raymond, Crosby, 1994). Anche Wadden e colleghi (1993) reclutando un campione clinico di 132 donne obese (età media = 40.4 anni; valore medio del BMI = 38.7) trovarono che la gravità del *binge eating* era correlata ad un elevato grado di fame e disinibizione ($p < 0.001$) e ad una scarsa restrizione alimentare. Circa la metà del gruppo con BED presentava un livello di depressione clinicamente significativo ($p = 0.0001$), comparato al 5% dei non *binger*. Tra gli altri aspetti patologici, risultavano rilevanti l'ipocondria ($p = 0.001$), l'isteria ($p =$

0.02), la psicoastenia ($p = 0.0001$), la schizofrenia ($p = 0.001$) e l'introversione sociale ($p = 0.0001$). Le conclusioni raggiunte avvalorano così la tesi per cui i *binge eater* esibiscono quote preponderanti di psicopatologia rispetto a chi non soffre di questo disturbo. Gladis, Wadden, Foster, Vogdt e Wingate (1998) sostennero ulteriormente questa assunzione osservando che i soggetti con *binge eating* più grave ostentavano livelli significativamente maggiori di depressione ($p < 0.0001$), paranoia ($p < 0.005$), psicoastenia ($p < 0.0001$), schizofrenia ($p < 0.005$) e introversione sociale ($p < 0.0001$). Anche l'indagine di Mussell (1996) su 185 donne (età media = 39.9 anni valore medio del BMI = 36.1) segnalò differenze significative tra gruppi BED e non BED nella prevalenza dei disordini legati alla sfera affettiva, dei disturbi da abuso o dipendenza da sostanze e dei disturbi sull'Asse I, con i *binger* che riportavano la più ampia proporzione di partecipanti che soddisfacevano i criteri per ciascuna di queste categorie. Circa il 70% dei casi con BED aveva ricevuto una diagnosi per qualche disturbo sull'Asse I, confrontato con il 29.2% dei casi non BED. In particolare i disturbi più frequenti erano: depressione maggiore (46.3% vs. 18.8%), distimia (8.8% vs. 0%), abuso di alcol (15.0% vs. 2.1%) e droghe (12.5% vs. 2.1%), disturbo di panico (2.5% vs. 0%), fobia sociale (2.5% vs. 0%), disturbo di ansia generalizzata e disturbo post-traumatico da stress (entrambi 1.3% vs. 0%). Non furono riscontrate differenze significative relativamente a comportamenti di auto-aggressività; tuttavia una percentuale non piccola di casi di BED (12.7%) esternava una storia di tentativi di suicidio e di furto (30.4%).

Uno studio recente (Jirik-Babb, Geliebter, 2003) ha confrontato i livelli di ansia, depressione ed autostima in un gruppo di 43 donne (età media 43.5 anni) afferenti ad un programma di riduzione del peso, 21 con BED (valore medio del BMI = 30.95) e 22 senza BED (valore medio del BMI = 34.64).

Nella fase iniziale del programma, i *binge eater* esibivano livelli significativamente elevati di depressione ($p < 0.002$) e ridotti di autostima ($p < 0.001$) rispetto ai non *binger*. Per il sottogruppo che aveva partecipato allo studio per le 8 settimane, queste differenze continuavano a persistere, nonostante la perdita di peso.

I risultati di questo studio sono coerenti con le conclusioni secondo le quali gli obesi con BED presentano più sintomi depressivi e disturbi legati alla sfera affettiva (Goldsmith *et al.*, 1992, Yanovski *et al.*, 1993) e con l'ipotesi che associa il grado di sintomatologia psichiatrica alla gravità degli episodi di *binge eating* (Telch *et al.*, 1994). Se nei soggetti normopeso la depressione si accompagna ad una riduzione dello status ponderale, nei soggetti obesi o in sovrappeso, essa non va scissa da un calo dell'attività e da un cospicuo incremento ponderale. La depressione, allora, potrebbe giocare un ruolo non irrilevante nella patogenesi della mancanza di controllo sulla propria condotta: durante gli episodi depressivi, infatti, all'incremento nella consumazione dei cibi corrisponde un rialzo del peso corporeo.

Tuttavia, è anche possibile che sia l'obesità sia la tendenza a perdere il controllo sul cibo favoriscano o acutizzino la sintomatologia depressiva.

Il fatto che queste persone risentano fortemente della pressione sociale ad essere magri, può concorrere alla deflessione dell'umore, soprattutto

se a questo aggiungiamo anche l'incapacità di gestire la propria alimentazione e i continui fallimenti dei regimi dietetici che tendono a far crollare l'autostima e ad originare un quadro clinico depressivo (Mannucci, Ricca, Rotella, 2001).

Stunkard e Allison (2003a, 2003b) hanno avanzato l'ipotesi secondo cui il *binge eating* potrebbe agire come un marker della psicopatologia in soggetti obesi e, quindi, come un aspetto associato che emerge quando due disordini primari coesistono. Sulla base dell'assunzione che i soggetti con *binge eating* hanno aspettative personali molto elevate, solitamente legate all'aspetto fisico e al peso, un ragguardevole desiderio di fare buona impressione sugli altri e credenze che gli altri ricambino i loro comportamenti con attenzioni critiche, Paxton e Diggins (1997) esplorarono il legame tra *binge eating*, meccanismi di evitamento e depressione.

Secondo gli autori la combinazione di tutte queste caratteristiche porterebbe a formulare giudizi distorti su se stessi e alla comparsa di emozioni negative. Così, in circostanze sfavorevoli, le persone sarebbero motivate a ridurre i livelli di auto-consapevolezza, attraverso un restringimento cognitivo, per sfuggire alle esperienze negative. Il campione costituito da 149 studentesse fu suddiviso in tre gruppi: *binge eater*, *dieter* e controlli. I risultati non suffragarono l'ipotesi di partenza mostrando che i gruppi non differivano per quanto riguarda i meccanismi di evitamento, e che questi erano correlati positivamente al *binge eating* e alla depressione. Era anche vero che, senza la coesistenza della depressione, le strategie di evitamento non erano associate alle abbuffate.

4.3 Conseguenze sulla percezione di sé

L'obesità oltre a conseguenze di salute fisica, provoca anche conseguenze di tipo psichico, sociale ed economico. Per quanto riguarda le **conseguenze psicosociali** nella cultura occidentale è ben conosciuta l'emarginazione di bambini ed adolescenti obesi. I bambini grassottelli possono sentirsi a disagio, fino ad arrivare ad un vero rifiuto del proprio aspetto fisico. La discriminazione del bambino obeso da parte dei loro coetanei assume così caratteristiche negative (pigro, stupido, brutto, sporco, disordinato, bugiardo) ed il conseguente rifiuto e la mancanza d'amici durante l'infanzia si risolve nella perdita di autostima e un elevato senso di insicurezza. Questa condizione potrà giungere a causare problemi psicologici in età adulta. La situazione di obesità può stravolgere completamente la vita di un individuo, isolandolo dagli altri e rendendolo più difficile qualunque tipo di relazione sociale. Si inizia con la chiusura in sé stessi, si esce meno di casa, si passa più tempo davanti alla televisione e si ricorre al cibo come consolazione perpetuando in un circolo vizioso di iperalimentazione reattiva percepito senza via d'uscita (Fjeldstad *et al.*, 2008).

Il concetto di sé negativo si manifesta frequentemente nelle rappresentazioni della figura del corpo e quanto più l'obesità è precoce tanto più la figura risulta modificata.

La rappresentazione di un corpo filiforme appare spesso come desiderio di un corpo diverso (Williamson *et al.*, 2000).

L'insoddisfazione e l'angoscia per la propria immagine corporea sono strettamente legate alla psicopatologia e vengono considerate come l'aspetto psicologico centrale nei disturbi alimentari, ma non esiste

ancora una definizione uniforme per quanto riguarda l'obesità (Devlin *et al.*, 2003).

Inoltre il costrutto dell'immagine corporea è stato proposto anche come potenziale fattore di mediazione della relazione tra obesità e *distress* psicologico (Friedman, Reichmann, Costanzo, Musante, 2002).

L'immagine corporea può essere influenzata semplicemente dall'essere in sovrappeso dallo stigma sociale; tuttavia, il confronto tra soggetti obesi con e senza BED ha rivelato maggiore ansia per il peso e l'aspetto fisico per i primi, il che farebbe pensare che è il *binge eating*, piuttosto che l'obesità in sé, ad essere associata al disagio per la propria immagine (Adami *et al.*, 1998).

Con immagine corporea si intende il modo in cui il soggetto sperimenta e considera il proprio corpo (Molinari, 2001). Esso rappresenta un modello di tipo cognitivo-emozionale visto che vi convogliano tutti gli elementi legati al corpo, siano essi di natura cognitiva o strettamente appartenenti al mondo interno e alle relazioni interpersonali. Si origina dall'insieme di tutte le sensazioni ricevute dalla persona e dalla complessa interazione tra esperienze propriocettive ed emozioni e credenze generate dall'ambiente esterno.

Nell'immagine corporea, il corpo diventa contemporaneamente oggetto di rappresentazione e oggetto che rappresenta. È durante il primo anno di vita che il proprio corpo viene scoperto e differenziato dall'ambiente esterno e, successivamente, dopo aver appreso il proprio ruolo all'interno della famiglia, il bambino confronta le proprie sembianze con la morfologia somatica dei genitori. Nell'adolescenza questo paragone viene eseguito con i pari e con i modelli socialmente imposti e accettati.

Più tardi, quando la persona ridefinisce i propri ruoli e i propri bisogni e diventa pronta ad investire nel mondo sociale, anche l'immagine di se stessi si modella, attraverso l'integrazione delle nuove esperienze con quelle passate (Adami *et al.*, 1998).

Un fattore estremamente rilevante è l'influenza delle variabili culturali sulla rappresentazione di sé: a seconda delle popolazioni considerate, dei loro stili di vita, dei modelli proposti e socialmente condivisi, cambia la valutazione di se stessi e della propria immagine, reale e ideale.

Come nei pazienti con alimentazione disordinata, anche i soggetti obesi sono profondamente insoddisfatti della loro immagine corporea, ma a differenza di quelli, il loro aspetto causa delle vere limitazioni fisiche, peggiorando notevolmente la qualità della loro vita. Spesso accade che la riduzione e la normalizzazione del peso corporeo si accompagni anche ad una visione più positiva del proprio aspetto. Tuttavia, quando l'obesità insorge molto precocemente, tale miglioramento può non osservarsi. I bambini obesi sono spesso oggetto di intensi pregiudizi e di discriminazioni, essendo considerati pigri, sporchi, e stupidi ed è possibile che interiorizzino questi elementi in modo così profondo da diventare parte integrante della personalità e da non essere eliminati neppure con la stabilizzazione del peso (Adami *et al.*, 1997). Per verificare questa ipotesi, Adami, Bauer, Gandolfo e Scopinaro (1997) eseguirono uno studio longitudinale su 20 pazienti gravemente obesi (età media = 38.4 anni; valore medio del BMI = 50.0) in attesa di chirurgia bariatrica. Rispetto ai controlli normali (appaiati per età, genere e livello d'istruzione), il campione di studio presentava un desiderio maggiore di essere magri, livelli molto più elevati di insoddisfazione corporea,

consapevolezza enterocettiva, disinibizione comportamentale sul cibo e fame. In aggiunta, si sentivano meno piacevoli, avvertivano una maggiore sensazione di grassezza, inefficacia e paura di diventare grandi.

Dopo il secondo anno dall'intervento, i livelli di fame e disinibizione e gli atteggiamenti legati al cibo, mostrarono un considerevole miglioramento, con una riduzione anche della tendenza a perdere il controllo sulla quantità di cibo assunta. La leggera ma significativa diminuzione dei livelli di sfiducia negli altri, rivelava una migliona delle condizioni psicologiche e della reattività emozionale. Tuttavia l'immagine corporea non aveva subito alcuna normalizzazione: fu ancora osservato un cospicuo grado di disagio, insoddisfazione e preoccupazione per il proprio corpo, simile a quello trovato prima dell'intervento.

I risultati vengono interpretati alla luce dell'evidenza che i soggetti obesi di questo studio erano stati in sovrappeso sin dall'infanzia, per cui avrebbero formato una rappresentazione mentale di sé di quando si vergognavano per il loro aspetto, quando venivano derisi dai loro coetanei e persuasi dai genitori a mangiare meno. Di conseguenza, nonostante la reale perdita di peso, essi continuavano a percepirsi come fossero ancora obesi, ridicoli e socialmente inaccettabili, avendo introiettato un'immagine fortemente negativa di se stessi. Soggetti che sono diventati obesi durante l'età adulta, possono essere profondamente insoddisfatti della loro forma attuale, ma recuperando un peso normale, recuperano allo stesso tempo, l'idea mentale di sé come persone magre, costituitasi prima di essere in sovrappeso.

In un'indagine successiva Adami e colleghi (1998) valutarono l'influenza del peso sull'immagine corporea in 110 soggetti gravemente

obesi e 131 soggetti che erano stati obesi prima di un intervento chirurgico. Entrambi i gruppi furono suddivisi sulla base dell'età d'esordio dell'obesità e furono confrontati con 47 persone mai state in sovrappeso.

I risultati confermarono che la stabilizzazione del peso a livelli normali migliora l'immagine corporea dei pazienti, tuttavia, l'effetto della perdita di peso sembra essere diverso a seconda del periodo in cui l'obesità compare, se nell'infanzia e adolescenza o nell'età adulta. Nei soggetti sottoposti all'intervento chirurgico e con esordio tardivo dell'obesità, il livello d'insoddisfazione corporea era simile a quello osservato nei controlli normopeso, mentre quelli operati che mostravano un esordio precoce dell'obesità rivelavano un'insoddisfazione per il proprio aspetto e una sensazione di grassezza maggiore rispetto ai controlli, nonostante il peso corporeo simile, e inferiore rispetto alla loro controparte nel gruppo di soggetti ancora obesi.

Quando l'obesità si presenta in età adulta, l'insoddisfazione per la propria immagine potrebbe essere imputabile principalmente allo stigma sociale e alla vergogna per la propria condizione, evidenza questa, che non risulta applicabile ai soggetti in cui l'obesità si sviluppa nell'età infantile o adolescenziale i quali dimostrano scarsa fiducia nella stabilità del loro peso dovuta all'interiorizzazione del criticismo esterno. Tutti i soggetti operati dello studio, indipendentemente dall'età di comparsa del sovrappeso, si percepivano molto più piacevoli dell'altro gruppo di obesi e forti e fisicamente efficienti tanto quanto le persone magre. La piacevolezza riguarda gli atteggiamenti delle altre persone verso l'aspetto del soggetto e potrebbe essere indipendente dall'intima opinione di sé,

così come il giudizio di sé potrebbe esserlo dalla sensazione di efficacia fisica. Cena, Toselli e Tedeschi (2003) hanno recentemente sostenuto la considerazione di una stretta relazione tra alimentazione disturbata e disagio per la propria condizione fisica; questa, inoltre, sembra mediare il rapporto tra obesità e *distress* psicologico. Il campione selezionato era costituito da 99 donne obese o in sovrappeso (età media = 34.3; valore medio del BMI = 31.3) afferenti ad un programma per la riduzione del peso. Fu osservato che se l'ansia e il disagio per la propria immagine corporea risultavano sconnessi dall'età, dal grado di obesità e dalla distribuzione e percentuale di massa grassa, il grado di tale disagio si associava marcatamente a comportamenti alimentari disturbati, in particolare il *binge eating disorder*.

Gli obesi *binge-eater* sembrano rivelare una più grande diversità e insoddisfazione rispetto ai non *binge eater*, scontentezza che potrebbe parzialmente essere mediata dal *distress* psicologico. A sostenere l'idea dell'immagine corporea come potenziale mediatore del *distress* psicologico è l'indagine di K. E. Friedman e colleghi (2002) su un campione di 80 donne (età media = 47.8 anni; valore medio del BMI = 38.4) e 30 uomini (età media = 49.0; valore medio del BMI = 44.8 anni), per la maggior parte bianchi e richiedenti un trattamento per la perdita di peso. Moderata ma significativa si rivelò la relazione dell'immagine corporea sia con la depressione sia con l'autostima, sia ancora con il grado di obesità: coloro che giudicavano negativamente il loro aspetto, non solo erano più in sovrappeso, ma mostravano anche livelli superiori di depressione e inferiori di autostima. A sua volta il grado di obesità era correlato al grado di angoscia, il che accredita anche la posizione secondo

cui nelle popolazioni in cerca di trattamento il *distress* è maggiore rispetto alla popolazione generale.

Infine, ma non meno importante, l'evidenza che l'insoddisfazione per la propria immagine corporea, non solo era direttamente legata a stati d'animo negativi ma mediava parzialmente anche la relazione tra grado di obesità e *distress* psicologico, spiegando una parte della correlazione tra BMI e depressione e autostima.

L'osservazione, dunque, di un nesso tra immagine corporea e funzionamento psicologico, porta gli autori a sostenere che, laddove venga scrutata una distorsione nella rappresentazione di sé, questa dovrebbe divenire uno degli obiettivi dell'intervento. In questo modo, nel momento in cui si verificano degli incrementi ponderali, i soggetti sono meglio equipaggiati ad affrontare le frustrazioni e le angosce legate al proprio aspetto.

Sorbara e Geliebter (2002) hanno proposto una definizione di immagine corporea come costituita da tre aspetti: distorsione, discrepanza e insoddisfazione. La distorsione rappresenta la differenza tra la valutazione del *counselor* e quella del soggetto relativa alla dimensione corporea del soggetto stesso; la discrepanza riguarda il gap esistente, nella valutazione del soggetto, tra la sua dimensione corporea reale e quella ideale; infine, l'insoddisfazione viene considerata come l'amarezza e lo scontento per il proprio aspetto corporeo ed è stimata su una scala da 0 (estremamente insoddisfatto) a 9 (estremamente soddisfatto).

Per cercare di comprendere il rapporto di questi tre aspetti in relazione alla razza, al genere, al *binge eating* e all'età d'insorgenza dell'obesità,

gli autori eseguirono un'indagine su 93 soggetti obesi maschi e femmine (età media = 42 anni; valore medio del BMI = 36.8), partecipanti ad un programma di riduzione del peso corporeo.

Le valutazioni del *counselor* correlavano più con i valori del BMI che con le valutazioni del soggetto per il proprio aspetto, sfociando così in una maggiore accuratezza.

Per quanto riguarda la razza, i Caucasici sovrastimavano la dimensione del loro corpo in misura superiore rispetto agli Afro-Americani ($p = 0.03$) ed erano più frustrati per la loro condizione fisica ($p = 0.001$); questo dato potrebbe essere imputabile alla più grande pressione sociale subita da questi soggetti e si rifletterebbe, dunque, nei livelli maggiori di distorsione e insoddisfazione. Dopo la perdita di peso queste differenze venivano meno.

