

Riccardo Dalle Grave

IL PRIMO PASSO PER PERDERE PESO

**Informazioni sulla terapia
cognitivo comportamentale
dell'obesità**



Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in alcuna forma o con alcun mezzo, compresa la registrazione o le fotocopie, senza il permesso scritto dell'Editore.

Copertina di Elena Mischiatti
ISBN: 88-8429-030-9

© 2003, 2010 Positive Press
Via Sansovino, 16 - 37138 Verona
Tel. 045 8102807 - Fax 045 8102884
e-mail: positivepress@tin.it
<http://www.positivepress.net>
Seconda edizione Positive Press gennaio 2010

INDICE

Introduzione	5
Capitolo 1	
Obesità: i fatti	7
Capitolo 2	
Analisi del recupero del peso corporeo	45
Capitolo 3	
Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità	59
Appendice	
Indirizzi utili	85
Bibliografia	89

INTRODUZIONE

In questo libro sono riportate informazioni sul sovrappeso, sull'obesità e sulla terapia cognitivo comportamentale, un'innovativa forma di cura consigliata dall'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP) per favorire non solo una perdita di peso corporeo salutare, ma anche l'accettazione e il mantenimento del peso corporeo perduto.

Il libro va letto prima di prendere la decisione di iniziare il programma di perdere peso. Conoscere i problemi determinati dal sovrappeso e dall'obesità, le difficoltà associate al mantenimento del peso corporeo perduto è un passo essenziale per iniziare la cura nel modo migliore. Prendetevi del tempo, leggete tutte le parti del libro con calma e in modo accurato, sottolineando le cose che non vi sono chiare e che volete discutere con il vostro terapeuta.

Buona lettura!

*Dr. Riccardo Dalle Grave
Presidente AIDAP*

Capitolo 1

OBESITÀ: I FATTI

L'obesità è una condizione d'accumulo anormale o eccessivo di grasso nel tessuto adiposo che può danneggiare la salute (Garrow, 1991).

CLASSIFICAZIONE

Per valutare il proprio livello di peso corporeo va calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC), che si ottiene dividendo il peso corporeo in chili per il quadrato dell'altezza espressa in metri (kg/m^2). Si è sottopeso se l'IMC è al di sotto di 18,5, normopeso se è tra 18,5 e 24,9, sovrappeso se è tra 25 e 29,9 e obesi se è uguale o al di sopra di 30. Ad esempio, una persona alta 1,63 m che pesa 85 kg è obesa perchè ha un IMC di 32 [$85/1,63^2 = 32$].

La classificazione deriva dall'osservazione dell'esistenza di una relazione tra livelli di IMC e rischio di malattia e di morte. Il rischio minore è presente negli

individui con IMC compreso tra 18,5 e 24,9 (area del normopeso), il maggiore in quelle con IMC elevato o basso. La tabella 1.1 riporta la classificazione del peso corporeo e il rischio di malattia in base ai livelli di IMC.

Numerosi studi hanno evidenziato che le persone che hanno il grasso localizzato in modo prevalente in sede addominale (all'interno della pancia) hanno mag-

giori rischi per la salute rispetto a quelle che lo hanno distribuito soprattutto in sede periferica (glutei e gambe) e sottocutanea (al di sotto della pelle). Un metodo semplice per valutare il proprio contenuto di grasso addominale è quello di farsi misurare la circonferenza vita con i modi descritti nella figura 1.1. Una circonferenza vita superiore a 102 cm negli uomini e a 88 cm nelle donne indica un'eccessiva quantità di grasso addominale (vedi tabella 1.2) e si associa a un aumentato rischio di diabete tipo 2, dislipidemia, ipertensione arteriosa e malattie cardiovascolari.