Gli uomini si mostravano meno accurati nella valutazione del loro corpo sovrastimandone le dimensioni rispetto alle donne ($p = 0.02$) e sottostimandole rispetto al *counselor* ($p = 0.005$).

Uomini e donne non si distinguevano per il grado di insoddisfazione e dopo la perdita di peso anche la disparità nella distorsione scompariva. Sebbene i *binge eater* non divergessero nel livello totale di disturbo dai *non binger*, esibivano, tuttavia, un grado maggiore di discrepanza ($p = 0.003$) e insoddisfazione ($p = 0.003$). Tale discordanza veniva in parte spiegata dai valori del BMI più elevati nei soggetti con BED.

Dopo la perdita di peso neanche queste differenze furono più trovate, forse a causa della riduzione della frequenza delle abbuffate. Infine, relativamente all'età d'insorgenza dell'obesità, fu riscontrato che per le persone che avevano sviluppato l'obesità precocemente, nell'infanzia o

nell'adolescenza, i valori inerenti la discrepanza erano significativamente più elevati sia prima ($p = 0.02$) che dopo ($p = 0.002$) la perdita di peso, se comparati con quelli delle persone con esordio di obesità nell'età adulta. Era anche più probabile che essi intraprendessero comportamenti di *binge eating* ($p = 0.03$).

Dopo la perdita di peso, anche l'insoddisfazione risultava maggiore ($p = 0.005$). Uno degli scopi dello studio era di esaminare l'interrelazione tra le tre componenti del disturbo: questo era correlato in misura maggiore alla distorsione, poi alla discrepanza e in ultimo all'insoddisfazione.

La bassa correlazione con l'insoddisfazione evidenzia che essa non è sinonimo di disturbo. Distorsione e insoddisfazione si associavano entrambe alla discrepanza ma non erano invece associate l'una all'altra. La delusione e il malcontento per il proprio aspetto potrebbero così scaturire più dalla discrepanza tra immagine ideale e reale di sé piuttosto che dalla distorsione dell'immagine corporea.

Allo scopo di testare l'influenza della forma e del peso corporeo sull'immagine di sé e la relazione di questa con l'autostima e la sintomatologia depressiva in soggetti con BED, Masheb e Grilo (2003) reclutarono un campione clinico di 97 pazienti con *binge eating disorder* (età media = 44.2; valore medio del BMI = 36.2) che fu esaminato all'inizio della loro partecipazione allo studio e dopo 4 settimane. Durante questo intervallo temporale, fu osservata una riduzione della sintomatologia depressiva, dell'insoddisfazione corporea e delle preoccupazioni per il peso e l'aspetto, come pure un incremento dell'autostima e della fiducia in se stessi.

I cambiamenti nel grado di insoddisfazione corporea e di interesse per il peso correlavano significativamente con il cambiamento sia nella sintomatologia depressiva sia nell'autostima. Il mutamento dell'opinione di sé era associato invece solo al mutamento dell'autostima.

Lo stesso poteva dirsi per le variazioni nel livello di preoccupazione per il proprio aspetto.

In generale, queste conclusioni suggeriscono che l'opinione di se stessi eccessivamente influenzata dalla forma corporea tende ad essere legata alle fluttuazioni dell'autostima piuttosto che a quelle della sintomatologia depressiva e che essa rappresenta un indicatore più utile per il BED che non l'insoddisfazione.

Di contro, è più probabile che l'insoddisfazione e l'opinione di sé basata sul peso corporeo oscillino con la sintomatologia depressiva. Schwartz e collaboratori (1999) sostennero che l'idea che una persona sviluppa su se stessa, sul proprio corpo e sul proprio aspetto, risente particolarmente dei feedback provenienti dall'ambiente familiare.

In modo più specifico, i commenti negativi da parte dei genitori inerenti la dimensione e la condizione corporea dei figli, possono contribuire ad originare un'immagine di sé deteriorata e, dunque, all'insoddisfazione per essa. Questo risultava rilevante più per le donne che per gli uomini (Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn, Thompson, 1999).

Anche J. Ogden e Elder (1998) trovarono un effetto principale significativo della condizione familiare sulla valutazione dei soggetti riguardo il loro aspetto reale e ideale.

Reclutando un campione di 50 donne asiatiche e 50 donne bianche, osservarono che le madri in entrambi i gruppi percepivano le loro forme

corporee come più abbondanti. Le figlie bianche risultarono le più insoddisfatte per il loro corpo e le più attente alle calorie contenute nei cibi, seguite, poi, dalle madri asiatiche.

Questi risultati vengono interpretati alla luce della natura mutevole delle immagini proposte dalla cultura d'appartenenza: l'insoddisfazione delle figlie bianche viene spiegata in termini di maggiore esposizione ai modelli mediatici magri e di scarsa identificazione delle madri bianche con questi modelli.

Per identificare i fattori psicologici e comportamentali associati al *binge eating*, Womble e colleghi (2001) notarono, che nei partecipanti reclutati (N = 808), la presenza di stati d'animo negativi correlava con la restrizione del regime alimentare e con il *binge eating* nelle donne, e solo con il *binge eating* negli uomini. Inoltre, nelle donne, era presente un legame sia tra l'insoddisfazione per il proprio corpo e restrizione alimentare sia tra insoddisfazione e stati d'animo negativi, suggerendo che la relazione tra insoddisfazione corporea e *binge eating* sembra essere molto più diretta nei maschi piuttosto che nelle femmine (Womble, Williamson, Martin, Zucker, Thaw, Netemeyer, Lovejoy, Greenway, 2001).

Infine nello studio di Sansone, Wiederman e Monteith (2001), ci si avvide di una correlazione modesta ma significativa tra disturbi di personalità, BMI e immagine corporea: più alti erano i livelli di patologia della personalità maggiore la probabilità che i soggetti fossero più pesanti e insoddisfatti del loro aspetto, più frequente ancora la possibilità che si giudicassero poco attraenti ed evitassero i luoghi di socializzazione a causa del loro aspetto.

Tuttavia, l'associazione tra immagine corporea e disturbi di personalità rimaneva significativa indipendentemente dal BMI, denotando così, che nei soggetti con problemi legati alla personalità, l'immagine corporea può essere deteriorata a prescindere dalla loro condizione ponderale.

Fitzgibbon e colleghi (2003), confrontando 5 gruppi di soggetti con diversi disturbi alimentari (obesi senza BED, con BED, con BED sottosoglia, bulimici e bulimici sottosoglia), puntualizzarono che essi divergevano in relazione ai sintomi psichiatrici confermando la prospettiva della continuità della patologia alimentare.

Fu osservato, infatti, che il desiderio di magrezza, l'insoddisfazione per la propria immagine reale, le preoccupazioni per il peso e la forma come pure l'abuso di alcol, aumentavano linearmente da obesi *non binger*, a soggetti con sindrome parziale di BED, a quelli con sindrome completa di BED fino a peggiorare ulteriormente negli individui con bulimia parziale e in quelli che soddisfacevano pienamente i criteri per la bulimia. I gruppi si distinguevano, dunque, quantitativamente piuttosto che qualitativamente.

Nel *management* dei disturbi alimentari diventa importante, allora, non trascurare la presenza di giudizi troppo severi che il soggetto istituisce sull'apparenza, la forma e il proprio peso e neppure la qualità delle aspettative legate alla perdita di peso, al fine di integrare interventi che permettano di accrescere l'accettazione di sé e ridurre il disagio per il proprio aspetto in un piano multidisciplinare più ampio per l'incentivazione del benessere fisico e psicologico.

CAPITOLO 5. L'OBESITA' INFANTILE: ASPETTI SOCIALI

5. 1 Prevenzione

In questo senso le varie ricerche (Speiser, 2005) suggeriscono come i programmi di prevenzione dovrebbero mirare a fornire conoscenze e strumenti utili per incoraggiare modelli di preferenze e scelte alimentari più vicine a diete salutari in tutta la famiglia e a promuovere la capacità dei bambini all'autogestione dell'alimentazione per quanto di loro competenza.

La riduzione della sedentarietà e il **potenziamento dell'attività fisica** sono elementi integranti della prevenzione e del trattamento dell'obesità. Tutti i protocolli di trattamento devono per tali motivi prevedere attività fisica praticata con regolarità. L'esercizio fisico di per sé è potenzialmente in grado di indurre calo ponderale in quanto comporta un aumento del costo energetico sia durante la pratica dell'esercizio sia nel periodo immediatamente successivo (debito di ossigeno). E' quindi necessario affrontare tale aspetto con l'obiettivo principale di spingere il paziente e la sua famiglia a ridurre le occasioni di sedentarietà e possibilmente a dedicare da 45 a 60 minuti al giorno, anche non continuativi, ad un'attività aerobica di media intensità che induce la maggior utilizzazione di lipidi (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

Non si dovrebbero proporre direttamente le attività fisiche e sportive ma cercare di sapere dal bambino ciò che gli piace o ciò che gli potrebbe interessare. L'esercizio più semplice ed economico, e certamente non meno efficace, è il cammino. Un'ora di cammino ad una velocità moderata (4 km/ora) in piano comporta un dispendio energetico quasi tre

volte superiore a quello ottenibile passando lo stesso tempo guardando la tv e basterebbe per dimezzare il rischio dei problemi inerenti all'inattività (malattie cardiache, diabete di tipo 2, obesità, ma anche stress e depressione). Altri esercizi di tipo aerobico, soprattutto bicicletta e nuoto, sono particolarmente consigliati, in special modo se la massa ponderale è elevata. Gli esperti dell'Associazione Americana del Cuore (*American Heart Association*) hanno addirittura calcolato che ogni ora di attività fisica, come camminare a passo veloce, può regalare due ore di vita (Bosello, Cuzzolaro, 2006).

5.2. Iniziative in corso

Per studiare alcuni possibili correttivi a questa situazione e promuovere la pratica di una salutare attività fisica, è stato messo in piedi di recente un network europeo (*HEPA Europe*) supportato dall'Oms. Perché la questione del movimento fisico è troppo importante e delicata per essere affidata solo alla buona volontà dei singoli. Per muoversi servono anche le giuste infrastrutture, parchi, aree giochi per bambini, piste ciclabili; anche, più banalmente, attraversamenti pedonali sicuri per accompagnare a piedi i bambini a scuola senza rischiare di essere falciati.

Il Movimento Difesa del Cittadino sta promuovendo un progetto europeo per la prevenzione dell'obesità in età prescolare (*PERISCOPE, Pilot European Regional Interventions for Smart Childhood Obesity Prevention in Early Age*). Il progetto, al quale partecipano anche Danimarca e Polonia, prevede tra l'altro anche dei laboratori del gusto che, di fatto, tenteranno di «deprogrammare» i bambini dal linguaggio degli spot pubblicitari, per consentirgli di riscoprire il sapore degli

alimenti attraverso i sensi e di descrivere con le loro parole riscoperte quali il profumo di una banana o la croccante fragranza di un morso di mela.

Negli Usa, dove manca una strategia nazionale di prevenzione dell'obesità, non mancano tuttavia idee e buoni esempi. I nutrizionisti della Tuft University, per esempio, a Somerville hanno fatto raddoppiare la quantità di frutta servita a scuola, tracciare strisce pedonali in tutta la cittadina per spingere la gente a camminare e promuovere programmi di attività fisica nel dopo-scuola. Nell'Arkansas sono state invece eliminati i distributori di merendine dalle scuole, è stata aggiunta mezz'ora di attività fisica al giorno negli istituti e ai genitori vengono inviate speciali pagelle dell'obesità per allertarli sui rischi per la salute dei bimbi grassi.

Ma una vita all'insegna della salute va costruita su solide fondamenta, a cominciare appunto dall'infanzia. Con lo scopo dichiarato di muovere guerra al grasso nei giovani e di bloccare entro il 2010 l'epidemia di obesità infantile, l'*American Heart Association* e la *Clinton Foundation* hanno creato l'alleanza *Healthier Generation*, letteralmente, «per una generazione più sana».

I campi di battaglia per vincere questa sfida sono stati individuati nelle scuole – alle quali è dedicato il programma *Healthy Schools* – e nell'industria alimentare e della ristorazione. Nel primo caso, gli sforzi sono tesi ad aumentare le occasioni di attività fisica e di gioco a scuola, a dotare le scuole di macchine distributrici di snack e bibite sane, a fornire agli insegnanti risorse e materiali per diventare modelli di vita sana. Nel caso delle industrie, il programma è piuttosto ambizioso e prevede di

stimolare ristoranti e produttori a preparare in modo più salutare i cibi e le bevande destinati ai giovani. Intanto, nel 2006 l'Alliance for a *Healthier Generation* ha stilato un accordo in questa direzione con una serie di produttori di bevande: *l'American Beverage Association*, *la Cadbury Schweppes Americas Beverages*, la Coca-Cola Company e la PepsiCo Inc. Grazie a questo accordo, si è stabilito che 35 milioni di bambini americani troveranno a scuola solo bevande a ridotto contenuto di calorie.

«Dobbiamo portare i bambini a fare scelte giuste per la loro salute – riflette Robert Eckel, ex presidente dell'*American Heart Association* – convincendoli che questo li porterà a correre più veloci, a saltare più in alto e anche ad essere più brillanti. Non ha senso cercare di persuaderli dicendo che un gruppo di adulti ha stabilito che questo sia giusto per loro».

Sulla scia di questa convinzione, a parlare di salute ai bambini è stato chiamato Nickelodeon, un cartone animato molto seguito da questa fascia d'età, con il quale è stata realizzata una campagna salutista a base di show televisivi, giochi sul Web e altro. Sul sito dell'Alliance, invece, i bambini trovano una serie di figurine che possono essere stampate come adesivi da appiccicare qua e là in giro per la loro stanza o su una specie di diario per sottolineare quanto fanno di buono per la loro salute giorno per giorno: per esempio, oggi ho mangiato verdure, ho giocato a skateboard. Tante piccole idee per crescere forti e sani.

Se la prevenzione fallisce, è opportuno indirizzare ogni bambino di età superiore a 3 anni in sovrappeso ad un trattamento dietetico personalizzato che necessariamente dovrà tenere conto dell'età, del

sovrappeso e delle condizioni cliniche e psicologiche. La precocità del trattamento incrementa le possibilità di successo perché con il crescere dell'età aumentano sia il rischio che l'obesità persista in età adulta, sia la difficoltà di ottenere equilibrate modificazioni delle abitudini nutrizionali, specie in un adolescente. Con l'età, infatti, aumenta la neofobia che contribuisce a rendere più difficile la disponibilità dei giovani a nuovi sapori e alimenti.

Un intervento precoce, inoltre, si pone come obiettivo la prevenzione delle complicanze. E' opportuno coinvolgere non solamente il paziente ma l'intera famiglia e tutti quelli che si prendono cura del bambino, allo scopo di promuovere cambiamenti ambientali essenziali per un successo che duri nel tempo.

Se i bambini o ragazzi non sono pronti per modificazioni nutrizionali o di stile di vita, potrebbe essere opportuno rimandare il trattamento o inviare l'intera famiglia ad un colloquio motivazionale e/o supporto psicologico.

I genitori devono essere informati che l'obiettivo principale della terapia dell'obesità in età evolutiva è quello di ottenere cambiamenti comportamentali permanenti, non rapidi cali ponderali mediante diete di breve durata.

Uno dei principi della prevenzione e del trattamento del bambino affetto da obesità moderata e quindi della maggior parte dei casi di obesità è fondata sull'educazione e soprattutto sulla scelta qualitativa degli alimenti.

Anche nel nostro Paese sono state promosse iniziative a scopo preventivo. È stata istituita una Commissione ministeriale per la nutrizione allo scopo di implementare programmi di educazione alimentare.

Per diffondere e sviluppare una "cultura della corretta alimentazione", il Ministero della salute si avvia a realizzare una serie di campagne di comunicazione istituzionale indirizzate all'intera popolazione ma focalizzando l'attenzione soprattutto sui bambini.

In accordo con il Ministero dell'istruzione, dell'università e ricerca sono previsti momenti formativi e informativi all'interno delle scuole medie anche attraverso la distribuzione di libretti contenenti le informazioni di base per una buona salute.

Nel caso specifico dei progetti comunicativi dove l'attenzione è rivolta all'obesità infantile, si tratta di intervenire su più livelli in quanto, non basta educare i ragazzi alla corretta alimentazione, ma è necessario contare sulla collaborazione della scuola a fornire indicazioni e strategie di comportamento e sulla disponibilità della famiglia a variare abitudini alimentari e stile di vita.

Per questo motivo, i messaggi delle campagne di informazione sono indirizzati verso due destinatari: da una parte le mamme con bambini 0-14 anni, perché tendono a trasmettere ai figli il loro personale rapporto con il cibo e, in qualità di responsabile acquisti, a condizionare le scelte alimentari della famiglia; dall'altra parte i bambini stessi e gli adolescenti, perché, influenzati dalla pubblicità e dominati dalle suggestioni del gruppo dei coetanei, tendono a seguire un'alimentazione disordinata.

Se il piccolo tende ad aumentare di peso, occorre intervenire subito, senza aspettare che ingrassi troppo. Non esistono regole rigide, né ricette infallibili, basta adottare semplici accorgimenti comportamentali; soprattutto, una volta sensibilizzati al problema, i genitori non devono mai abbassare la guardia.

Sul piano pratico si dovrebbe: abituare il bambino a cinque pasti regolari che consistono in una colazione non abbondante ma sostanziosa, un pranzo e una cena, intervallati da uno spuntino a metà mattina e una merenda il pomeriggio. Questo gli eviterà i "buchi" tra un pasto e l'altro e lo abituerà a non mangiare fuori orario.

Non premiare il bambino con troppi spuntini, specialmente se ricchi di zuccheri o comunque ipercalorici come merendine, gelati, bevande gassate, succhi di frutta.

Non insistere quando il bambino è sazio o non ha molta fame; il piccolo potrebbe mangiare solo per far piacere alla mamma o per non essere sgridato; c'è il rischio di ingenerare in lui un rapporto distorto con il cibo.

Limitare l'introito proteico, alternando il consumo di carne, uova e formaggi, alimenti che non vanno mai somministrati insieme; preferire le proteine del pesce.

Abituare il bambino ai giochi all'aperto e all'attività fisica; è importante, per un corretto sviluppo; in movimento brucerà molte calorie. Rispettare i ritmi sonno/veglia onde evitare l'instaurarsi di abitudini scorrette (sindrome dell'alimentazione notturna).