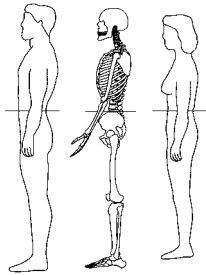
Tabella 1.1. Classificazione dei livelli di peso in base all'IMC (kg/m²)		
IMC (kg/m²)	Categoria di peso	Rischio di malattia
<18,5	Sottopeso	Basso (aumento del rischio per altri problemi clinici)
18,5-24,9	Normopeso	Normale
25,0-29,9	Sovrappeso	Aumentato
30,0-34,9	Obesità di classe 1	Moderato
35,0-39,9	Obesità di classe 2	Severo
≥40,0	Obesità di classe 3	Molto severo

La tabella è stata adattata da Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. WHO, Geneve, June 1997.

DISTRIBUZIONE

La prevalenza del sovrappeso e dell'obesità sta aumentando in modo preoccupante sia nei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo, tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1998 ha coniato il termine "epidemia globale dell'obesità".

I dati di prevalenza di sovrappeso ed obesità nella popolazione italiana valutati dall'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT (vedi tabella 1.3) confermano la tendenza mondiale ed evidenziano un aumento significativo di queste condizioni dal 1994 al 2000.

Figura 1.1 La misurazione della circonferenza vita

Istruzioni per la misurazione della circonferenza addominale (secondo il protocollo delle NHANES III)

Per individuare il livello in corrispondenza del quale va misurata la circonferenza addominale, per prima cosa deve essere fissato e segnato un punto di repere osseo. Con il soggetto in piedi e l'esaminatore alla sua destra, s'individua la porzione prossimale del femore per localizzare la cresta iliaca di destra. Appena sopra la porzione superiore del bordo laterale della cresta iliaca di destra va tracciato un segno orizzontale che poi viene incrociato con un tratto verticale corrispondente alla linea ascellare media. Il nastro per la misurazione va posizionato in corrispondenza di un piano orizzontale tutto intorno all'addome al livello del punto individuato e segnato sulla parte destra del tronco. Il piano su cui giace il nastro è parallelo al pavimento ed il nastro va posizionato senza comprimere l'addome. La misurazione va effettuata ad una respirazione minima normale.

Tabella 1.2 Circonferenza vita e rischio per la salute

	Rischio elevato
Uomini	>102 cm
Donne	>88 cm

Da *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report, 1998.*

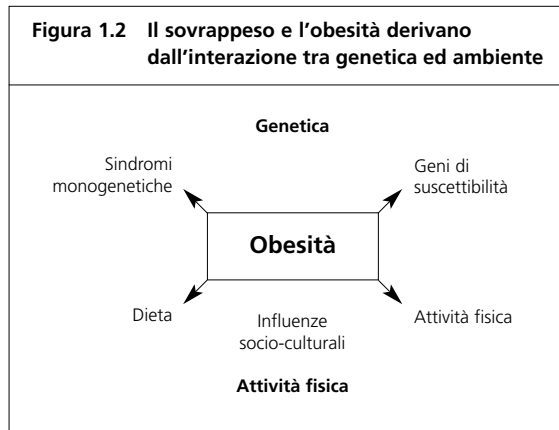
Tabella 1.3 Livelli di peso nella popolazione italiana

Classi di IMC	Uomini		Donne		Totale	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Sottopeso	1,0	1,2	6,2	6,3	3,7	3,8
Normopeso	51,0	48,0	60,9	57,8	56,1	53,1
Sovrappeso	39,8	41,0	25,3	25,7	32,2	33,1
Obesi	7,6	9,5	7,0	9,9	7,3	9,7

Tratto da D'Amicis & Quaccheri (2000). Dati preliminari Istat già citati nel "2° Rapporto sull'obesità. Edito dall'Istituto Auxologico Italiano. Franco Angeli editore Milano 2000".

CAUSE

Il sovrappeso e l'obesità si formano per l'interazione di fattori genetici e ambientali (vedi figura 1.2), che portano a sviluppare per un lungo periodo di tempo un bilancio energetico positivo (calorie assunte maggiori di quelle consumate).



Genetica

Il ruolo della genetica nello sviluppo dell'obesità è stato confermato da numerose ricerche. In epoca pre-genomica (prima della completa conoscenza del genoma umano) alcuni studi evidenziarono che i bambini adottivi avevano un peso corporeo simile a quello dei loro genitori biologici, ma significativamente diverso da quello dei loro genitori adottivi. Uno studio osservò che i gemelli omozigoti (geneticamente uguali) cresciuti in luoghi diversi avevano un peso corporeo simile tra loro, nonostante fossero stati esposti ad un ambiente diverso.

Negli ultimi anni la completa conoscenza del genoma umano ha permesso di capire che un singolo o un multiplo difetto genetico è responsabile solo di alcune rare forme di obesità umana. Negli altri casi la predisposizione genetica sembra agire sotto l'azione combinata di numerosi "geni di suscettibilità" (ne sono stati identificati più di 600) che aumentano il rischio di sviluppare un bilancio energetico positivo quando si è esposti ad un ambiente che favorisce l'alimentazione in eccesso e/o la ridotta attività fisica.

Il ruolo della genetica nello sviluppo dell'obesità umana, sebbene sia stato dimostrato in modo inequivocabile, non va eccessivamente enfatizzato: i geni

umani non possono aver subito mutazioni così importanti e rapide per spiegare l'aumento drammatico della prevalenza mondiale dell'obesità osservato negli ultimi dieci anni. Il principale imputato dell'epidemia globale dell'obesità è l'ambiente in cui viviamo che, promuovendo comportamenti non salutari, favorisce lo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità negli individui geneticamente predisposti.

Ambiente

Influenze socio-culturali

Un'osservazione comune è l'aumento di obesità in individui che emigrano in società occidentali rispetto a quelli, con lo stesso patrimonio genetico, che rimangono nel loro paese d'origine. Tale osservazione dimostra che i fattori socio-culturali rivestono un'importanza fondamentale nello sviluppo dell'obesità e che l'ambiente condiziona in modo decisivo il comportamento alimentare e i livelli di attività fisica degli individui.

Il processo di modernizzazione e di transizione economica osservato nella maggior parte delle nazioni del mondo ha portato a una progressiva industrializzazione e a un'economia basata sul commercio

all'interno di un mercato globale. Tale cambiamento ha determinato notevoli miglioramenti nello standard di vita, ma anche alcune conseguenze negative sullo stile di vita, in modo particolare sul modo di alimentarsi e sui livelli di attività fisica, che hanno favorito il propagarsi del sovrappeso e dell'obesità.

L'industria del cibo ha modificato la qualità degli alimenti abitualmente consumati; la stagionalità del cibo è stata superata, le porzioni degli alimenti sono sempre più abbondanti e la disponibilità alimentare di cibi a basso costo ipercalorici e ricchi di grassi supera di gran lunga il fabbisogno.

Accanto a una modificazione dello stile e della qualità dell'alimentazione, il trasporto motorizzato, gli elettrodomestici e i macchinari per il lavoro hanno costretto i cittadini a una vita sempre più sedentaria sul lavoro e nel tempo libero.

Dieta

Numerosi studi hanno ripetutamente evidenziato che i fattori dietetici, in particolar modo i livelli di grassi e di calorie assunti, sono i principali responsabili dello sviluppo del sovrappeso e dell'obesità.

I grassi dietetici apportano più calorie per grammo rispetto agli altri macronutrienti (grassi = 9 calorie per grammo, proteine e carboidrati = 4 calorie per

grammo) e perciò, a parità di peso, hanno un maggior numero di calorie, in altre parole hanno un'elevata densità energetica). I grassi, a differenza dei carboidrati e delle proteine, stimolano poco la sazietà, così la loro assunzione facilita un'assunzione eccessiva di calorie. I cibi ad alto contenuto di grassi, in modo particolare i dolci, sono in genere molto palatabili e determinano una sensazione gradevole non appena sono messi in bocca e ciò facilita il loro consumo in eccesso. I grassi, se assunti in eccedenza, tendono a depositarsi in modo efficiente nel tessuto adiposo; si è calcolato, ad esempio, che l'eccesso di grassi con la dieta è depositato nel tessuto adiposo con un'efficienza di circa il 96%, mentre più della metà delle calorie in eccesso proveniente dai carboidrati e dalle proteine è ossidata e non depositata come grasso.