5.3. Conseguenze economiche

Le **conseguenze economiche** includono costi diretti e indiretti. I costi diretti che l'obesità provoca al sistema sanitario sono i dispendi delle risorse per il trattamento dell'obesità e delle sue conseguenze, mentre i costi indiretti sono intesi come la riduzione dell'attività economica da parte degli obesi a causa della loro condizione. Nel caso di bambini e adolescenti non si parla di lavoro ma possiamo parlare di morte prematura, diminuita produttività, pensione per i disabili, assenteismo scolastico, tempo che i genitori impiegano per curare i bambini obesi. Alla fine i costi intangibili dell'obesità sono quelli sociali e personali difficili da stimare in quanto riguardano le conseguenze psicologiche dell'obesità sul rendimento scolastico, sull'autostima, sulla prospettive di lavoro ed infine sulla qualità stessa di vita delle persone.

CAPITOLO 6: TRATTAMENTO DIETETICO

Quando i chili di troppo sono già evidenti occorre adottare ulteriori misure.

6.1 La figura del dietologo

Il pediatra e il dietologo sono le figure più indicate a predisporre un intervento mirato, ma sono i genitori ad avere il ruolo più importante. La consapevolezza del danno che l'obesità può arrecare alla salute del proprio figlio deve, infatti, far riflettere i genitori e portarli ad sradicare comportamenti alimentari e abitudini scorrette consolidate nel tempo. Può essere un compito arduo, ma non impossibile. Occorre puntare sul coinvolgimento e non sui divieti, cercando di non colpevolizzare il piccolo se qualche volta cede alle tentazioni e non fare del peso un'ossessione.

Possono essere utili a riguardo alcuni semplici consigli:

- svuotare cucina e frigorifero dai cibi tentatori (patatine, merendine, cioccolata, succhi di frutta) e sostituirli con gli alimenti giusti (acqua, tè, frutta, fette biscottate, yogurt).
- Fare del pasto un momento di pausa per stare insieme e parlare (quando si guarda la televisione non ci si accorge di quanto e di cosa si mangia).
- Evitare che il bambino mangi troppo in fretta; così facendo, non si sazia mai e dopo una merendina ne chiede subito un'altra.

- Preferire i cibi fatti in casa ai prodotti confezionati; si calcolano meglio i condimenti e si scelgono le materie prime da utilizzare.
- Eliminare i piatti più elaborati sostituendoli con altri cucinati in modo semplice, senza troppi condimenti; abituare il piccolo ad assumere quotidianamente una quantità discreta di verdure cotte o crude, più ricche di fibre, che riempiono lo stomaco e rallentano l'assimilazione delle sostanze introdotte.
- Moderare le quantità.
- Non associare il cibo all'idea di qualcosa di "speciale" (...se mangi diventi più forte...), né usarlo come premio.
- Ridurre il tempo dedicato alla televisione/computer a favore di attività più dinamiche.
- Spronare il bambino a camminare e a fare le scale, piuttosto che a farsi trasportare e a prendere l'ascensore.
- Favorire una regolare attività sportiva cercando di assecondare le preferenze del bambino e la sua sensibilità (dalla passeggiata in bici alla partita di calcio, dal nuoto in piscina alla ginnastica in palestra). La "cultura della corretta alimentazione" s'impara da bambini

La terapia dietetica si pone non solo l'obiettivo di ridurre il grado di obesità, ma anche di educare ad una dieta equilibrata e ad una vita attiva. E' indispensabile che chi prescrive un trattamento dietetico tenga conto dei fabbisogni nutrizionali di macro e micronutrienti alle diverse età ed eviti il rischio di malnutrizione o di comparsa di disturbi del comportamento alimentare.

Il trattamento dell'obesità essenziale in età evolutiva deve tendere ad incidere positivamente ed in modo persistente su alimentazione,

comportamento ed attività fisica del bambino e quindi i programmi terapeutici non possono prescindere dal prevedere un intervento a ciascuno dei tre livelli. Per quanto riguarda la terapia dietetica dell'obesità essenziale i suoi scopi sono essenzialmente la riduzione del sovrappeso e raggiungimento di un nuovo equilibrio fra spesa energetica ed apporto calorico (mediante il potenziamento dell'attività fisica e la modificazione persistente di stile di vita ed abitudini nutrizionali), che non significa il raggiungimento del peso ideale; il mantenimento della massa magra, in particolare della massa muscolare che rappresenta il compartimento corporeo metabolicamente attivo, in grado di incidere positivamente sul metabolismo basale e, di conseguenza, sulla spesa energetica totale; la riduzione della massa grassa; il mantenimento di ritmi di accrescimento adeguati; il raggiungimento di un corretto rapporto fra peso e statura, la corretta nutrizione con ripartizione adeguata in nutrienti e scelta di alimenti capaci di indurre elevato senso di sazietà; il mantenimento dell'equilibrio staturico-ponderale raggiunto; la prevenzione delle complicanze dell'obesità.

I dati riportati in letteratura dimostrano inoltre che, per ottenere risultati a lungo termine, è necessario un intervento qualificato, impegnativo e costante.

Il monitoraggio clinico nel tempo è indispensabile per la valutazione dell'adeguatezza dell'approccio terapeutico prescelto. In caso di obesità di grado medio e in assenza di complicanze si consiglia che la riduzione del sovrappeso venga ottenuta mantenendo il peso del bambino invariato per alcuni mesi mediante educazione nutrizionale verso una alimentazione equilibrata.

In caso di obesità severa o in presenza di complicanze può essere opportuno cercare di ottenere un calo di peso mediante l'educazione nutrizionale associata a dieta ipocalorica bilanciata.

6.2 La figura dello psicologo

Un approccio psicologico alle cause di iperalimentazione è di aiuto in molti casi: un approccio, di tipo cognitivo-comportamentale sembra quello con più probabilità di successo. I fattori emotivi sono comunque importanti per tutti, poiché un soggetto in dieta ha bisogno di essere continuamente motivato a proseguire la cura: in questo è fondamentale il ruolo della famiglia oltre che quello del medico.

A partire da questi concetti di base, sono state sviluppate delle strategie terapeutiche che hanno, come punto di partenza l'analisi precisa, fatta insieme dal terapeuta e dal paziente, delle modalità e delle circostanze che caratterizzano il comportamento alimentare e gli altri comportamenti correlati all'obesità. L'analisi del comportamento disturbato consentirà successivamente una modifica dello stesso, andando ad agire sulle situazioni ambientali contingenti che lo determinano e lo rinforzano. La terapia del comportamento è orientata inoltre sugli obiettivi da raggiungere e la loro definizione accurata è un aspetto centrale dell'intervento. In tale prospettiva, il trattamento comportamentale si propone di modificare il comportamento problematico senza concentrare l'attenzione sulle cause e sulle motivazioni che ne sono alla base.

Purtroppo è stato rilevato che con la sola terapia comportamentale la maggior parte dei pazienti recupera il peso corporeo perduto in circa tre anni (Wadden, 1990) e pertanto attualmente l'evoluzione dell'approccio

comportamentista è rappresentata dal modello cognitivo-comportamentale. L'applicazione di tecniche cognitive nel trattamento dell'obesità ha integrato i programmi comportamentali con un'analisi dei pensieri e delle emozioni che si legano all'assunzione del cibo, alla forma e al peso corporeo. L'attenzione in questo modo si sposta dall'ambiente verso il mondo interno del soggetto, pur mantenendo nei confronti dell'obesità un approccio pragmatico mirato alla perdita di peso. Questa verrà ottenuta quando il paziente sarà in grado di fronteggiare i propri pensieri e le proprie emozioni legate all'assunzione del cibo, più gli stimoli provenienti dall'ambiente. Viene dato meno significato quindi al determinismo ambientale del comportamentismo a favore di un tentativo più globale di comprendere i legami esistenti tra cibo, corpo, umore e pensieri (Wilson, 1994).

La psicologia cognitivista, e la sua psicoterapia, sono largamente tributarie dell'opera di Aaron Beck, nell'ambito della cui opera particolare rilievo assume l'identificazione della cosiddetta "triade cognitiva", definita dal modo in cui un individuo considera se stesso, il mondo ed il futuro (Beck *et al.*, 1967). Le tecniche cognitive più frequentemente utilizzate nel trattamento dell'obesità sono rappresentate dalla ristrutturazione cognitiva e dal *problem-solving*. La prima si basa sul riconoscimento di una serie di cognizioni che provocano stati emotivi negativi che sono state denominate "pensieri automatici". Sono strutture di conoscenza pre-conscie, riconoscibili dall'individuo soltanto se vi presta attenzione, elaborate in seguito a errori cognitivi.

Il carattere dell' automaticità le rende difficili da individuare, infatti vengono date per scontate dal soggetto che le ha elaborate e non vengono poste minimamente in dubbio.

La procedura terapeutica si conclude con la sostituzione graduale delle convinzioni disadattive con altre strutture di conoscenza più adattative e adeguate alla realtà. La tecnica del *problem-solving*, introdotta da D'Zurilla e Goldfiend (D'Zurilla, 1971), rappresenta un metodo sistematico per affrontare le difficoltà messe in evidenza con l'auto-monitoraggio. Permette al paziente di sviluppare una serie di abilità finalizzate a una gestione più funzionale di situazioni difficili.

La procedura è suddivisa in alcune fasi, che devono essere ripetute nel tempo in modo da favorire il processo di apprendimento. Come è stato già anticipato, l'orientamento cognitivo comportamentale ha elaborato un protocollo terapeutico per la cura dell'obesità che è stato scientificamente verificato ed ha prodotto una vasta serie di casi risolti con successo e, inoltre, ha dimostrato di favorire il mantenimento del peso corporeo perduto.

Pertanto attualmente, nei protocolli terapeutici più innovativi ed efficaci, nella cura dell'obesità e del sovrappeso si prevede l'uso congiunto della dietoterapia e della psicoterapia cognitivo comportamentale.

L'approccio comportamentale si basa sul fatto che il comportamento adottato è la risposta ad eventi del mondo esterno; controllando e sostituendo tali stimoli con abitudini più appropriate è possibile mettere in atto comportamenti più adeguati. Per modificare il comportamento alimentare vengono utilizzate tecniche basate sul controllo degli stimoli,

sulle tecniche di auto ricompensa e di supporto sociale e sulla contrattazione delle conseguenze. Gran parte dei sistemi comportamentali e cognitivo comportamentali utilizzano l'automonitoraggio del comportamento alimentare e cioè il diario alimentare, un potente strumento per l'educazione alimentare individuale e una valida alternativa alla dieta ipocalorica nel trattamento dell'obesità.

Attraverso il diario alimentare si possono individuare in maniera semplice le abitudini errate, le emozioni che scatenano l'assunzione del cibo, gli eventi e i sentimenti che spingono ad un comportamento alimentare inadeguato. Tutto ciò può essere discusso dal terapeuta con il paziente e corretto attraverso individuazione, di comune accordo, di comportamenti e scelte alimentari alternative.

In questo modo si dà al paziente un'educazione alimentare mirata, che tiene conto dello specifico stile di vita e delle condizioni (familiari, sociali) che interferiscono con le abitudini alimentari.

La persona deve annotare di volta in volta ciò che mangia, specificandone la quantità, l'ora, il contesto e lo stato emotivo che precede e si accompagna all'assunzione del cibo. In questo modo, impara ad osservare il proprio modo di mangiare, può valutare quali cambiamenti sia necessario porre in atto. Il paziente diventa soggetto attivo, modifica i propri atteggiamenti verso il cibo, il peso, la forma corporea ed ottiene corrette informazioni nutrizionali.

Anche se la maggior efficacia a lungo termine del diario alimentare, rispetto alle terapie tradizionali, deve essere confermata da studi con periodi più prolungati di osservazione, questo strumento può essere

considerato di elezione nella terapia dell'obesità. In realtà non esiste un peso ideale né una alimentazione ideale.

Ciò che è importante è aiutare le persone a darsi da sole delle norme alimentari se possibile realistiche e compatibili con una normale vita sociale, così come a fissare da sola un peso ragionevole, anche questo realistico e compatibile con un buon stato di salute.

L'esperienza sull'educazione dei pazienti, maturata nell'ambito di altre patologie croniche, suggerisce che i risultati più convincenti si ottengono con programmi integrati, che uniscono l'educazione individuale e quella di gruppo.

L'automonitoraggio è già sufficiente a modificare il comportamento alimentare: il paziente che sta compilando un diario alimentare tende a ridurre il numero di episodi di perdita di controllo ed a regolarizzare il proprio pattern alimentare; l'esperienza clinica mostra che alcuni pazienti perdono peso quando iniziano a compilare il diario, anche in assenza di altri interventi terapeutici. L'uso del diario alimentare a scopo valutativo del comportamento alimentare tenderebbe quindi a sottostimare l'incidenza o la gravità delle alterazioni del comportamento alimentare. Associare il diario ai test psicometrici diventa quindi essenziale per il miglior inquadramento del problema nutrizionale.

6.3 Altri interventi

Le indicazioni vengono dalla Società Italiana di Pediatria (2004): "L'obesità infantile - afferma il Prof. Giuseppe Saggese, Presidente della Società Italiana di Pediatria - è diventata una delle maggiori emergenze per quello che concerne la salute ed il corretto sviluppo dei bambini e

degli adolescenti. In pochi anni siamo passati a considerare l'obesità infantile da problema individuale a problema collettivo di entità confrontabile ad una vera e propria "epidemia" e questa riflessione ci porta immediatamente a valutare il ruolo strategico che la scuola, dove i bambini passano gran parte del loro tempo e alla quale le famiglie delegano una parte delle loro responsabilità educative, può avere per la prevenzione di questa vera e propria patologia."

"Uno dei nuovi compiti che la scuola dovrà certamente assumersi - continua Saggese - sarà quello di sviluppare nel bambino e nell'adolescente un rapporto più responsabile e consapevole con l'alimentazione, attraverso adeguate campagne informative e fornendo un'educazione nutrizionale corretta; in questo modo potrà svolgere un importante ruolo preventivo, ma anche correttivo di abitudini e stili alimentari non consoni. Già qualcosa in questa direzione viene fatto, ma spesso in modo episodico o grazie ad iniziative illuminate di singoli istituti, mentre l'obiettivo deve essere rendere capillare questo tipo di formazione".

"Il pediatra - sottolinea il Presidente della SIP - rappresenta certamente una figura di riferimento in questo ambito e la Società Italiana di Pediatria si è già attivata presentando al Ministero della Salute una articolata proposta assistenziale per la prevenzione dell'obesità in età pediatrica. Inoltre la SIP, anche attraverso le sue Sezioni Regionali e i Gruppi di Studio e le Società affiliate che si interessano in modo specifico di alimentazione, è pronta ad cooperare, sul territorio, con le realtà scolastiche per pianificare, insieme, strategie di intervento e contenuti informativi".

"Rispetto a quanto avviene, ad esempio, negli Stati Uniti - ricorda Saggese - noi europei, e in particolare noi italiani, siamo comunque avvantaggiati nell'affrontare questo problema. Secondo uno studio condotto dalla Harvard University, proprio con "*l'Italian style*" è possibile combattere l'obesità, considerando che alla base delle migliori condizioni di salute di italiani ed europei rispetto ai cittadini statunitensi (tra i quali è presente una percentuale di adulti obesi pari al 22,6%, quasi tre volte superiore a quella degli italiani), ci sono: l'attenzione all'agricoltura tradizionale, la tutela delle antiche abitudini gastronomiche, il rispetto più regolare dei pasti, il consumo di cibi meno elaborati, la maggiore prudenza verso gli Ogm, i controlli sul sistema agro-alimentare dal campo alla tavola. Un vantaggio - conclude Saggese - che non possiamo disperdere, ma dobbiamo sfruttare creando cultura alimentare nelle nuove generazioni".

Queste le 6 indicazioni della Società Italiana di Pediatria per una corretta educazione alimentare di bambini ed adolescenti nelle scuole, per prevenire o affrontare correttamente l'obesità infantile:

1. Promuovere la partecipazione della comunità educativa: lottare contro l'obesità richiede l'intervento di molti «attori»: bambini, genitori, insegnanti, medici, psicologi, imprese produttrici. Non avendo un solo fattore determinante, l'obesità richiede una molteplicità di interventi specifici.
2. Favorire l'organizzazione di iniziative come i campi estivi, periodi di incontro e di gioco nei quali i bambini con problemi di peso condividono esperienze e attività volte al dimagrimento e

all'acquisizione di un corretto rapporto con il cibo, con l'abitudine quotidiana ad una sana alimentazione.

3. Vigilare sull'equilibrio della dieta scolastica: i menu della mensa scolastica non sempre subiscono un controllo da parte di uno specialista, e non sempre rispondono a tutte le necessità nutrizionali dei ragazzi. E' necessario inoltre assicurarsi che i bambini obesi o in sovrappeso ricevano un apporto calorico adeguato alle loro esigenze, personalizzandone la dieta sulla base delle indicazioni del pediatra.

4. Fornire conoscenze alimentari agli alunni e ai genitori, intensificando i corsi sulla nutrizione perché i bambini conoscano di più e meglio le regole di una alimentazione sana ed equilibrata. Sarebbe utile coinvolgere la famiglia mediante incontri che rafforzino il messaggio che i docenti indirizzano ai ragazzi in classe

5. Potenziare l'educazione fisica, sfruttando a pieno le ore di ginnastica, e durante gli intervalli organizzare giochi di gruppo e attività che prevedano la corsa e il movimento e che possano considerarsi validi supporti alle attività sportive praticate nel pomeriggio.

6. Ridurre le "tentazioni", scegliendo appropriatamente gli alimenti contenuti nei distributori automatici nella scuola, che dovrebbero comunque rispondere ai requisiti nutrizionali di una buona merenda.

II PARTE: RICERCA E CONSIDERAZIONI

CAPITOLO 7: LA RICERCA

Premessa

I disturbi del comportamento alimentare possono essere considerati come “malattie culturali” la cui funzione è lanciare un “... messaggio ambiguo o doppio messaggio al mito dell’apparenza e della salute corporea in quanto valori dominanti nella società attuale” (Caillé, 1988, pp. 102).

L’obesità, come le altre patologie dell’alimentazione, viene considerata sintomo psicosomatico e, dunque, messaggero del malessere personale, familiare e sociale. Nonostante tale premessa la ricerca ed il trattamento dell’obesità sono state due aree poco approfondite, o meglio meno approfondite, negli ultimi anni rispetto ad altri disturbi del comportamento alimentare, come la bulimia e l’anoressia.

La maggior parte degli obesi è affetta da obesità essenziale, la cui genesi è multifattoriale, essendo il risultato di diverse cause che interagiscono tra loro: concorrono un’eccessiva e cattiva alimentazione, una ridotta attività fisica e fattori ambientali e familiari (Mannucci *et al.*, 1997).

Il primo passo per la cura è sicuramente rappresentato dall’associazione terapia medica nutrizionale, attività fisica e terapia cognitivo comportamentale, eventualmente rafforzate dalla terapia farmacologica; come ultima spiaggia, la chirurgia bariatrica.