L'obesità può svilupparsi per un'assunzione eccessiva di calorie rispetto a quelle consumate, anche se il contenuto di grassi non è elevato. Tale osservazione pone l'accento sull'importanza di controllare non solo il contenuto di grassi nella dieta, ma anche il suo contenuto calorico.

L'eccessiva assunzione di grassi e di calorie può derivare da cattive abitudini apprese durante la vita, da un ambiente troppo ricco di cibo che stimola l'alimentazione

in eccesso o da alcuni problemi emotivi che si accompagnano ad alimentazione eccessiva e in taluni casi a episodi bulimici ricorrenti (vedi sotto il disturbo da alimentazione incontrollata).

Attività fisica

L'attività fisica è l'elemento più variabile del bilancio energetico, rappresentando il 20-50% del consumo totale giornaliero d'energia. Nei paesi sviluppati l'aumentata prevalenza del sovrappeso e dell'obesità va in parallelo con la diminuzione dei livelli di attività fisica e l'aumento dei comportamenti sedentari.

La quantità totale di energia consumata durante l'attività fisica dipende dalle caratteristiche dell'esercizio (modalità, intensità, durata e frequenza) e da quelle dell'individuo (grado di forma fisica, taglia corporea). L'esercizio fisico abituale aumenta lievemente anche il consumo energetico a riposo. Le persone allenate, rispetto a quelle sedentarie, consumano più grassi a equivalenti livelli di dispendio energetico e così sono più resistenti a sviluppare un eccesso di peso anche se consumano una dieta ricca di grassi.

COMPLICANZE MEDICHE

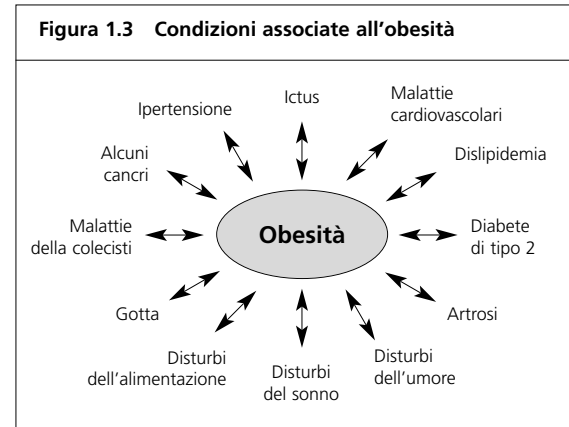
Numerosi studi hanno evidenziato che sovrappeso e obesità si associano a un incremento di tutte le cause di morte e aumentano significativamente il rischio di sviluppare alcune malattie, come ad esempio il diabete di tipo 2, le malattie cardio-vascolari, i disturbi del sonno e del respiro e alcune forme di cancro (vedi figura 1.3). L'obesità, con le conoscenze che abbiamo oggi, non può più essere considerata un semplice problema estetico che affligge alcune persone, ma un importante problema medico che minaccia la salute e il benessere globale della popolazione.

IMC e mortalità

Nella maggior parte degli studi eseguiti emerge che il tasso di mortalità inizia ad aumentare quando il IMC è ≥ 25 . L'incremento della mortalità è modesto fino a un IMC di 29,9, ma quando supera questo valore è notevole, fino al 50-100% in più rispetto a un IMC compreso tra 20 e 24,9 (vedi figura 1.4).

N.B. Nella valutazione del rischio è importante calcolare non solo il livello di IMC, ma anche la distribuzione

del tessuto adiposo (vedi sopra misurazione della circonferenza vita); è stato, infatti, riconosciuto che un'eccessiva quantità di grasso intra-addominale è un importante fattore nel determinare il livello di rischio per la salute dell'individuo, indipendentemente dall'IMC.