In letteratura, vi è evidenza che la combinazione di dieta ipocalorica e attività fisica produce una perdita di peso sicuramente maggiore di quella che si otterrebbe con la sola dieta o con la sola attività fisica. Altri vantaggi dell'associazione dieta-attività fisica sono la minor perdita di massa magra, che è quella metabolicamente attiva, un minor numero di abbandoni e ricadute, il mantenimento nel tempo del peso raggiunto, con minore incidenza di *weight cycling syndrome* o “sindrome dello yo-yo”, il miglioramento dell'insulino-resistenza e la prevenzione del diabete mellito di tipo 2. In un programma terapeutico che miri a ottenere un calo ponderale, è di fondamentale importanza anche un approccio di tipo cognitivo-comportamentale. L'analisi delle motivazioni del paziente al cambiamento, la prevenzione delle ricadute e degli abbandoni e l'addestramento alla risoluzione dei problemi sono aspetti cognitivi indispensabili nella gestione del paziente sovrappeso/obeso. È compito del medico favorire nel paziente la presa di coscienza dei problemi correlati all'eccesso di peso attraverso validi percorsi di educazione sanitaria ed è fondamentale valutare la reale volontà del paziente a modificare lo stile di vita, in particolare per quanto concerne la sedentarietà e le abitudini alimentari; al paziente non va chiesto un sacrificio, ma piuttosto un cambiamento. Il paziente deve essere coinvolto attivamente nella definizione e nella pianificazione degli interventi terapeutici, concordando il raggiungimento di obiettivi realistici; in quest'ottica, è di fondamentale importanza valutare attentamente le esigenze quotidiane individuali, in particolare quelle familiari e lavorative, e le potenzialità adattative del singolo paziente al piano terapeutico. È importante coinvolgere attivamente il paziente anche

nei processi di analisi e risoluzione di problemi o di situazioni particolarmente difficili, fino a renderlo autonomo; a tal fine, l'intensificazione del *follow-up* svolge un ruolo fondamentale. Le tecniche comportamentali, invece, si basano sulla compilazione di un diario alimentare, su validi programmi di educazione nutrizionale, su un'efficace gestione degli stimoli e su un corretto controllo delle situazioni a rischio. Conoscere i gusti e le abitudini alimentari del paziente è indispensabile per riuscire a individuare ciò che deve essere modificato nei suoi rapporti con il cibo. I buoni propositi del paziente vanno enfatizzati nella giusta misura e rafforzati, evitando drammi e sensi di colpa in caso di ricadute o abbandoni, in modo da creare le premesse per eventualmente ripartire. Infine, il paziente deve essere esaurientemente informato sulle modalità di controllo delle cosiddette situazioni a rischio: feste, banchetti, incontri sociali, colazioni di lavoro, eventi stressanti, lutto.

Il programma terapeutico deve riuscire a modificare in modo radicale le abitudini nutrizionali e di vita del bambino e della sua famiglia con una vera e propria azione educativa.

Il coinvolgimento e la collaborazione di tutta la famiglia, quindi, sono presupposti fondamentali per il successo della terapia impostata.

Occorre poi ricordare che uno degli scopi del trattamento dell'obesità è il miglioramento della qualità della vita, intesa come sensazione soggettiva di benessere (fisico e psicologico) dei pazienti; periodiche valutazioni della qualità della vita sono quindi utili per migliorare e rendere più efficace la terapia.

La conoscenza del comportamento alimentare dei singoli pazienti è,

quindi, una premessa indispensabile al trattamento dell'obesità. Tra gli obesi, si possono riconoscere molteplici pattern di comportamento alimentare e di atteggiamento verso il cibo. Di conseguenza, l'approccio terapeutico deve essere differenziato da un paziente all'altro, in base al singolo comportamento alimentare.

Tra le conseguenze a breve termine non manca certo la distorta percezione di sé esplorabile, tra le altre tecniche, con il disegno della figura umana. Il disegno rappresenta così l'espressione di sé nell'ambiente: ciò che è espresso può essere chiamato "l'immagine del corpo". Secondo Aubim (1970) il disegno del bambino ci rivela o un'immagine di sé, come egli si sente, o un'immagine di quello che vorrebbe essere, o un'immagine di ciò che egli si rifiuta di essere oppure un'immagine giustificativa. Più i problemi sono profondi in colui che disegna, meno si accetta, meno il suo disegno gli assomiglierà.

Tuttavia, meglio di altri test proiettivi, il disegno sarebbe, secondo Abraham (1962) atto a misurare i cambiamenti della "coscienza di sé" e del "progetto" interiore di chi disegna.

In questa cornice si va a collocare la ricerca cercando di approfondire alcuni degli aspetti psicologici della problematica dell'obesità.

7.1 Obiettivi

Sulla base della letteratura e delle ricerche finora condotte il presente lavoro si prefigge fundamentalmente di valutare la compliance alla dieta da parte di alcuni bambini obesi inviati all'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico Burlo-Garofolo di Trieste.

L'ipotesi generale è che i soggetti obesi abbiano percezione di sé come soggetti che deviano dalla normalità dei coetanei e quindi desiderino dimagrire. Si ipotizza anche che nel corso del trattamento coloro che utilizzano un sistema di autocontrollo, cioè i diari, ottengano risultati migliori non solo per quanto riguarda la perdita di peso ma sia in stato di benessere, sia in comportamenti verso il cibo, sia nella percezione di sé rispetto ai coetanei che invece non hanno ricevuto i diari. La *compliance* alla dieta, considerando la relazione tra l'unione dei diversi strumenti e le valutazioni mediche (perdita di peso, o più in generale, diminuzione del BMI) dovrebbe risultare così maggiore per il gruppo sperimentale.

A tal fine il mio lavoro è stato suddiviso in 3 sottobiettivi che sono stati verificati nel tempo.

Innanzitutto si è voluto:

1. verificare se vi è relazione, dopo averlo valutato, tra lo stato di benessere e il rapporto con il cibo dei pazienti obesi ipotizzando che questo sia migliore al termine del trattamento. Per questo obiettivo sono stati somministrati a ciascuno 2 questionari, il TACQOL e il BES.

2. ad un gruppo sperimentale, che costituiva la metà dei soggetti totali, sono stati consegnati dei diari da compilare giornalmente. Questo strumento è stato basilare considerato che attraverso questo è stato possibile verificare una terza ipotesi specifica, cioè quanto un sistema di controllo, più o meno rigido, possa incidere sulla perdita di peso e come questa abbia potuto avere una qualche influenza sulla percezione di sé e sulla propria salute (intesa sia come stato di benessere, sia come rapporto con il cibo). L'ipotesi è che

l'autovalutazione della situazione di relazione con l'obesità possa essere di aiuto per la *compliance*.

3. porre l'attenzione su come i soggetti si percepiscono: a questo fine è stato chiesto ai soggetti di rappresentare se stessi sia come si sentono nel momento presente sia come avrebbero voluto essere.

Come è noto la famiglia influenza il soggetto, il suo modo di vedere e vivere la realtà, il tipo di risposta ai cambiamenti. Per questo motivo, considerato anche che molti spunti sono emersi a tale proposito dai colloqui con i miei soggetti, ho ritenuto importante considerare alcune variabili influenti sulla riuscita del trattamento. Tra queste vi sono la composizione familiare e la presenza di disturbi alimentari in famiglia.

7.2 Metodo

Soggetti

La ricerca è stata condotta sul campo analizzando due gruppi, uno sperimentale e uno di controllo, costituiti inizialmente da 10 soggetti ciascuno per un totale di 20 soggetti. Il campione, composto da soggetti con obesità essenziale è stato reperito presso l'ambulatorio di endocrinologia dell'IRCCS Burlo-Garofolo di Trieste, nel periodo compreso tra il 10 maggio e il 12 agosto 2008 per una consultazione medica e relativo trattamento dietetico. In realtà i soggetti a cui è stato chiesto di partecipare allo studio nell'arco di tre mesi erano in totale 78 ma di questi 58 non hanno accettato o perché non ritenevano lo studio interessante, o perché si vergognavano, o perché non avevano voglia.

I soggetti reclutati all'inizio del trattamento sono 10 femmine e 10 maschi di età compresa tra 6 e 15 anni. Al secondo appuntamento 5 sono stati i drop-out e sono rimasti 8 femmine e 7 maschi, di cui 7 nel gruppo sperimentale e 8 nel gruppo di controllo; infine, al terzo incontro i soggetti sono diminuiti ancora fino al numero di 10, 5 maschi e 5 femmine di cui 6 nel gruppo sperimentale e 4 nel gruppo di controllo. Tra le altre motivazioni dell'abbandono vengono indicate la non disponibilità di tempo e/o la non riuscita della dieta. Un soggetto, maschio, è passato dal gruppo sperimentale al gruppo di controllo nel secondo tempo, poiché, pur avendo ricevuto il diario, dal tempo 1 al tempo 2 non lo ha compilato. I soggetti sono stati distribuiti secondo un ordine *random* equivalentemente in un gruppo sperimentale e un gruppo di controllo.

Strumenti

Il trattamento di una malattia cronica, quale l'obesità, è rivolto al miglioramento della durata e della qualità della vita dei pazienti. Nonostante ciò nella pratica clinica spesso si utilizza come parametro dell'efficacia del trattamento soltanto il peso corporeo, senza includere misurazioni della qualità della vita. Al contrario la scelta del trattamento dovrebbe essere condotta valutando gli effetti di ciascuna terapia sulla qualità della vita, controllando tale parametro nei singoli pazienti durante l'intero trattamento.

Questa, definita come la sensazione soggettiva di complessivo benessere dell'individuo, può essere misurata con questionari specifici (disegnati specificatamente per pazienti affetti da singole malattie) o generici, più affidabili ma meno sensibili.

Sulla base di quanto detto è stato possibile formulare un protocollo psicometrico sintetico composto da:

1. un questionario che valuti la qualità della vita (per la mia ricerca sarà di tipo generico, ma specifico per quanto riguarda l'età): il TACQOL, misura infatti la qualità della vita in soggetti con età compresa tra 6 e 15 anni
2. una scala che indica l'eventuale presenza di un disturbo di alimentazione incontrollata, il Bes.

Vengono inoltre utilizzati altri 2 strumenti:

1. 2 disegni per indagare la percezione del sé reale e ideale, più 1 per verificare la capacità di disegno
2. I diari giornalieri per annotare la quantità e la qualità del cibo consumato ad ogni pasto.

TACQOL

Il TACQOL -*TNO AZL Child Quality Of life*- è stato disegnato da Verrips e collaboratori ed è un questionario per soggetti compresi tra i 6 e i 15 anni d'età che misura la qualità della vita intesa come la combinazione tra lo stato di salute e la valutazione affettiva di alcuni problemi inerenti allo stato di salute.

Il questionario è composto di 56 item ed esplora sette diversi aspetti della quotidianità del soggetto, ognuno costituito da 8 affermazioni:

1. disturbi fisici
2. capacità motorie
3. capacità di autonomia
4. funzioni sociali

5. capacità cognitive

6. umore positivo

7. umore negativo

Per ogni item è valutata la frequenza di occorrenza dei problemi dello stato di salute nelle ultime due settimane dalla data di somministrazione. Per ogni domanda, che corrisponde ad ogni item, le risposte possibili sono “mai” (0 punti), “qualche volta”, “spesso”. Solo nel caso si risponda qualche volta o spesso bisogna precisare se in quel momento il bambino si è sentito “molto bene” (3 punti), “bene” (2 punti), “male” (1 punto) o “molto male” (0 punti). Lo *score* per gli 8 items di una categoria va da 0 a 32 punti. Un punteggio ottenuto vicino a 32 indica un buono stato di salute. Per gli item che richiedono la frequenza dello stato d’animo del bambino vengono attribuiti 2 punti alla risposta “mai”, 1 alla risposta “qualche volta”, 0 alla risposta “sempre”. Lo score massimo per le ultime due categorie, quelle che si riferiscono agli stati d’animo, è di 16 per categoria.

BES

Il questionario BES -*Binge Eating Scale*- viene enumerato tra gli strumenti più utili e diffusi nello studio psicometrico dei soggetti obesi, anche se originariamente era stato concepito per lo studio della bulimia nervosa.

Somministrando periodicamente durante il trattamento il BES può essere utilizzato anche come strumento per valutare l’efficacia della terapia, sia nei pazienti con disturbo di alimentazione Incontrollata, sia in quelli che mostrano fenomeni minori di perdita di controllo sul cibo.

La scala è stata proposta da Gormally e collaboratori una ventina di anni fa ed è largamente usata nella clinica e nella ricerca.

È un questionario autosomministrato, abbastanza breve, infatti contiene 16 items a risposta multipla ed è volto a valutare i comportamenti, le sensazioni, gli aspetti cognitivi associati agli episodi bulimici nei soggetti obesi.

Ogni item della scala è composta da una serie di affermazioni (3 o 4) che riflettono la gravità della condizione esplorata; il punteggio è ponderato, va da 0 a 3, ed è diverso nei vari item.

Lo *scoring* si effettua sommando i punteggi ottenuti ai diversi item.

La presenza di sintomi di *binge eating* risulta improbabile se il punteggio complessivo è minore o uguale di 17, possibile se il punteggio è compreso tra 17 e 27, probabile se il punteggio supera 27.

Disegni

I disegni, che misureranno la percezione del sé, saranno 2 e rappresenteranno, secondo un ordine randomizzato, se stessi come si è e se stessi come si vorrebbe essere. Vi sarà un terzo disegno, in realtà fatto per primo in cui verrà chiesto al bambino di rappresentare la figura umana in generale, volto ad accertare la capacità di disegnare.

Ipotizzando una certa correlazione tra disagio emotivo e obesità si è cercato di capire se alcune caratteristiche quali il realismo del soggetto nel rappresentare le proprie dimensioni fisiche, la consapevolezza del disturbo, il grado di valorizzazione di sé e la qualità dell'umore differenziano la rappresentazione di un'immagine reale da un'immagine ideale (Santonostaso et al., 1993).

Vengono così utilizzate alcune variabili bipolari tenendo presente la letteratura sul Disegno della Figura umana e l'uso dei vari indici di tipo formale e strutturale per l'interpretazione del test (Passi, Tognazzo, 1983, Machover 1985):

- 1 dimensione corporea della figura: magra/ grassa. Valuta il grado di realismo del soggetto nel disegnare se stesso
- 2 dimensione corporea della figura: alta/bassa
- 3 espressione del viso: triste/sorridente. Valuta l'umore
- 4 colore

Diario

Ad una metà dei soggetti, il giorno del day hospital, quindi dell'inizio della dieta, viene consegnato un diario quotidiano in cui vi sono circa novanta tabelle, ognuna suddivisa in 5 parti quanti sono i pasti principali, e in cui i genitori dovranno scrivere cosa hanno mangiato i figli. Vi è anche uno spazio per segnare eventuali deviazioni commesse. Sotto ogni tabella, quasi ad indicare un giudizio globale per la giornata, vi è una scala Likert a sette punti per misurare quanto e se i pazienti si sono attenuti alla dieta. Questo quaderno dovrà poi essere riportato in ambulatorio durante la visita di controllo 3-4 mesi (90-120 giorni quanti gli schemi del quaderno) dopo. Al termine di questa terza visita verrà consegnato un altro diario quotidiano con le stesse caratteristiche del precedente, fino all'appuntamento successivo. All'altra metà dei bambini il quaderno non verrà consegnato: quest'ultimo gruppo quindi costituirà il cosiddetto gruppo di controllo.

La valutazione consisterà nell'individuare se questi sono stati compilati e se ciò è stato fatto in maniera corretta o no. Inoltre si valuterà se la compilazione è associata ad un calo di peso o stato stazionario o ad un aumento.

7.3. Procedura

Tale disegno di ricerca può essere definito come un disegno con gruppo di controllo equivalente, dal momento che i soggetti vengono assegnati a caso ai due gruppi di ricerca secondo un ordine randomizzato (McBurney, 1996).

Le variabili osservate e valutate per il nostro studio sono l'altezza, il peso (che mi permettono di individuare l'indice di BMI), l'età, il sesso e gli item relativi alla scala Bes, al questionario TACQOL, e ai disegni. Questo sarà considerato in base alla variabile temporale del tempo 0 (inizio trattamento) tempo 1 (3 mesi dopo l'inizio del trattamento) e tempo 2 (sei mesi dopo l'inizio del trattamento).

I dati per la ricerca sono stati raccolti nel seguente modo.

Ogni bambino, subito dopo la prima visita medica e i relativi esami diagnostici, veniva reclutato da me per circa un'ora. In questo lasso di tempo ho sottoposto ai genitori del paziente i 2 questionari già menzionati; al paziente, invece, dotandolo di matita da disegno, una scatola di pastelli e 3 fogli bianchi, ho chiesto di fare 3 disegni secondo le rispettive consegne: "disegna un/una bambino/a.", "disegna te stesso/a", e "disegna come vorresti essere". Per quanto riguarda il secondo e terzo disegno l'ordine si invertiva all'alternarsi dei bambini. Non erano ammesse cancellature, ma il bambino poteva decidere se colorare o

lasciare in matita il disegno. Ho trascritto su una agenda tutti gli eventuali commenti/comportamenti particolari dei bambini a proposito dei disegni.

Ai bambini facenti parte del gruppo sperimentale ho consegnato 3 diari mensili in cui dovevano scrivere cosa avrebbero mangiato giornalmente e quanto, sempre giornalmente, si attenevano alla dieta prescritta.

Terminata la seduta, in accordo con il medico che li ha seguiti, davo un appuntamento dopo 3 mesi.

Gli incontri con ogni soggetto sono stati in totale 3, a distanza di 3 mesi circa, sempre dopo la visita medica in cui veniva misurato peso, altezza e valutato l'andamento della dieta. In ogni seduta, invece, ho somministrato sempre i 2 test, i 3 disegni e per quanto riguarda il gruppo di controllo ho ritirato i diari compilati e consegnati altri 3 da compilare.

7.4 Analisi dei dati

Per verificare la **prima** ipotesi, cioè che per quanto riguarda il questionario TACQOL e la scala Bes vi sia una relazione tra i soggetti che migliorano durante il trattamento, è stato utilizzato il *test di Mann-Whitney* (o test U di Mann-Whitney o test di Wilcoxon). Questo test, verificando la significatività delle differenze delle medie nei 3 tempi di somministrazione, si pone di analizzare come lo stato di benessere evolve durante il trattamento. Precedentemente però è stato effettuato il calcolo delle statistiche descrittive (media e deviazione standard) per tutti i punteggi dei soggetti dell'intero campione nei 3 tempi di raccolta dati. Tali analisi hanno permesso di analizzare la distribuzione dei punteggi nel campione, al fine di verificare se tali valori siano stati distribuiti secondo

un andamento normale o, al contrario, se alcuni di essi sbilanciano la distribuzione.

La **seconda** ipotesi, che pone l'attenzione sullo strumento di autocontrollo quale è il diario, è stata verificata confrontando il gruppo sperimentale con il gruppo di controllo in base alla diminuzione del BMI. Tale verifica è stata effettuata sia con il test di Mann-Whitney, sia mediante la distribuzione delle frequenze.

Infine, la **terza** ipotesi, riguardante sia la percezione che ciascun soggetto ha di sé sia il desiderio di come vorrebbe essere, è stata verificata mediante una analisi qualitativa dei disegni.

1° ipotesi

Alla data della **prima visita** (tab. 7), nel BES i soggetti senza diario hanno totalizzato un punteggio medio di 7.9 (d.s. 3,4) mentre per i soggetti con diario il punteggio sale a 9.8 (d.s. 5.15), più alto circa di 2 punti rispetto al gruppo sperimentale.

Nel TACQOL i soggetti senza diario registrano per le dimensioni disturbi fisici una media pari a 28, 7 (d.s. 6.5), per le capacità motorie 29,2 (d.s. 3.4), e cognitive 25,2 (d.s. 5,2) e per le emozioni positive 2,8 (d.s. 3), mentre i soggetti del gruppo sperimentale hanno punteggi più bassi, rispettivamente 25, 1 (d.s. 7.0), 27.6 (d.s. 2,41), 23, 3 (d.s. 9.7) e 2.5 (d.s. 3.1). Pressoché uguale il punteggio nelle capacità di autonomia, media di 30,7 (d.s. 2.11) nel gruppo di controllo e media di 31.3 (d.s. 1.6) nel gruppo sperimentale. Nelle capacità sociali (M=21,3 d.s.= 3.4 vs M=20 d.s. 3.8) i punteggi sono più alti per i soggetti con diario.

Poiché il campione è stato scelto secondo un ordine randomizzato le differenze tra i due gruppi sono da considerarsi solo casuali.

3 mesi dopo (tab. 8) la prima visita i risultati evidenziano che nel BES i soggetti senza diario hanno punteggi più alti rispetto al gruppo con diario: infatti la media per il gruppo di controllo è di 7.5 (d.s. 4.9) mentre per il gruppo sperimentale la media è 5.14 (d.s. 3.2). Nel TACQOL nessun soggetto senza diario ha punteggi più alti rispetto ai soggetti del gruppo sperimentale, infatti si registrano per i disturbi fisici $M=28$ (d.s. 4.7) *vs* $M=30.7$ (d.s. 3,6), capacità motorie $M=28.8$ (d.s. 4.6) *vs* $M=30.2$ (d.s. 1,7), capacità di autonomia $M=31$ (d.s. 1.41) *vs* $M=31.2$ (d.s. 0.9), capacità cognitive $M=28$ (d.s. 4.5) *vs* $M=29.4$ (d.s. 3,35), funzioni sociali $M=22.3$ (d.s. 1.9) *vs* $M=23.2$ (d.s. 2.9), emozioni negative $M=8.7$ (d.s. 1.9) *vs* $M=9.8$ (d.s. 2,6). Le emozioni positive hanno ancora punteggio uguale nei due gruppi ($M=2.2$ d.s. 3.3 *vs* $M=2$ d.s. 3.6).

6 mesi dopo (tab. 9) la prima visita i 10 soggetti rimasti mostrano ancora qualche differenza lieve tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. I 6 soggetti con diario registrano punteggi più bassi nel BES rispetto ai 4 soggetti senza diario, infatti le medie sono di 6.1 (d.s. 6.5) *vs* 8.25 (d.s. 4.85). Nel TACQOL, quasi per tutte le categorie i soggetti del gruppo sperimentale hanno punteggi più bassi rispetto ai soggetti senza diario. Risultano differenze molto alte per difficoltà fisiche $M= 25,5$ (d.s. 5.08) *vs* 31.75 (d.s. 3.2) e per le emozioni positive $M= 1.6$ (d.s. 2.7) *vs* $M= 4.7$ (d.s. 6.94), leggere differenze per difficoltà motorie $M= 30$ (d.s. 0.95) *vs* $M= 31.2$ (d.s. 1.6), funzioni sociali $M= 23.3$ (d.s. 2.58) *vs* $M= 25$ (d.s. 23.3). Fanno eccezione 2 categorie che registrano una media uguale

nei 2 gruppi, le capacità di autonomia M= 32 (d.s. 0) vs M= 32 (d.s. 0) e le capacità cognitive M= 23.16 (d.s. 4.02) vs M= 27.25 (d.s. 6.89).

TAB. 7 PUNTEGGI MEDI E DEVIAZIONE STANDARD DELLA CASISTICA ALL'INIZIO DEL TRATTAMENTO (tempo 0)

Strumenti	N=10		N=10	
	con diario		senza diario	
	media	d.s	media	d.s
BES	9,8	5,1	7,9	3,4
TACQOL				
disturbi fisici	25.1	7,0	28,7	6.5
capacità motorie	27,6	2,41	29,2	3,4
capacità di autonomia	31,3	1.6	30,7	2,11
funzioni cognitive	23,3	9,7	25.2	5,2
capacità sociali	21,3	3,4	20	3,8
emozioni positive	2,5	3,1	2,8	3
emozioni negative	9,1	3,2	9,5	2,4

TAB. 8 PUNTEGGI MEDI E DEVIATIONE STANDARD DELLA CASISTICA 3 MESI DOPO L'INIZIO DEL TRATTAMENTO (tempo 1)

Strumenti	N=7		N=8	
	con diario		senza diario	
	media	d.s	media	d.s
BES	5,14	3,2	7,5	4,9
TACQOL				
disturbi fisici	30,7	3,6	28	4,7
capacità motorie	30,2	1,7	28,8	4,6
capacità di autonomia	31,2	0,8	31	1,4
funzioni cognitive	29,4	3,3	28	4,5
capacità sociali	23,2	2,9	22,3	1,9
emozioni positive	2	3,6	2,2	3,3
emozioni negative	9,8	2,6	8,7	1,9

TAB. 9 PUNTEGGI MEDI E DEVIATIONI STANDARD DELLA CASISTICA 6 MESI DOPO L'INIZIO DEL TRATTAMENTO (tempo 2)

Strumenti	N=6		N=4	
	con diario		senza diario	
	media	d.s	media	d.s
BES	6,1	6,5	8,25	4,85
TACQOL				
disturbi fisici	25,5	5	31,7	3,2
capacità motorie	30	0,9	31,2	1,6
capacità di autonomia	32	0	32	0
funzioni cognitive	23,1	4,0	27,2	6,8
capacità sociali	23,3	2,5	22,3	23,3
emozioni positive	1,6	2,7	25	6,9
emozioni negative	9,5	3,1	8,2	4,9

Per studiare la relazione tra i due strumenti nei 3 tempi di somministrazione è stata condotta un'analisi che mettesse in luce prima la differenza tra il tempo 0 e il tempo 1, e per studiare gli effetti a lunga scadenza, la differenza tra il tempo 0 e il tempo 2.

Per quanto riguarda la differenza a **breve termine** (tab. 10) non ci sono valori che denotano significatività nel Bes: $U=0.3480, p>.05$.

Per il TACQOL nei soggetti con diario aumentano notevolmente i valori nell'ambito delle difficoltà fisiche ($U=0.0716, p>.05$) e si raggiunge significatività tra i due gruppi solo nel livello delle difficoltà motorie ($U=0.012, p<.05$) indicando che rispetto al tempo 0 le risposte del gruppo sperimentale esprimono un miglioramento in questi due ambiti rispetto al gruppo di controllo. Nelle altre categorie, difficoltà di autonomia ($U=0.6015, p>.05$), difficoltà cognitive ($U=0,3745, p>.05$), difficoltà sociali ($U=0.5972, p>.05$), emozioni positive ($U=0.5561, p>.05$) e emozioni negative ($U=0.9535, p>.05$) non c'è significatività denotando che non vi è differenza nei due gruppi tra il tempo 0 e il tempo 1.

Anche per quanto riguarda le differenze a **lungo termine** (6 mesi) (tab. 11) tra i due gruppi non ci sono valori che denotano significatività tanto nel BES $U=0.7484, p>.05$ che nel TACQOL. In quest'ultimo questionario, infatti, i risultati non raggiungono mai livelli di significatività: per le difficoltà fisiche $U=0.4514, p>.05$, per le difficoltà motorie $U=0.51, p>.05$, per le difficoltà di autonomia $U=0.62, p>.05$, per le difficoltà sociali $U=0.38, p>.05$, per le emozioni negative $U=0.44, p>.05$. Risultano tuttavia uguali i due gruppi nei due tempi per le

categorie emozioni positive $U=1, p>.05$ e per la categoria difficoltà cognitive $U=1, p>.05$.

TAB. 10 DIFFERENZE DEI PUNTEGGI MEDI DELLA CASISTICA
TRA IL TEMPO 0 E IL TEMPO 1 (Test di Mann-Whitney)

Strumenti	U	P
BES	0,3480	>.05
TACQOL		
disturbi fisici	0,0716	>.05
capacità motorie	0,012	<.05
capacità autonomia	0,6015	>.05
funzioni cognitive	0,3745	>.05
capacità sociali	0,5972	>.05
emozioni positive	0,5561	>.05
emozioni negative	0,9535	>.05

TAB. 11 DIFFERENZE DEI PUNTEGGI MEDI DELLA CASISTICA
TRA IL TEMPO 0 E IL TEMPO 2 (Test di Mann-Whitney)

Strumenti	U	P
BES	0,7484	>.05
TACQOL		
disturbi fisici	0,4514	>.05
capacità motorie	0,51	>.05
capacità autonomia	0,62	>.05
funzioni cognitive	1	>.05
capacità sociali	0,38	>.05
emozioni positive	1	>.05
emozioni negative	0,34	>.05

Verifica della 2° ipotesi

Per quanto riguarda la differenza tra gruppo di controllo e gruppo sperimentale non ci sono valori che denotano significatività riguardo la perdita di peso al tempo 1, infatti l'indice statistico indica che $U=0,1824$ $p>.05$.

Tuttavia alcune differenze sono riscontrabili se analizziamo i valori di BMI in relazione ai due gruppi di soggetti mediante la distribuzione delle frequenze. Da questa analisi risulta che i soggetti che perdono peso appartengono per il 62,5% al gruppo sperimentale e per il 37,5% al gruppo di controllo. I soggetti che non modificano il loro peso rappresentano per il 20 % coloro che hanno il diario, contro l'80% di coloro senza diario. Infine i soggetti che registrano un aumento di peso sono per metà appartenenti al gruppo sperimentale e per metà al gruppo di controllo.

Anche se il campione, al tempo 2, si è ridotto ulteriormente tale da non riuscire a dare una visione corretta e significativa dei risultati, vorrei ugualmente analizzare i risultati dei soggetti dei 2 gruppi che hanno resistito fino a questo tempo. Tra i soggetti che hanno perso peso il 57% appartiene al gruppo sperimentale mentre il 43% appartiene al gruppo di controllo. I soggetti che hanno mantenuto peso stabile sono stati di uguale numero.

TAB. 12 VARIAZIONE DEL BMI NEI 2 GRUPPI AL TEMPO1
(distribuzione delle frequenze)

	N=7	N=8
VARIAZIONE BMI	con diario	senza diario
BMI maggiore	50%	50%
Bmi minore	62,5%	37,5%
BMI uguale	20%	80%

TAB. 13 VARIAZIONE DEL BMI NEI 2 GRUPPI AL TEMPO2
(distribuzione delle frequenze)

	N=6	N=4
VARIAZIONE BMI	con diario	senza diario
BMI maggiore	0	0
Bmi minore	43%	57%
BMI uguale	50%	50%

Verifica della terza ipotesi

I risultati ottenuti dall'analisi dei disegni evidenziano che non vi è una particolare differenziazione né per quanto riguarda la rappresentazione del sé reale e del sé ideale, né per quanto riguarda i tre tempi di somministrazione, prima della dieta e durante il trattamento.

Fa eccezione la dimensione larghezza che sembra essere maggiormente presente nel disegno del bambino reale, costantemente per i 3 tempi. L'altezza, il colore, il sentimento provato non esprimono nulla di emergente in quanto le differenze di queste 3 caratteristiche nel bambino reale e bambino ideale non sono percepibili.

Quando si chiede al bambino di esprimere verbalmente quali sono le diversità che costituiscono il disegno del sé ideale rispetto a quello del sé reale, la risposta più frequente è la larghezza, anche se molto spesso questa non è raffigurata nel disegno.

7.5 Composizione del nucleo familiare, presenza di disturbi alimentari in famiglia, età e sesso.

Con una semplice analisi di frequenza sono state studiate la composizione del nucleo familiare, la presenza di disturbi alimentari in famiglia, l'età e il sesso.

Composizione della famiglia

Quanto emerge dai colloqui a proposito della composizione familiare dei soggetti è riportato nelle seguenti 2 tabelle per ciascuno dei tempi di valutazione (tab. 14 e tab. 15).

Viene rilevata l'influenza del nucleo familiare sull'effetto del trattamento.

TAB. 14 RELAZIONE TRA NUCLEO FAMILIARE DEI SOGGETTI ED EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 1

Composizione Famiglia	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	Diario	Non diario	diario	Non diario
Famiglia unita	50%	12,5%	0	37,5%	0	0
Solo madre	16%	0	16%	32%	16%	16%
Solo padre	0	0	0	0	50%	50%
Genitori separati	0	0	0	75%	25%	0

TAB. 15 RELAZIONE TRA NUCLEO FAMILIARE DEI SOGGETTI ED
EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 2

Composizione Famiglia	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	Diario	Non diario	diario	Non diario
Famiglia unita	37,5%	12,5%	25%	12,5%	12,5%	12,5%
Solo madre	25%	0	25%	0	50%	0
Solo padre	0	0	0	0	0	0
Genitori separati	0	0	0	66%	34%	0

Come si può vedere dalla tabella 14 la maggior parte, circa il 40% dei soggetti totali (8 soggetti su 20) ha una famiglia relativamente armonica. Di questi il 62% ha avuto successo nel trattamento mentre il 37.5% ha mantenuto il peso stabile o è ingrassato. Un'altra parte abbastanza sostanziosa, circa il 30% dei soggetti, vive solo con la madre. Di questi l'unico soggetto che ha avuto successo con la dieta in realtà è orfano di padre. I restanti soggetti, quasi in ugual misura, o non hanno ottenuto risultati o si sono ritirati e non si sono presentati al secondo incontro. Infine i soggetti in cui in famiglia non vi è equilibrio non hanno raggiunto risultati di successo, registrando il 75% di frequenze nella categoria non successo e il 25% nella categoria ritirati. La stessa relazione vale per il secondo tempo, tabella 15.

Disturbi alimentari in famiglia

Un'ulteriore variabile che mostra una nota d'interesse, come anticipavo prima, è la presenza o meno, presente o passata, di disturbi alimentari, più o meno gravi in famiglia.

Alla categoria di disturbi alimentari gravi appartengono sostanzialmente l'anoressia e la bulimia, mentre tra i disturbi alimentari non gravi ricorre l'obesità.

Quello che ne risulta è riassunto nella tabella 16 per il tempo 1, e nella tabella 17 per il tempo 2:

TAB. 16 RELAZIONE TRA PRESENZA DI DISTURBI ALIMENTARI NELLA FAMIGLIA DEL SOGGETTO ED EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 1

Presenza disturbi alimentari	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	diario	Non diario	diario	Non diario
Disturbi gravi	66%	34%	0	0	0	0
Disturbi non gravi	75%	0	0	0	25%	0
No disturbi	0	0	15%	55%	15%	15%

TAB. 17 RELAZIONE TRA PRESENZA DI DISTURBI ALIMENTARI NELLA FAMIGLIA DEL SOGGETTO ED EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 2

Presenza disturbi alimentari	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	diario	Non diario	diario	Non diario
Disturbi gravi	66%	34%	0	0	0	0
Disturbi non gravi	75%	0	0	0	25%	0
No disturbi	0	0	18%	0	15%	36%

Tralasciando i soggetti che nel primo e nel secondo tempo abbandonano il trattamento emerge che tutti i soggetti con la presenza all'interno della

famiglia di disturbi più o meno gravi alimentari hanno un calo di BMI alla fine del trattamento. Tutti i soggetti che invece non hanno avuto casi di disturbi alimentari in casa non raggiungono esiti positivi.

Età del soggetto

TAB. 18 RELAZIONE TRA ETA' DEL SOGGETTO ED EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 1

Livello di sviluppo	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	Diario	Non diario	diario	Non diario
pubere	33%	0	22%	33%	12%	0
prepubere	20%	10%	0	40%	20%	20%

TAB. 19 RELAZIONE TRA ETA' DEL SOGGETTO ED EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 2

Livello di sviluppo	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	Diario	Non diario	diario	Non diario
pubere	37,5%	0	25%	37,5%	0	0
prepubere	14%	14%	0	0	14%	58%

Per quanto riguarda il primo tempo (tab. 18), dei soggetti puberi il 33% ha successo e il 55% ha esiti negativi creando un rapporto di 5:3. Dei soggetti ancora non sviluppati, quindi con un'età inferiore ai primi considerati, coloro che appartengono alla categoria di successo sono il 27% contro i 36% della categoria non successo. In entrambi i casi sembra

ci sia lieve vantaggio degli insuccessi nei confronti delle 2 classi d'età. Le differenze, così come il campione, sono troppo piccole, per cui non si può trarre nulla di significativo. I dati sono confermati per il secondo tempo (tab. 19), anche se il numero di soggetti scende ulteriormente e non può permettere una differenziazione obiettiva.

Sesso

TAB. 20 RELAZIONE TRA SESSO DEL SOGGETTO ED EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 1

sesso	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	Diario	Non diario	diario	Non diario
Femmina	36%	9%	9%	18%	9%	18%
maschio	12,5%	0%	12,5%	50%	25%	0

TAB. 21 RELAZIONE TRA SESSO DEL SOGGETTO ED EFFETTO SUL TRATTAMENTO AL TEMPO 2

sesso	Successo		Non successo		Ritirati	
	Diario	Non diario	Diario	Non diario	diario	Non diario
Femmina	37,5%	12,5%	12,5%	0%	12,5%	25%
maschio	16,5%	0%	16,5%	33%	0%	33%

Dalle tabelle relative al primo (tab. 20) e al secondo (tab. 21) tempo emerge che la maggior parte dei successi è stata registrata dalle femmine con un rapporto di 4:1 nel primo tempo e 3:1 nel secondo. La maggior parte degli insuccessi, invece, si è verificata per i maschi con un rapporto

di 3:1 sia nel primo tempo che nel secondo. Questi dati lasciano intravedere una maggiore attenzione per il peso da parte delle bambine considerata la loro maggioranza di frequenze nella categoria successi e minoranza nella categoria non successi.