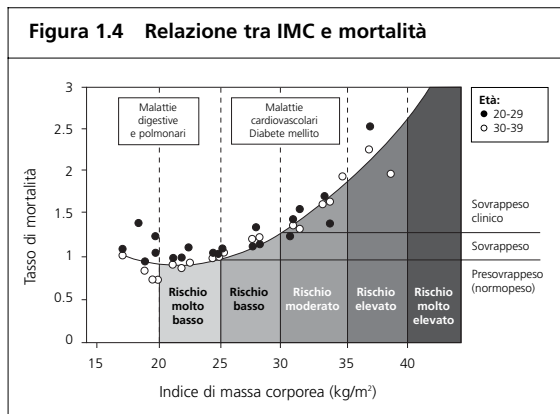
Tratta da Bray G.A. (2003). Contemporary Diagnosis and Management of Obesity (2nd Edition). Handbook in Health Care Co. Newton: Pennsylvania.

Diabete

Maggiore è il peso corporeo e più elevato è il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 (non insulino dipendente). Il *Nurses' Health Study* ha dimostrato che, rispetto alle donne con IMC <21, il rischio di diabete di tipo 2 aumenta cinque volte in quelle che hanno un IMC di 25-28, ventotto volte in quelle con IMC di

30 e novantatre volte in quelle con IMC >35. In modo simile il rischio di diabete di tipo 2 negli uomini aumenta a partire da un IMC >24.

Il diabete di tipo 2 si associa allo sviluppo di numerose complicanze mediche, quali malattie renali (nefropatia diabetica), visive (retinopatia con potenziale perdita della vista), neurologiche (neuropatia periferica con rischio di sviluppare ulcere ai piedi, disfunzioni sessuali, alterazioni genito-urinarie e gastrointestinali) e cardiovascolari.



Tratta da Bray G.A. (2003). *Contemporary Diagnosis and Management of Obesity (2nd Edition)*. Handbook in Health Care Co. Newton: Pennsylvania.

Iperensione arteriosa

Con l'incremento del IMC aumenta la pressione sistolica (massima) e diastolica (minima). I dati provenienti da vasti studi sulla comunità mostrano che la prevalenza di ipertensione arteriosa (pressione sistolica >140 mm Hg o pressione diastolica >90 mm Hg) negli adulti con IMC ≥ 30 è del 38,4% negli uomini e del 32,2% nelle donne, mentre in quelli con IMC <25 è del 18,2% negli uomini e del 16,5% nelle donne. L'ipertensione arteriosa è uno dei più importanti fattori di rischio per lo sviluppo delle malattie cardiovascolari.

Dislipidemia

Lobesità è associata a tre anomalie dei lipidi (grassi) circolanti: (1) aumento dei trigliceridi; (2) diminuzione del colesterolo HDL-C (il cosiddetto colesterolo buono); (3) aumento delle LDL piccole e dense (il cosiddetto colesterolo cattivo). Tale combinazione aumenta in modo significativo il rischio di sviluppare gravi malattie delle arterie coronariche.

Sindrome metabolica

Lobesità, in particolare quella con una distribuzione del grasso corporeo prevalente a livello addominale, favorisce l'instaurarsi di resistenza insulinica e lo sviluppo della "sindrome metabolica", condizione che viene definita quando un individuo ha tre o più delle seguenti alterazioni:

- Obesità addominale (circonferenza vita >102 cm negli uomini, >88 cm nelle donne)
- Ipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dl)
- Bassi livelli di HDL-C (<40 mg/dl negli uomini, <50 mg/dl nelle donne)
- Pressione arteriosa alta ($\geq 130/85$ mm Hg)
- Glicemia a digiuno elevata (≥ 100 mg/dL)

La sindrome metabolica aumenta in modo significativo il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari.

Malattie cardiovascolari

Lobesità aumenta il rischio di sviluppare gravi malattie cardiovascolari (es. angina pectoris, infarto miocardico non fatale e morte improvvisa). Il *Nurses' Health Study* ha osservato che il rischio di malattie cardiovascolari aumenta di due volte nelle persone in sovrappeso e più di tre volte in quelle con obesità.