CAPITOLO 8. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

8.1 Discussione dei risultati

Partendo proprio dall'analisi descrittiva eseguita sui punteggi ottenuti dalla scala BES per entrambi i gruppi il livello medio di salute, valutato secondo i criteri del TACQOL e in base ai totali di ogni categoria pari a 32, è buono per le capacità motorie (28/32), di autonomia (31/32), ma scende per gli aspetti dei disturbi fisici (26/32) e cognitivi (24/32). Decisamente bassi i punteggi per le difficoltà sociali in entrambi i gruppi (20/32).

Con il passare del tempo, per quanto riguarda i valori del BES, vi è un miglioramento evidente dal fatto che la media diminuisce nei soggetti con diario di almeno 4 punti rispetto al tempo 0, allontanandosi dal rischio *binge* e denotando un rapporto migliore con il cibo. Anche per quanto riguarda lo stato di salute generale, indagato con il TACQOL, i valori sono più alti per i soggetti del gruppo sperimentale. Questo suggerisce che la presenza di un mezzo di controllo quale il diario, aiuta anche nel rapporto con il proprio corpo, aumentando l'attenzione verso quest'ultimo e migliorando, quindi, lo stato di salute.

Questi risultati sono confermati anche dall'analisi dei dati del tempo 2, in confronto al tempo 0 quindi a lunga distanza.

I soggetti del diario, inoltre, sembrano avere risultati migliori anche relativamente alla perdita di peso rispetto a quelli senza diario. Questi dati confermano quanto presente in letteratura: se tenuto in modo corretto e con costanza, il diario assolve a due compiti. Per il medico è uno strumento essenziale, anche se approssimati, per la quantificazione

calorica - nutrizionale della dieta abituale, per la stima della qualità (bilancio e ripartizione tra i macro e i micronutrienti) ed utile per la disamina dei fattori inibenti o favorenti l'adesione al regime dietetico, per iniziare lo studio degli eventuali disturbi comportamentali associati (*screening*). Per il paziente è la base per la riflessione sul proprio costume alimentare, è il primo *step* nel processo di autocontrollo, è il confronto con le proprie sensazioni interne, non necessariamente regolate dal cibo rappresenta l'analisi personale delle proprie emozioni e/o compulsioni, e delle situazioni ad alto rischio, il percorso, difficile ma indispensabile, per imparare a distinguere tra fame nervosa e biologica.

L'automonitoraggio è già sufficiente a modificare il comportamento alimentare: il paziente che sta compilando un diario alimentare tende a ridurre il numero di episodi di perdita di controllo ed a regolarizzare il proprio pattern alimentare; l'esperienza clinica mostra che alcuni pazienti perdono peso quando iniziano a compilare il diario, anche in assenza di altri interventi terapeutici. L'uso del diario alimentare a scopo valutativo del comportamento alimentare tenderebbe quindi a far sottostimare l'incidenza o la gravità delle alterazioni del comportamento alimentare.

Analizzando i risultati provenienti dall'analisi dei disegni essi si discostano di molto da quello che mi aspettavo di trovare, in base anche alla letteratura, cioè un forte desiderio di dimagrire sottolineato nel disegno di sé ideale espressa da una maggiore quantità di colori, una figura tanto più longilinea quanto il soggetto è grasso. È probabile che vi sia la percezione consapevole di questo disturbo e ci sia il desiderio

effettivo di dimagrire ma questi rimangono ancora troppo inconsci per essere rappresentati attraverso il disegno.

In conclusione è possibile affermare che il disegno può dare molte informazioni importanti ma non si può pensare che possano darne a proposito di un disturbo alimentare quale quello considerato. Questi disegni infatti non offrono dati particolarmente rilevanti ma si propongono solo di dare un'idea di come il soggetto si percepisce nel momento presente.

Ho ritenuto poi utile soffermare l'attenzione su alcune variabili, a parer mio influenti, che, seppur non centrali nel mio studio, possono dare lo spunto per ulteriori ricerche. In particolare, lo ritengo utile poiché dalle testimonianze degli stessi soggetti sono risultate informazioni molto interessanti.

Tuttavia, considerati i risultati delle ulteriori analisi effettuate, ritengo che alla base del successo nel trattamento dietetico non vi sia solo un mezzo di controllo, come può essere il diario, studiato in questo lavoro. Questo può certo aiutare ad aumentare il successo, contribuendo a incrementare la motivazione al proseguimento. Dai colloqui fatti con i piccoli pazienti sono emerse informazioni molto interessanti circa il loro modo di vivere l'obesità. Alcuni per esempio sono “felici di vedere che i pantaloni vanno larghi”, oppure “ieri sono stata a rifarmi l'armadio ed è stato bello vedere che ho comprato vestiti di due taglie in meno”, ma anche “a me non me ne frega niente di diventare più magro, tanto sto bene così”. Quello che secondo me influenza, seppur in parte, la percezione di sé e i propri desideri è fondamentalmente tutto ciò che sta intorno al paziente e ne costituisce quindi l'ambiente, cioè la famiglia.

Famiglia intesa come rete sociale, di comunicazione ed educazione, dove i valori si tramandano di genitore in figlio e i comportamenti vengono appresi dal figlio per imitazione del genitore. Famiglia però anche intesa come ambiente in cui le problematiche si ripercuotono necessariamente sui figli. Per questo motivo ho fatto una distinzione tra le famiglie che sono composte da un solo genitore e da entrambi, al fine di analizzarne l'influenza che l'equilibrio familiare può avere sul problema alimentare del figlio. Successivamente mi sono soffermata sulla presenza o meno di disturbi alimentari presenti in famiglia, escludendo il soggetto in studio. Infine ho considerato la variabile sesso ed età. Mi sembra quindi importante notare che i soggetti che hanno ottenuto migliori risultati, al di là dell'appartenenza al gruppo di controllo o sperimentale, sono quelli con una famiglia stabile alle spalle e composta da entrambi i genitori. Diversamente i soggetti con disequilibrio familiare o solo con la madre hanno risultati peggiori: o non c'è successo o c'è un forte abbandono del trattamento.

Relativamente ai disturbi alimentari in famiglia la presenza di patologie, più o meno gravi, permettono che i soggetti siano più consapevoli dell'importanza della salute e di un trattamento per ristabilire questa in quanto, in qualche modo, hanno fatto esperienza dei disturbi ad essa collegati e ne conoscono quindi, seppur in maniera indiretta, le eventuali conseguenze. Inoltre le famiglie, i genitori *in primis*, sono più sensibili e quindi più reattive al problema, condizioni queste che contribuiscono ad aumentare l'impegno nel far capire e dare delle regole alimentari ai figli, rivivendo in prima persona le esigenze del loro piccolo in trattamento.

Infine, sembra che non vi sia differenza in termini di successo o insuccesso, con o senza diario per quanto riguarda bambini puberi e prepuberi. Considerando il fattore sesso sembra che le femmine hanno tendenzialmente più successo dei maschi, soprattutto nel gruppo sperimentale. Questo probabilmente perché, avendo interesse per il proprio corpo in anticipo rispetto i coetanei e godendo della virtù di vanitosità sin da piccole, riescono a percepire la necessità di perdere peso in maggior misura rispetto all'altro sesso. Influenti, specialmente sulle femmine, sono i modelli di perfezione e magrezza allo stremo presentati ogni giorno dai media.

8.2 Casi clinici

Per ultimo vorrei, qui di seguito, riportare alcuni casi che per me sono stati significativi. In totale sono 4:

1) Soggetto n° 5, femmina, 16 anni, compilazione del diario, no padre, insuccesso. Nome fittizio: Giovanna.

Giovanna si presenta in ambulatorio accompagnata dalla madre il 2 luglio per la prima visita.

Dopo aver effettuato analisi di routine e aver parlato con il dottore, mentre è in sala d'aspetto per attendere l'esito degli esami, mi avvicino e chiedo a lei e alla madre se vogliono sottoporsi allo studio in atto. Spiego loro di cosa si tratta, accettano, e mentre la madre risponde ai questionari, Giovanna realizza i tre disegni. Quello generale è piccolo, in un angolo del foglio e lo lascia in matita perché "non mi va di colorarlo", quello che rappresenta sé così come si sente è composto prima solo dal volto e poi

da tutto il corpo. Questo viene colorato. Poi passa al disegno di come vorrebbe essere e in questo dimostra molte insicurezze, in un primo momento “non so disegnare, non mi piace”, poi comincia con tratti sottili, tentazione di cancellare. Infine lo colora. Al termine consegno loro i 3 diari e spiego che dovranno essere compilati e riportati al successivo controllo. Tre mesi dopo Giovanna si presenta alla visita di controllo, ripete tutti gli esami, la visita con il dottore, al termine mi vede e viene da me con la madre per riconsegnarmi i diari compilati. Parliamo un po’, mi racconta della visita e mi dice che non ha “perso neanche un grammo”, anzi è ingrassata. Mi spiega di aver avuto nei diari “un buon alleato di forza”, che grazie a tale è riuscita a non sgarrare tanto, ma di risultati non ne aveva visto nessuno. Ripetiamo i questionari e i disegni e per quanto riguarda quello reale dice che “l’ho fatto malissimo, non voglio colorarlo” quasi come per dirmi che era lei stessa a non piacersi più. Quello ideale, diversamente dallo stesso della visita precedente, è più magro del reale e quando le chiedo cosa c’è di diverso tra il reale e l’ideale mi risponde che quello ideale è “più bello, più femminile” e successivamente, dopo un attimo di silenzio “più magro”. L’appuntamento viene fissato per tre mesi dopo. Quando torna per prima cosa dice “non sono dimagrita ancora. Dopo il primo diario sono dimagrita 2 chili, ma la novità non mi aiuta. Quando prendo l’abitudine non faccio più” riferendosi ai diari che ha rispettato solo all’inizio. E poi “con le feste di Natale ho ripreso tutto quello che avevo perso, è più facile quando vado a scuola”. Il disegno del sè reale rappresenta un soggetto particolarmente grasso, mentre realizza il disegno di come si vorrebbe mi racconta, senza nessuna mia richiesta di farlo, la violenta separazione dei

suoi genitori avvenuta quando lei era piccola. Con il padre, poi mi racconta, non ha nessun rapporto e non vuole più saperne. È evidente, mentre parla, ancora una forte dose di sofferenza.

In questo caso sembra chiaro il riferimento alla teoria di Bruch secondo cui quei pazienti che hanno subito un trauma emotivo rivelano che l'aumento di peso avviene in relazione a determinati eventi penosi o particolari cambiamenti nel modello di vita. Si tratta, in genere, di reazioni comportamentali a situazioni di perdita come lutti o separazioni, avvenimenti che attivano angosce di morte, a stati di insoddisfazione. Bruch sottolinea l'importanza della relazione madre-bambino ed evidenzia l'incapacità delle figure genitoriali a riconoscere adeguatamente i bisogni del bambino. Il cibo a volte può rappresentare il principale strumento per rispondere alle esigenze infantili, ma il bambino abituandosi a riceverlo in modo indipendente dai suoi bisogni può diventare da un lato incapace di discriminare la sensazione di fame e sazietà, dall'altro potrebbe sviluppare la tendenza ad usare passivamente il cibo ogniqualvolta si trovi a dover affrontare sensazioni sgradevoli (Massa, 1989).

Se consideriamo che dall'età infantile questo soggetto ha vissuto sempre solo con la madre che, probabilmente, sentendosi in colpa e inadeguata per non poter dare alla figlia un padre e una vita normale cerca di colmare la sua fame di affetto con il cibo.

2) Soggetto n° 13, femmina, 13 anni, compilazione diario, madre con problemi alimentari, successo. Nome fittizio: Roberta.

Roberta accede all'ambulatorio endocrinologico pediatrico per la prima visita il 7 agosto accompagnata da entrambi i genitori. Mentre aspettano il loro turno propongo loro di partecipare allo studio spiegando cosa dovranno fare. Accettano e dopo esami e visita cominciamo. I genitori compilano i questionari, Roberta realizza i tre disegni. Quello che rappresenta il sé ideale è più alto e più magro e dice "più bello" di quello che rappresenta il sé reale. Al termine della sessione la madre racconta che lei e il marito, quando la bambina aveva sei anni si sono separati per circa 4 anni e ora, tornati insieme, hanno un ottimo rapporto; spiega e commenta che quando si erano separati la figlia apriva e chiudeva il frigo, "forse per riempire un vuoto". Ha voluto far seguire la figlia da uno specialista poiché lei stessa, quando aveva dieci anni pesava 90 chili e non voleva che la figlia stesse "male come lei, sia per una questione di accettazione sociale, sia per i primi amori. Sentirsi rifiutati a questa età fa molto male. Io lo so!"

Prima di andar via, al momento del saluto consegno loro i diari che accettano molto volentieri, e la madre dice che quelli saranno molto utili per la buona riuscita, poi aggiunge una lamentela a proposito della poca importanza che viene data alla figura dello psicologo, secondo lei fondamentale per il buon successo delle diete. Al secondo appuntamento Roberta viene solo con la madre, ha perso 5 chili, a proposito dei diari dice che all'inizio li scriveva lei, poi l'ha fatto la mamma, ma non le è pesato farlo ed è disposta a continuare ancora. "Con 5 chili in meno" dice Roberta "mi sento meglio, riesco a correre di più senza stancarmi, mi

piaccio più di prima e posso mettere vestiti che prima non mi andavano”. Il disegno ideale evidenzia un corpo più filiforme del reale, è “più magra e più alta”.

All’ultima visita di controllo viene espressa la soddisfazione dei risultati di 2-3 taglie in meno. Anche se negli ultimi tre mesi il calo è stato minimo non importa, sarà il metabolismo che si sta abituando quindi il processo di dimagrimento è più lento. Nella figura del sé reale realizza un disegno colorato intensamente, in quello della figura ideale disegna un corpo più “femminile” e “più magro” anche se la differenza non è molto visibile.

Alla fine la madre chiede ancora altri diari, “ho intenzione di continuare con questo strumento almeno finché Roberta non avrà raggiunto il suo peso ideale, mi sembrano molto buoni”.

È questo un caso che rappresenta l’importanza, nonché l’esigenza che la presenza di un disturbo alimentare in famiglia può migliorare la prestazione e la motivazione sia nel genitore che nutre il figlio, sia nel figlio che ricerca il cibo, portando ai successi nelle diete.

3) Soggetto n° 10, maschio, 12 anni, no diario, vive solo con la madre, insuccesso. Nome fittizio: Paolo.

Paolo si presenta in ambulatorio accompagnato dalla madre il 29 luglio per la prima visita.

Dopo aver effettuato analisi di routine e aver parlato con il dottore, mentre è in sala d’aspetto per attendere l’esito degli esami, mi avvicino e chiedo a lui e alla madre se vogliono sottoporsi allo studio in atto. Spiego loro di cosa si tratta e accettano un po’ titubanti. La madre comincia a

rispondere ai questionari. Ad ogni domanda si ferma, mi guarda e mi chiede come può lei sapere quali sono i malesseri del figlio, quale è il suo rapporto con il cibo, e come si sente fisicamente. Intanto Paolo realizza i tre disegni. Nessuna delle due rappresentazioni è diversa da come egli è realmente. Quando infatti gli chiedo di disegnarsi come si vorrebbe mi risponde “basta che ricopio l’altro. Voglio essere così come sono”. A queste parole la madre si intromette tra noi e spiega che il problema è suo, non del figlio. “Paolo sta bene, in fondo ha solo un po’ di ciccìa. Non è un dramma, è solo per evitare i rischi al cuore. Non è per una questione estetica, qualche esame ogni tanto non fa male”. Al secondo appuntamento riesco a vedere madre e figlio solo dopo aver già fatto la visita e noto in Paolo una espressione di arrabbiatura. Chiedo cosa è successo e se vogliamo ripetere disegni e questionari. Il bambino mi risponde che non è arrabbiato, “è la mamma che dice che sono arrabbiato”, la madre dal canto suo mi spiega che “il dottore se la prende con me, ma io non c’entro niente. Non ha perso neanche un grammo, non è colpa mia se mangia di nascosto. A lui non gliene frega niente di dimagrire”. A questo punto ripetiamo le prove. La madre, come al primo appuntamento controbatte ogni domanda del questionario definendole assurde e per bambini piccoli, il figlio esegue i disegni in malo modo, con fretta e non li colora. Non vedono l’ora di andare via e appena terminato, senza darmi tempo per dire nulla si alzano, mi salutano e vanno via. Al terzo appuntamento non si presentano per continuo insuccesso nella dieta.

Forse sarebbe valsa la pena approfondire con questo soggetto e con la madre alcuni aspetti. Innanzitutto bisognava capire quanto la madre fosse

opprimente nei confronti del figlio e se questo atteggiamento oppositivo di Paolo non doveva essere considerato come sfida o emancipazione dalla madre. Bisognava capire in quale modo la madre si era posta al ragazzo per fargli capire l'importanza al dimagrimento. Forse bastava solo mettersi al livello del bambino, capire i suoi bisogni, esplorare e curare le sue ferite e dargli speranze nuove. Per mancanza di tempo, di opportunità e di professionalità questo non è stato possibile. Ora Paolo resta a far numero tra i bambini obesi e forse il percorso prima di arrivare ad un trattamento efficace e duraturo è ancora lungo.

4) Soggetto n°15, femmina, 8 anni, no diario, madre con problemi alimentari, successo. Nome fittizio: Marta.

Marta accede all'ambulatorio endocrinologico pediatrico per la prima visita il 3 giugno accompagnata da entrambi i genitori. Mentre aspettano il loro turno propongo loro di partecipare allo studio spiegando cosa dovranno fare. Accettano e dopo esami e visita cominciamo. I genitori si allontanano un po' dalla figlia e compilano i questionari: a proposito delle domande dicono che "sono proprio i problemi che vive nostra figlia". La madre poi aggiunge che ha avuto problemi di anoressia in passato e pensa che la figlia ne risenta. Intanto Marta realizza i tre disegni. Quello che rappresenta il sé ideale è un disegno con molta attenzione per i particolari, soprattutto nello sfondo, infatti dietro la bambina c'è un tramonto, con il sole e il cielo arancione. La bambina di questo disegno è più alta e più magra e, dice, più bella di quella che rappresenta il sé reale.