Un altro problema cardiaco spesso osservato nelle persone affette da obesità è lo sviluppo di un'ipertrofia del muscolo cardiaco che nel tempo può portare a una grave condizione di scompenso cardiaco.

Le persone affette da obesità, infine, hanno un aumentato rischio di ictus ischemico che può essere una condizione mortale o avere delle gravi conseguenze sulla qualità della vita.

Cancro

Numerosi studi hanno trovato un'associazione positiva tra obesità e incidenza di certi cancri (es. endometrio, ovaie, cervice uterina, mammelle nelle donne in post-menopausa, prostata, colon, colecisti e rene). L'aumentata incidenza di queste neoplasie nelle persone con obesità sembra essere sia la diretta conseguenza di modificazioni ormonali sia di una dieta ricca di grassi e povera di fibre.

Malattie della colecisti

La colelitiasi, cioè lo sviluppo di calcoli nella colecisti, si verifica da tre a quattro volte più frequentemente nelle persone con obesità, rispetto a quelle in normopeso. L'incidenza aumenta con l'età e con l'aumentare del livello di obesità. Le donne sono particolarmente a rischio.

Artrosi e gotta

Gli individui in sovrappeso o in una condizione di obesità hanno un aumentato rischio di sviluppare

l'artrosi a causa del carico eccessivo del peso sulle articolazioni. Per quanto riguarda l'associazione tra obesità e gotta, si è osservato che negli uomini vi è un marcato aumento del livello di acido urico all'aumentare del IMC mentre ciò non si osserva nelle donne.

Malattie polmonari

Le apnee notturne si verificano in più del 10% degli uomini e delle donne con un IMC >30 e il 65-75% dei soggetti con apnee notturne ha una condizione di obesità. Oltre all'IMC le apnee notturne sono legate al quantitativo di grasso localizzato a livello dell'addome e del collo. Una minoranza di persone affette da obesità sviluppa una seria condizione medica caratterizzata da frequenti episodi di apnee, che in alcuni casi si verificano anche nelle ore diurne. In questa condizione è presente anche sonno disturbato con frequenti risvegli determinati dalla ripresa del respiro dopo l'episodio di apnea. Tali modificazioni costituiscono la manifestazione clinica della sindrome obesità-ipoventilazione che aumenta in modo considerevole il rischio di insufficienza respiratoria, ipertensione arteriosa, aritmie cardiache, malattie cardiovascolari e scompenso cardiaco

Funzione mestruale, fertilità e gravidanza

L'obesità nelle donne in pre-menopausa è associata a irregolarità mestruali e amenorrea. Uno studio ha trovato che all'età di 18 anni livelli elevati di IMC si associano con più elevata frequenza a infertilità ovulatoria. La condizione più importante associata all'obesità addominale è la "sindrome dell'ovaio policistico", che determina infertilità, disturbi mestruali, irsutismo, iperandrogenismo e anovulazione. La sindrome è associata all'iperinsulinemia e alla resistenza insulinica.

L'obesità durante la gravidanza è associata a un aumento di morbilità sia per la madre sia per il bambino. Nelle donne gravide con obesità è stato osservato un incremento di ipertensione arteriosa e il 10% d'incidenza di gestosi gravidica.

COMPLICANZE PSICOLOGICHE

Le principali problematiche psicologiche osservate nei soggetti affetti da obesità, in particolare il disturbo dell'immagine corporea, sembrano essere la conseguenza di un ambiente sociale avverso, che esercita una profonda discriminazione nei confronti di chi ha un corpo di dimensioni superiori alla media.

Discriminazione sociale

Le problematiche sociali che le persone con obesità incontrano nella vita di tutti i giorni sono molteplici e, nella maggior parte dei casi, conseguenza del pregiudizio presente nella nostra società nei confronti di chi ha un peso eccessivo. Il pregiudizio sociale favorisce lo sviluppo di bassa autostima e di un'immagine corporea negativa. Alcuni esempi di discriminazione sociale subita dalle persone che hanno un peso in eccesso sono i seguenti:

- A scuola i bambini con obesità sono spesso derisi dai coetanei e dagli insegnanti.
- I bambini con obesità tendono a essere esclusi dalle attività sportive extrascolastiche.
- Le persone affette da obesità, specialmente se donne, in ambito lavorativo sono spesso discriminate e giudicate meno efficienti e desiderabili.
- Le persone affette da obesità nei rapporti affettivi hanno maggior difficoltà a trovare un compagno e spesso si sposano con una persona di classe sociale inferiore.
- Per le persone affette da obesità è molto difficile trovare vestiti alla moda.

- Le persone affette da obesità spesso ricevono commenti negativi nei confronti del loro peso e delle loro forme corporee.
- Nel rapporto con i medici spesso i pazienti affetti da obesità sono discriminati e giudicati come persone prive di forza di volontà. Questo può portarli a evitare le cure.

Disturbo dell'immagine corporea

L'aspetto fisico si riferisce all'immagine reale di un individuo, mentre l'immagine corporea è la rappresentazione mentale che un individuo ha del proprio corpo. Le persone affette da obesità hanno spesso una valutazione negativa del loro corpo, si considerano brutte e talora disgustose; alcuni hanno continui pensieri e preoccupazioni sul peso e sulla forma del loro corpo e adottano peculiari comportamenti come l'evitare di esporre il proprio corpo. Spesso soffrono di depressione e di bassa autostima e hanno relazioni interpersonali problematiche. L'immagine corporea negativa è anche uno dei principali fattori implicati nel recupero del peso perduto e nello sviluppo di disturbi dell'alimentazione.

Disturbo da alimentazione incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata affligge il 10% circa delle persone affette da obesità che si rivolgono a uno specialista per dimagrire. Il disturbo si caratterizza per la presenza di episodi bulimici ricorrenti durante i quali sono assunti grandi quantità di cibo associati alla sensazione di non riuscire a controllare quanto e che cosa mangiare. Gli episodi bulimici, a differenza della bulimia nervosa, non sono seguiti dall'uso regolare di comportamenti di compenso (es. vomito auto-indotto, uso improprio di lassativi o diuretici, digiuno ed esercizio fisico eccessivo). Le persone affette da questo disturbo hanno un'elevata la preoccupazione per il peso e la forma del corpo e spesso soffrono di depressione.

Bassa autostima

L'associazione tra obesità e autostima globale è modesta. È debole nell'infanzia, ma diventa più forte nell'adolescenza, nell'età adulta e nel sesso femminile. Le persone con bassa autostima globale hanno una valutazione negativa di sé globale, credono di non valere e si descrivono come "senza valore", "inutili",

“stupide”, “non amabili”, “inferiori”, “fallite”, “brutte”, “grasse”. La bassa autostima globale ha un impatto devastante sulla persona e sulla sua vita e può ostacolare la perdita di peso.

Depressione

La relazione tra depressione e obesità è debole in generale, ma più forte a un IMC ≥ 40 kg/m², nel sesso femminile e nelle persone che richiedono un trattamento dimagrante. Il legame tra depressione e obesità emerge durante l'adolescenza e può essere favorito dalla presenza di un disturbo dell'immagine corporea.

INDICAZIONI ALLA PERDITA DI PESO CORPOREO

Per capire se è indicata la perdita di peso corporeo si devono valutare tre elementi: (1) l'IMC; (2) la circonferenza vita; (3) il numero fattori di rischio cardiovascolari.

1. Calcolare l'IMC

Dividere il proprio peso corporeo in chili per l'altezza al quadrato in metri e, guardando la tabella 1.1, valutare a quale categoria di peso si appartiene (sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità).

Il mio IMC:

altezza = m
peso = kg
IMC = kg/m²

secondo l'IMC io sono:

.....

2. Calcolare la circonferenza vita

Con le indicazioni riportate nella figura 1.1. misurare la propria circonferenza addominale.