Al secondo appuntamento appena Marta mi vede corre contenta verso me e mi dice che ha perso 4 chili e mezzo. Dopo la visita, ripetiamo

disegni e questionari e la madre mi dice che “è molto scrupolosa nel seguire la dieta, se va ad una festa di compleanno mangia solo un panino oppure la fetta di torta, ma piccola. Per cena poi chiede di non mangiare niente. Se a colazione mangia una fetta biscottata in più a pranzo non mangia pane. È molto responsabile, non le pesa rinunciare, anzi lo fa con piacere. Forse ha paura di diventare come me”. Quando le chiedo di spiegarmi questa “paura” mi dice che si riferisce al fatto che probabilmente la figlia percepisce il rapporto sbagliato che la madre, ancora a volte, manifesta con il cibo e “vuole dimagrire, senza eccedere, ma rispettando una dieta”, poi si corregge, “anzi, un'alimentazione corretta, proposta da un medico”. I disegni di Marta sono uguali anche se a parole dice che “la bambina del primo” cioè di quello ideale “è più bella e magra dell'altra”.

All'ultimo appuntamento Marta ha perso ancora qualche chilo. Fiera, mi mostra la sua pagella, poi mi dice “sono venuta per disegnare con te, faccio i bimbi dell'altra volta?”. I suoi disegni rappresentano uno stesso soggetto, vestito con gli abiti che lei in quel momento indossa. L'unica differenza è la maggior lunghezza e il colore dei capelli nella rappresentazione del sé ideale.

I genitori ribadiscono la tranquillità e la scrupolosità con cui segue la dieta, e aggiungono che “ormai la segue autonomamente”.

Quando vanno via la bambina, avendo saputo, che non ci saremmo più viste mi abbraccia forte e mi dà un bacio, i genitori mi ringraziano di averli accompagnati per un breve tratto del percorso dietetico e commentano la necessità di una figura con competenze psicologiche al fianco dei

bambini obesi dato che “non sempre si è grassi perché si è malati fisicamente”.

Questo è un caso che dimostra come l’ambiente influenza l’effetto del trattamento. Si è visto qui un connubio tra nucleo familiare intatto e presenza, seppur in passato ma con evidenti ripercussioni nel presente, di un disturbo alimentare grave. I due fattori sembrano rafforzare l’effetto positivo della dieta. Da una parte infatti vi è la sensibilità da parte dei genitori riguardo al problema, e quindi la sicurezza di un sostegno presente, dall’altra l’ambiente familiare sereno predispone ad una tranquillità interiore che permette di mangiare quanto basta, o meglio permette di mangiare correttamente e costantemente. Non vi è la necessità di mangiare per colmare i vuoti, non vi è la necessità di mangiare per mancanza di affetto, non vi è la necessità di mangiare per noia o per abitudine. Importante però è anche la fiducia che dimostrano i genitori per primi e la figlia, seppur per imitazione, nella figura dello psicologo, con cui i genitori si sono confrontati, confidati e si sono sentiti accettati e capiti.

8.3 Il consulto psicologico

Mi è sembrato opportuno presentare questi casi per introdurre, e in certi versi motivare, un argomento tanto lontano dalla realtà ma altrettanto vicino alle esigenze dei pazienti.

Infatti, dai resoconti dei colloqui con i pazienti, o forse sarebbe più corretto dire con i genitori dei pazienti, è emersa la necessità di accompagnare il trattamento medico con un supporto psicologico. Si è visto infatti che anche il diario, ricordo non significativamente a causa

della piccolezza del campione, inteso come strumento di autocontrollo sempre inerente all'ambito psicologico, aumenta la compliance alla dieta.

Questo dato sembra voler indicare quindi il bisogno di sentirsi in qualche maniera sostenuti, seguiti e avere una continua motivazione per arrivare all'obiettivo fissato. Questa metodologia, oltre che attraverso il sistema di controllo, sarebbe auspicabile anche attraverso continui colloqui con uno psicologo. Il medico quindi, da solo, non basta più.

Basti infatti anche considerare cosa si cela dietro un disturbo alimentare grave o non grave esso sia. C'è la famiglia, che deve essere in prima persona informata sui rischi dell'obesità, in questo caso, ed educata a quali atteggiamenti assumere per far rispettare una dieta che poi dieta non è, perchè si tratta di educazione alimentare, che quindi può e dovrebbe essere acquisita da tutti i componenti della famiglia. Ma la famiglia, soprattutto quella instabile o senza un genitore, chiede anche di essere capita, sostenuta ma soprattutto accettata senza giudizio con tutte le sue debolezze e gli errori, in questo caso alimentari, nei confronti del figlio. Bisognerebbe poi capire quali sono i veri motivi che hanno influenzato il continuo ingrassare del bambino. Si ricordi, a questo proposito che la maggior parte dell'obesità infantile è essenziale, non derivata cioè da patologie mediche. Il medico, l'endocrinologo o dietologo che sia, non è in grado di fronteggiare l'obesità anche dal punto di vista psicologico, primo perché probabilmente non ne ha gli strumenti, secondo perché i casi di obesità sono in continuo aumento e non è pensabile di aumentare gli appuntamenti con ogni singolo paziente e dedicargli tutto il tempo di cui necessita. Per questo il medico, prima di tutto, dovrebbe essere sostenuto da uno psicologo di riferimento. Attualmente questa figura al

Burlo è presente, ma è riservata ai pazienti gravi che ne fanno esplicitamente richiesta. Si dimentica, forse, che è proprio chi non ne fa richiesta che ne avrebbe veramente bisogno. E poi, secondo me, non ha tanto senso offrire il servizio solo a chi lo richiede, e addirittura in ordine di gravità anche per un ulteriore motivo: considerato che l'obesità non è una patologia medica il servizio di supporto psicologico dovrebbe essere garantito a tutti, proprio per ottenere risultati efficaci. Solo se il passato è sgombro da fantasmi si può procedere senza ricadere all'indietro: l'unico vero modo per combattere questo disagio è capire perché ci si è rifugiati nel cibo, e con la consapevolezza che non si è intrappolati in se stessi si può vincere qualunque disturbo. Sembra strano usare questi termini se si considera che si parla di bambini, ma come è noto, i bambini assorbono i vissuti dall'ambiente circostante in quantità maggiore e sicuramente in maniera diversa dagli adulti. Agli adulti spetta il compito di aiutarli a discernere il giusto dal non giusto, e se gli adulti non sono in grado di farlo bisogna affidarsi alle mani dell'esperto. È ridicolo, mi permetto di aggiungere e concludo, che il servizio non possa essere garantito a tutti solo per motivi economici. Ognuno ha il diritto di migliorarsi, soprattutto se si tratta di salute, sia fisica che mentale.

Ognuno ha la sua storia, ognuno ha le sue contraddizioni e la sue difese e l'obesità sempre più rappresenta una delle manifestazioni più evidenti del disagio interiore. Per tale motivo bisogna prender coscienza del fatto che il medico, da solo, non è più sufficiente a combattere questo problema, purtroppo, in continua crescita.

8.4 Conclusioni e prospettive future

Il lavoro di ricerca effettuato potrebbe essere quindi definito un lavoro pilota, ricco di spunti di riflessione e base per nuovi studi specifici nel campo dell'obesità infantile. I risultati ottenuti hanno espresso la necessità di trovare innanzitutto un campione più grande di soggetti, ma al di là di questa informazione di procedura, si è confermata l'ipotesi secondo cui un sistema di autocontrollo migliora lo stato di salute e aumenta la compliance alla dieta.

Può essere utile includere, nelle future prospettive, innanzitutto, come ho detto prima, la figura stabile di uno psicologo e una terapia riabilitativa sia a livello familiare sia a livello del paziente parallelamente e congiuntamente al trattamento medico. Sarebbe opportuno inoltre, sensibilizzare tanto i giovani quanto gli adulti alla cura per la propria salute. In particolare per l'obesità sarebbe interessante organizzare seminari in ospedale, nelle scuole, nei posti di lavoro in modo da dare alcune informazioni su rischi, motivazioni e trattamenti di tale patologia. Utile si è dimostrato il mezzo di autocontrollo, il diario, tanto che alcuni genitori me ne hanno richiesti altri per continuare il trattamento.

Affermo questo perché ho visto, quanto sia stato importante avere il mio accompagnamento per i genitori e per i bambini, seppure trimestrale, e potermi raccontare i loro vissuti, quasi cercassero in me delle risposte. Tanti sono gli elementi che sono emersi da questo studio, tante le conferme a ricerche effettuate precedentemente, tanti gli spunti per nuove ricerche.

Quello che spero è che tutti i buoni propositi a riguardo tanto della cura quanto della prevenzione dell'obesità non restino solo parole, ma si trasformino anche in fatti.

CAP. 9 ALLEGATI

9.1 QUESTIONARIO BES

Nome cognome _____

data _____

BINGE EATING SCALE (J. Gormally et al., 1982)

Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni ponete una crocetta su una delle quattro possibilità che sembra più adatta a descrivere la condizione emotiva di vostro figlio.

1.
 - Non penso al mio peso e alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone
 - Mi preoccupo del mio aspetto ma non sono insoddisfatto di me
 - Conosco il mio peso e il mio aspetto e sono deluso di me
 - Conosco il mio aspetto e provo disgusto e vergogna per me stesso. Perciò evito di incontrare altre persone.

2.
 - Mangio lentamente, seduto in maniera corretta
 - Mi sembra di divorare il cibo, ma non mi sento mai sazio
 - A volte mangio troppo velocemente e poi mi sento troppo pieno
 - Di solito divoro il cibo senza neanche masticarlo e poi mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo

3.
 - Quando voglio riesco a controllare i miei impulsi verso il cibo
 - Penso di aver poco controllo sul cibo rispetto ad altre persone
 - Mi sento completamente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo
 - Poiché non so controllare il mio rapporto con l'alimentazione cerco di raggiungere il controllo sul cibo.

4.
 - Non mangio quando sono annoiato
 - Qualche volta mangio quando sono annoiata/o, ma spesso riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
 - Spesso mangio quando sono annoiata/o, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
 - Ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiata/o e niente riesce a farmi smettere

- 5.
- Di solito, quando mangio è perché ho fame
 - Talvolta mangio senza avere fame
 - Mi capita spesso di mangiare per soddisfare una sensazione di fame anche se non ho bisogno di cibo;
 - Anche se non ho fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatta/o solo quando riesco a riempirmi la bocca. Qualche volta, quando questo succede, risputo il cibo per non ingrassare.
- 6.
- Non mi sento per nulla in colpa, né provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo
 - A volte mi sento in colpa o provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo
 - Quasi sempre provo un forte senso di colpa o odio per me stessa/o se ho mangiato troppo
- 7.
- 24 Quando sono a dieta non perdo mai del tutto il controllo sul cibo,
- Quando sono a dieta e mangio un cibo proibito, sento che ormai ho trasgredito e mangio ancora di più
 - Quando sono a dieta e mangio più del dovuto mi dico spesso: “Ormai hai trasgredito, perché non vai fino in fondo?” Quando questo succede, mangio ancora di più
 - Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un’abbuffata.
- 8.
- È raro che io mangi così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o
 - Circa una volta al mese mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o
 - Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti
 - Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male e ho nausea
- 9.
- La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo
 - Qualche volta, dopo aver mangiato troppo, cerco di ridurre le calorie per compensare l’eccesso del pasto precedente.
 - Ho l’abitudine di mangiare troppo di notte. Solitamente non ho fame la mattina e mangio troppo di sera.
 - Da adulto ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto diete da fame, a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo.

- 10.
- Di solito riesco a smettere di mangiare quando lo decido. So quando è ora di dire basta
 - A volte avverto un impulso a mangiare che non riesco a controllare
 - Spesso avverto impulsi a mangiare così forti che non riesco a vincerli, mentre altre volte riesco a controllarmi
 - Mi sento del tutto incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non farcela a smettere di mangiare con un atto di volontà
- 11.
- Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento piena/o
 - Di solito riesco a smettere di mangiare appena mi sento piena/o, ma talvolta mangio così tanto da sentirmi piena/o in modo sgradevole
 - Per me è un vero problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito, alla fine, mi sento piena/o in modo sgradevole
 - Per me è un vero problema smettere di mangiare e qualche volta devo provocarmi il vomito per avere sollievo
- 12.
- Quando sono con gli altri mi sembra di mangiare come quando sono da sola/o
 - Quando sono con gli altri a volte non mangio quanto vorrei
 - Quando sono con gli altri spesso mangio poco, perché mangiare di fronte ad altri mi imbarazza molto
 - Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che lo faccio di nascosto
- 13.
- Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino
 - Faccio tre pasti al giorno e di solito anche degli spuntini
 - Quando faccio molti spuntini salto i pasti regolari
 - Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari
- 14.
- Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare
 - A volte la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare l'impulso a mangiare
 - Spesso passo molto tempo pensando a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare
 - La mia mente è occupata da pensieri sul mangiare. Mi sento continuamente in lotta per non mangiare

15.

- Non penso molto al cibo
- Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo
- Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo
- La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare

16.

- Di solito so se sono affamata/o oppure no. Prendo la porzione giusta per saziarmi.
- A volte non so se ho fame o no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vuole per saziarmi.
- Anche se sapessi quante calorie mangiare, spesso non ho un'idea chiara di qual è una normale quantità di cibo.

9.2 QUESTIONARIO TACQOL

TACQOL

Questionario

per genitori di bambini e ragazzi dai 6 ai 15 anni di età

Prima di iniziare potrebbe rispondere a queste domande?

Suo/a figlio/a è un maschio o una femmina? M F

Qual è la sua data di nascita (giorno/mese/anno)? _____/_____/_____

In che giorno ha compilato questo questionario? _____/_____/_____

ISTRUZIONI

Cari genitori,

vorremmo sapere come vostro/a figlio/a è stato /a nelle ultime settimane.

Nelle pagine seguenti troverete una serie di domande.

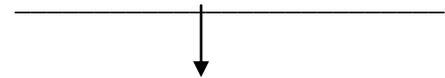
Per ogni domanda ci sono una serie di risposte possibili.

Scegliete la risposta che ritenete più appropriata per vostro/a figlio/a e mettete una crocetta sopra il quadratino accanto alla risposta.

Per esempio (non è necessario che rispondiate a queste domande):

1. Vostro/a figlio/a ha avuto mal di testa?

Mai Qualche volta Spesso

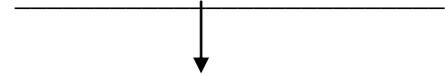


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

2. Vostro/a figlio/a ha avuto mal di orecchio o mal di gola?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

Se vostro/a figlio/a non ha mai avuto mal di testa **nelle ultime settimane**, mettete una crocetta sul quadratino vicino a “**Mai**”. Poi potete passare alla domanda successiva riguardo al mal d’orecchio o al mal di gola come nell’esempio qui sopra.

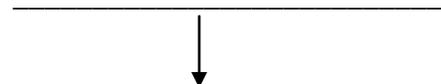
Se ha avuto mal di testa “**qualche volta**” o “**spesso**” mettete una crocetta nell’apposito quadratino. Sotto questi quadratini, troverete scritto “**In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:**” .

Mettete una crocetta sul quadratino che specifica come lui o lei si è sentito/a quando ha avuto mal di testa.

Per esempio

3. Vostro/a figlio/a ha avuto mal di testa?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

Poi potete passare alla domanda successiva.

Dolore e sintomi nelle ultime settimane

Provate a ricordare come vostro/a figlio/a si è sentito/a nelle ultime settimane...

1. Il/La suo/a bambino/a ha avuto mal di orecchio o mal di gola?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

2. Il/La suo/a bambino/a ha avuto mal di stomaco o mal di pancia?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

3. Il/La suo/a bambino/a ha avuto mal di testa?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

4. Il/La suo/a bambino/a ha avuto vertigini?

Mai Qualche volta Spesso

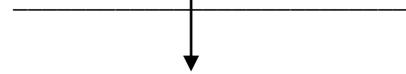


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

5. Il/La suo/a bambino/a ha avuto nausea?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

6. Il/La suo/a bambino/a si è sentito/a stanco/a?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

7. Il/La suo/a bambino/a si è sentito/a assonnato/a?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

8. Il/La suo/a bambino/a si è sentito/a apatico/a?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

9. Il/La suo/a bambino/a ha sofferto di dolore o di altri sintomi?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

Che tipo di dolori o sintomi?

Solo se ha sofferto di dolori o altri sintomi:

10. quale pensate sia stata la causa di questi dolori o di questi altri sintomi?

Cose in cui vostro figlio/a ha avuto delle difficoltà nelle ultime settimane

Provate a ricordare come vostro/a figlio/a è stato/a nelle ultime settimane...

11. Ha avuto difficoltà nel correre?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

12. Ha avuto difficoltà nel camminare?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

13. Ha avuto difficoltà nello stare in piedi?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

14. Ha avuto difficoltà nello scendere le scale?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

15. Ha avuto difficoltà nel giocare?

Mai Qualche volta Spesso

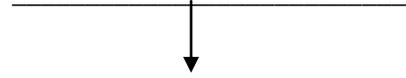


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

16. Ha avuto difficoltà nel correre o camminare per lungo tempo, con forza?

Mai Qualche volta Spesso

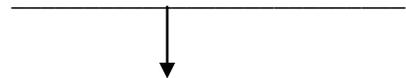


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

17. Ha avuto difficoltà nel mantenere l'equilibrio?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

18. Ha avuto difficoltà nel fare le cose velocemente o facilmente?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

Solo se vostro/a figlio/a ha avuto problemi di questo tipo nelle ultime settimane:

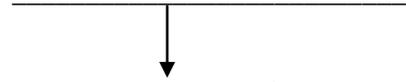
19. Da cosa pensate siano stati causati questi problemi?

Cose in cui vostro/a figlio/a ha avuto difficoltà nelle ultime settimane

Provate a ricordare come vostro/a figlio/a è stato nelle ultime settimane

20. Ha avuto difficoltà nell'andare a scuola da solo/a ?

Mai Qualche volta Spesso

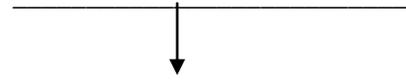


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

21. Ha avuto difficoltà nel lavarsi da solo/a?

Mai Qualche volta Spesso

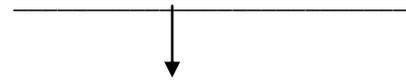


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

22. Ha avuto difficoltà nel vestirsi da solo/a?

Mai Qualche volta Spesso

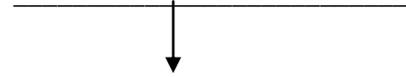


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

23. Ha avuto difficoltà nell'andare in bagno da solo/a?

Mai Qualche volta Spesso

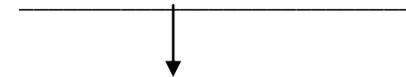


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

24. Ha avuto difficoltà nel mangiare o bere da solo/a

Mai Qualche volta Spesso

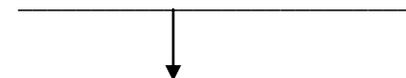


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

25. Ha avuto difficoltà nel praticare sport o nell'andare fuori a giocare da solo/a?

Mai Qualche volta Spesso

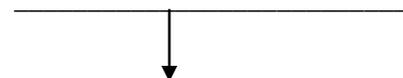


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

26. Ha avuto difficoltà nel praticare i suoi hobbies da solo/a?

Mai Qualche volta Spesso

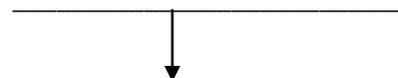


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

27. Ha avuto difficoltà nell'andare in bicicletta?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

Solo se vostro/a figlio/a ha avuto problemi di questo tipo nelle ultime settimane:

28. Da cosa pensate siano stati causati questi problemi?

Cose in cui vostro/a figlio/a ha avuto difficoltà nelle ultime settimane

Provate a ricordare come vostro/a figlio/a è stato nelle ultime settimane

29. Ha avuto difficoltà nel prestare attenzione, nel concentrarsi?

Mai Qualche volta Spesso

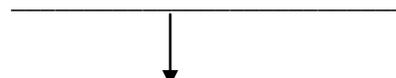


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

30. Ha avuto difficoltà nel comprendere i compiti assegnati a scuola?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

31. Ha avuto difficoltà nel comprendere quello che gli altri dicevano?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

32. Ha avuto difficoltà con la matematica?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

33. Ha avuto difficoltà nella lettura?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

34. Ha avuto difficoltà nella scrittura?

Mai Qualche volta Spesso

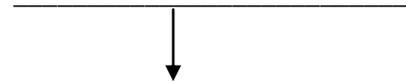


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

35. Ha avuto difficoltà nell'apprendimento?

Mai Qualche volta Spesso

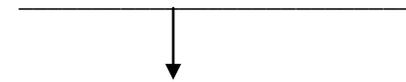


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

36. Ha avuto difficoltà nel dire quello che voleva esprimere?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

Solo se vostro/a figlio/a ha avuto problemi di questo tipo nelle ultime settimane:

37. Da cosa pensate siano stati causati questi problemi?

Rapporti con gli altri bambini/ragazzi e con voi genitori nelle ultime settimane

Provate a ricordare come vostro/a figlio/a è stato nelle ultime settimane

38. Il/La mio/a bambino/a è stato/a capace di giocare o parlare felicemente con gli altri?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

39. Il/La mio/a bambino/a è stato/a capace di far fronte da solo/a agli altri bambini?

Mai Qualche volta Spesso

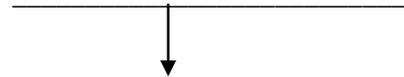


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

40. Gli altri bambini hanno chiesto a mio figlio/a di giocare con loro?

Mai Qualche volta Spesso

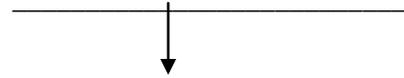


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

41. Il/La mio/a bambino/a si è sentito/a a suo agio con gli altri bambini?

Mai Qualche volta Spesso

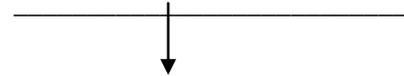


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

42. Il/La mio/a bambino/a è stato/a capace di giocare o parlare felicemente con noi genitori?

Mai Qualche volta Spesso

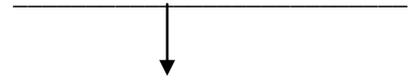


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

43. Il/La mio/a bambino/a è stato/a silenzioso/a, non comunicativo/a con noi genitori?

Mai Qualche volta Spesso

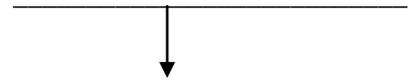


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

44. Il/La mio/a bambino/a è stato/a irrequieto/a o impaziente con noi genitori?

Mai Qualche volta Spesso

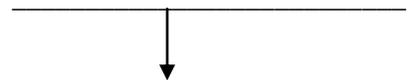


In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

45. Il/La mio/a bambino/a è stato/a disobbediente o provocatorio/a con noi genitori?

Mai Qualche volta Spesso



In quel momento mio/a figlio/a si è sentito/a:

Bene Non molto bene Abbastanza male Male

Se le cose non sono sempre state soddisfacenti nel rapporto con gli altri bambini o con voi:

46. Quale pensate sia il motivo?

Nelle ultime settimane mio figlio/a si è sentito/a ...

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|---------------------------------|
| 47. Gioioso/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 48. Triste | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 49. Di buon umore | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 50. Arrabbiato/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 51. Contento/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 52. Preoccupato/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 53. Entusiasta | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 54. Di cattivo umore | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 55. Rilassato/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 56. Aggressivo/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 57. Felice | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 58. Irritabile | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 59. Fiducioso/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 60. Geloso/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 61. Sorridente | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |
| 62. Ansioso/a | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Qualche volta | <input type="checkbox"/> Spesso |

Se vostro/a figlio/a non si è sempre sentito bene nelle ultime settimane

63. Qual era il motivo?

**Il questionario è finito.
Grazie per averlo completato!**

DIARIO

Data _____

P A S T O		Deviazione
Colazione		
Merenda		
P R A N Z O	1° Piatto	
	2° Piatto	
	Verdura	
	Frutta	
	Pane	
	Merenda	
C E N A	1° Piatto	
	2° Piatto	
	Verdura	
	Frutta	
	Pane	

Mi sono ^{non} attenuta/o

Non mi sono attenuta/o

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV., (2008), Alimentazione e benessere. *Salute per tutti, Enciclopedia medica della fondazione Veronesi*, vol. 16.
- Abraham, A., (1962), *Le dessin d'une personne, le test de Machover.*, Neufchatel et Paris, Delachoux et Niestle.
- Adami, G. F., Gandolfo, P., Campostano, A., Meneghelli, A., Ravera, G., Scopinaro, N., (1998), Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 24(3), pp. 299-306.
- Adami, G., Bauer, B., Gandolfo, P., Scopinaro, N., (1997), Body image in early onset obese patients. *Eating and Weight Disorders*, 2(2), pp. 87-93.
- Aubin, H., *Le dessin de l'infant inadapte*, pag. 43, Tauluse, Privat, 1970.
- Aveni, F., Caputo, G., Cuzzolaro, M., (1998), La dimensione psichica del soggetto obeso. In O. Bosello (ed.), *Obesità. Un trattato multidimensionale* (pp. 493-497). Milano: Kurtis.
- Beck, A., Terry, K., (1985), A comparison of obese and normal weight families' psychological characteristics. *The American Journal of Family Therapy*, 13(1), pp. 55-59
- Bosello, O., Cuzzolaro, M., (2006), *Obesità e sovrappeso: tra malattia e problema estetico*, Bologna, Il mulino.
- Bruch, H., (1973), *Eating disorders. Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books (Tr. It. *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*. Milano: Feltrinelli, 1983).

- Caillè, P., (1988), Il disordine del comportamento alimentare come doppio messaggio. In L. Onnis (ed.), *Famiglia e malattia psicosomatica. L'orientamento sistemico* (pp. 101-109). Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Cairolì, M., (1998), Ruolo dei fattori psicologici nello sviluppo dell'obesità in età evolutiva. *Rivista Italiana di Pediatria* 24(3): 18-22
- Celi, F., Bini, V., De Giorni, G., Molinari, D., Faraoni, F., Di Stefano, G., Bacosi, M. L., Berioli, M. G., Conyessa, G., Falorni, A., (2003), Epidemiology of overweight and obesity among school children and adolescents in three provinces of central Italy, 1991-2001: study of potential influencing variables. *European Journal of Clinic Nutrition*, 57(9), pp. 1045-1051.
- Cena, H., Toselli, A., Tedeschi, S., (2003), Body uneasiness in overweight and obese Italian women seeking weight-loss treatment. *Eating and Weight Disorders*, 8(4), pp. 321-325.
- Cota, D., Vicennati, V., Ceroni, L., Morselli-Labate, A. M., Pasquali, R., (2001), Relationship between socio-economic and cultural status, psychological factors and body fat distribution in middle aged women living in northern Italy. *Eating and Weight Disorders*, 6, pp. 205-213.
- Cuzzarolo, M., (2002), Obesità e Binge Eating Disorder. Nascita di una nuova diagnosi psichiatrica. *Psichiatria di Comunità*, 1(3), pp. 86-94.
- De Vito, E., La Torre, G., Langiano, E., Berardi, D., Ricciardi, G., (1999), Overweight among secondary school and obesity children in central Italy. *European Journal of Epidemiology*, 15(7), pp. 649-654.
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C., Crosby, R. B., (1994), Eating related and general

psychopathology in obese female with binge eating disorder.

International Journal of Eating Disorders, 15(1), pp. 43-52.

Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Dobrow, I., (2003), What is this thing called BED? Current status of Binge Eating Disorder nosology.

International Journal of Eating Disorders, 34(suppl.1), pp. S2-S18

Dietz, W. H., (1995), Childhood obesity: prevalence and effect. In K. D. Brownll, C. F. Fairburn (eds.), *Eating disorder and obesity*, pp. 438-440.

Dietz, W. H., (1995), Does Hunger Cause Obesity? *Pediatrics*, Vol. 95 pp. 766-767.

D'Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *J.ournal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

Epstein, L. H., McCurley, J., Wing, Rena, R., Valoski, A., (1990), Five-year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 58(5), 661-664.

Epstein, L. H., Wing, Rena, R.,Koeske, R., Valoski, A., (1986), Effect of parent weight on weight loss in obese children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 54(3), 400-401.

Fitzgibbon, M. L., Sànchez-Johnsen, L. A. P., Martinovich, Z., (2003), A test of the continuity perspective across bulimic and binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), pp. 83-87.

Fjeldstad, C., Fjeldstad, A. S., Acree, L. S., Nickel, K. J., Gardner, A. W., (2008), The influence of obesity on falls and quality of life. *Dyn. Med.* 7: 4.

- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Musante, G. J., (2002), Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, 10(1), pp. 33-41.
- Ganley, R. M., (1986), Epistemologia, modelli familiari e psicosomatica: il caso dell'obesità. In L. Onnis (ed.), *Famiglia e malattia psicosomatica. L'orientamento sistemico* (1988, pp. 147-168). La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Gladis, M. M., Wadden, T. A., Foster, G. D., Vogt, R. A., Wingate, B. J., (1998), A comparison of two approaches to the assessment of binge eating in obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), pp. 17-26.
- Gnavi, R., Spagnoli, T. D., Galotto, C., Pugliese, E., Carta, A., Cesari, L., (2000), Socioeconomic status, overweight and obesity in prepuberal children: a study in an area of northern Italy. *European Journal of Epidemiology*, 16(9), pp. 797-803.
- Goldsmith, S. J., Anger-Friedfeld, K., Beren, S., Rudolph, D., Boeck, M., Aronne, L., (1992), Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), pp. 63-71.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., Rardin, D. (1982), The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7, pp. 47-55.
- Grover, V., Keel, P., Mitchell, J. P., (2003), Gender differences in implicit weight identity. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), pp. 125-135.

- Jirik-Babb, P., Geliebter, A., (2003), Comparison of psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese, adult, female outpatients. *Eating and Weight Disorders*, 8, pp. 173-176.
- Machover K., (1949), Personality projection in the drawing of the human figure, Springfield Il1.,Ch. Thomas.
- Mannucci E., Rotella C.M., Ricca V. (1997), L'obesità. Manuale pratico di diagnosi e terapia, Firenze, SEE.
- Mannucci, E., Ricca, V., Rotella, C. M., (2001), Il comportamento alimentare nell'obesità: fisiopatologia e clinica. Milano: Edra.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., (2003), The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), pp. 333-341.
- Massa, S., (1989), L'obesità come manifestazione di sofferenza psichica. *Giornale storico di psicologia dinamica*, 13 (25), pp. 105-133.
- McBurney, D. H., (2001), Metodologia della ricerca in psicologia, 3° edizione, Bologna, Il mulino.
- Molinari, E., Riva G., (2004), Psicologia clinica dell'obesità: ricerche ed interventi. Torino, Boringhieri.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., Crosby, R. D., Seim, H. C., Crow, S. J., (1996), Clinical characteristics associated with binge eating in obese female: a descriptive study. *International Journal of Obesity*, 20, pp. 324-331.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli A., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J., (2003), Obesity and Psychiatric Disorder: Developmental Trajectories, *Pediatrics* 111(4):851-859.

- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D., Johnson, C. L., (2002), Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), pp. 1728-1732.
- Ogden, J., Elder, C., (1998), The role of family status and ethnic group on body image and eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 23(3), pp. 309-315.
- Paxton, S. J., Diggins, J., (1997), Avoidance coping, binge eating and depression: an examination of the escape theory of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), pp. 83-87.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., Monteith, D., (2001), Obesity, borderline personality symptomatology and body image among women in a psychiatric outpatients setting. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), pp. 76-79.
- Santonastaso, P., Arnuzzo, P., Favaro, A., Pierri, M., Tallandini A.M., Vido, L., (1993), Il disturbo dell'immagine corporea nell'obesità giovanile: studio controllato in un gruppo di 58 soggetti. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 60(4-5), pp. 337-353.
- Scarpi, P., (1998), Prospettive storico-antropologiche dell'obesità. In O. Bosello (ed.), *Obesità. Un trattato multidimensionale* (pp. 171-178). Milano: Kurtis.
- Schwartz, D. J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., Thompson, J. K., (1999), Body image, psychological functioning and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), pp. 339-343.

- Selvini Palazzoni, M., (1963), *L'anoressia mentale: dalla terapia individuale alla terapia familiare* (edizione 3.0). Milano: Feltrinelli.
- Sorbara, M., Geliebter, A., (2002), Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating and age of onset of obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), pp. 416-423.
- Speiser, P. W., Rudolf, M. C. J., Anhalt, H., Chiarelli, F., Gruters, A., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Zadik, Z., Zuckerman-Levin, N., Hochberg, Z., (2005), Consensus statement: childhood obesity. *The journal of clinical endocrinology & metabolism*, 90(3), pp. 1871-1887.
- Spitzer, R. L. Yanovski, S. Z., Wadden, T., Wing, R., (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), pp. 137-153.
- Stuart, R.R., (1967), Behavioral control of overeating. *Behav. Res. Ther.* 5, pp. 357-365.
- Stunkard, A. J., Allison, K. C., (2003a), Binge eating disorder: disorder or marker? *International Journal of Eating Disorders*, 34(suppl.1), pp. S107-S116.
- Stunkard, A. J., Allison, K. C., (2003b), Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*, 27(1), pp. 1-12.
- Stunkard, A. J., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss E., Young L., (1996), Binge eating disorder and the night eating syndrome. *International Journal of Obesity*, 20(1), pp. 1-6.

- Telch, C. F., Agras, W. S., (1994), Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), pp. 53-61.
- Verrrips, G. H. W., Vogels, T., Verloove-Vanhorick, S. P., Fekkes M., Kamphuis, R. P., Koopman, H.M., Theunissen, N. C. M., Wit, J. M. (1998), Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form. *Quality of Life Research*, 7, pp. 457–465.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Letizia, K. A., Wilk, J. E., (1993), Metabolic, anthropometric and psychological characteristics of obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), pp. 17-25.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Letizia, K. A., Wilk, J. E., (1993), Metabolic, anthropometric and psychological characteristics of obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), pp. 17-25.
- Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Diets, W. H., Felitti, V. J., (2002), Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obese*, 26(8), pp. 1075-1082.
- Wilson, G. T., Nonas, C. A., Rosenblum, G. D., (1994), Assessment of binge eating in obese patients. *The International Journal of Eating Disorders*, 13, pp. 25-33.
- Womble, L. G., Williamson, D. A., Martin, C. K., Zucker, N. L., Thaw, J. M., Netemeyer, R., Lovejoy, J. C., Greenway, F. J., (2001), Psychosocial variables associated with binge eating disorder in obese

male and females. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), pp. 217-221.

Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., Spitzer, R. L., (1993), Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subject. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1472-1479.

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
I PARTE: ASPETTI DELL'OBESITA'	
CAP. 1 SIGNIFICATO DELL'OBESITA'	
1.1 Premessa	pag. 4
1.2 Il significato semantico e culturale dell'obesità	pag. 5
CAP. 2 IPOTESI MULTIGENETICHE DELL'OBESITA'	
2.1. Premessa	pag. 10
2.2. Obesità essenziale	pag. 11
2.2.1. Errato comportamento alimentare	pag. 11
2.2.2. Ambiente familiare	pag. 12
2.2.3. Riduzione attività fisica	pag. 13
2.2.4. Condizione sociale	pag. 14
2.2.5. Carenze affettive	pag. 14
2.3. Obesità secondaria	pag. 16
CAP. 3 OBESITA' INFANTILE: ASPETTI MEDICI	
3.1. La valutazione dell'obesità...	pag. 19
3.1.1. ...negli adulti	pag. 20
3.1.2. ...nei bambini	pag. 21
3.2. Epidemiologia	pag. 25

3.3. Fattori di rischio	pag. 32
3.4. Conseguenze mediche	pag. 33

CAP. 4 OBESITA' INFANTILE: ASPETTI PSICOLOGICI

Premessa	pag. 36
4.1. Approccio analitico	pag. 37
4.1.1. Bruch e l'obesità come espressione di sofferenza	pag. 37
4.2. Approccio cognitivo-comportamentista	pag. 40
4.3. <i>Binge Eating Disorder</i> e psicopatologia	pag. 41
4.4. Conseguenze sulla percezione di sé	pag. 49

CAP. 5 OBESITA' INFANTILE: ASPETTI SOCIALI

5.1. Prevenzione	pag. 61
5.2. Iniziative in corso	pag. 63
5.3. Conseguenze economiche	pag. 68

CAP. 6 TRATTAMENTO DIETETICO

6.1. La figura del dietologo	pag. 69
6.2. La figura dello psicologo	pag. 72
6.3. Altri interventi	pag. 76

II PARTE: RICERCA E CONSIDERAZIONI

CAP. 7 RICERCA SPERIMENTALE

Premessa	pag. 80
7.1 Obiettivi	pag. 83
7.2 Metodo	pag. 85
7.2.1. Soggetti	pag. 85
7.2.2. Strumenti	pag. 86
7.3 Procedura	pag. 91
7.4 Analisi dei dati	pag. 92
7.5 Composizione del nucleo familiare, presenza di disturbi alimentari in famiglia, età e sesso	pag. 101

CAP. 8 Discussione e conclusione

8.1 Discussione dei risultati	pag. 107
8.2 Casi clinici	pag. 111
8.3 Il consulto psicologico	pag. 119
8.4 Conclusione e prospettive future	pag. 122

CAP. 9 ALLEGATI

9.1 BES	pag. 124
9.2 TACQOL	pag. 128
9.3 Diario	pag. 143

BIBLIOGRAFIA	pag. 144
--------------	----------

INDICE	pag. 153
--------	----------