La mia circonferenza vita è:

..... cm

3. Calcolare il numero fattori di rischio cardiovascolari

I fattori di rischio cardiovascolari aumentano la probabilità di sviluppare le malattie cardiovascolari; più sono numerosi maggiore è il rischio. Per calcolare il numero di fattori di rischio a cui si è esposti è necessario rispondere alle domande della tabella 1.4.

È OPPORTUNO PERDERE PESO CORPOREO QUANDO...

La perdita di peso corporeo è sempre indicata nelle seguenti condizioni*:

- se l'IMC è ≥ 30
- se il IMC è tra 25 e 29,9 o se la circonferenza vita è elevata (uomini >102 cm, donne >88 cm) e si hanno due o più fattori di rischio

Il medico può consigliare un calo di peso corporeo, indipendentemente dall'IMC o dalla circonferenza vita nei seguenti casi:

* Indicazioni ricavate dalle "Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults" del National Institute of Health degli Stati Uniti d'America (Giugno, 1998).

Tabella 1.4 Fattori di rischio cardiovascolare	
Fattore di rischio cardiovascolare	✓
Fumo di sigaretta.	<input type="checkbox"/>
Iperensione arteriosa (≥ 140 mm Hg la sistolica, o ≥ 90 mm Hg la diastolica o assunzione di farmaci antipertensivi).	<input type="checkbox"/>
Elevati livelli di colesterolo-LDL (≥ 160 mg/dl)**.	<input type="checkbox"/>
Bassi livelli di colesterolo-HDL (< 35 mg/dl).	<input type="checkbox"/>
Alterata glicemia a digiuno (tra 110 e 125 mg/dl).	<input type="checkbox"/>
Storia familiare di malattia coronaria prematura (infarto miocardico e morte improvvisa prima dei 55 anni nel padre o altri parenti maschi di primo grado o prima dei 65 anni nellamadre o altre parenti femmine di primo grado).	<input type="checkbox"/>
Età: maschi ≥ 45 anni, femmine ≥ 55 anni o post-menopausa.	<input type="checkbox"/>
Numero di fattori di rischio a cui sono esposto	

** Una concentrazione di colesterolo-LDL compresa tra 130 e 159 mg/dl assieme ad altri due fattori di rischio costituisce un fattore di rischio.

- presenza di rischio cardiovascolare assoluto elevato (es. presenza di malattia coronarica, altre malattie aterosclerotiche, diabete di tipo 2, apnee notturne)
- presenza di altre malattie associate all'obesità (es. presenza di patologie ostetriche ginecologiche, patologie osteo-articolari, calcolosi biliare e sue complicanze, incontinenza da stress).

In tutte le altre condizioni l'obiettivo dovrebbe essere quello di prevenire l'aumento di peso corporeo.

TERAPIA

I risultati ottenuti nel trattamento dell'obesità hanno dimostrato che con le procedure in questo momento a disposizione è impossibile per la maggior parte delle persone affette da obesità raggiungere e mantenere una condizione di normopeso. Sebbene l'industria della dieta continui a proporre in modo ingannevole cure "miracolose" in grado di far perdere con facilità tutto il peso in eccesso, i numerosi studi controllati, che hanno valutato l'efficacia dei trattamenti, hanno evidenziato che in media le cure migliori determinano una perdita media di peso corporeo dell'8%. Poiché questa è una media, che include anche le per-

sone che interrompono il trattamento precocemente, si è stimato che il calo medio ottenibile da un trattamento non chirurgico dell'obesità sia del 10%.

Fortunatamente, numerosi studi hanno osservato che un calo ponderale del 5-10% è in grado di determinare importanti miglioramenti delle condizioni di salute in generale e delle principali complicanze mediche associate all'obesità (vedi tabella 1.5). Ci sono anche buone evidenze che tali miglioramenti siano mantenuti se il peso corporeo non è recuperato. Un calo di peso corporeo del 5-10% determina importanti benefici anche a livello psicologico: un consistente miglioramento del tono dell'umore, dell'immagine di sé, dell'autostima e delle relazioni con gli altri. Infine, per quanto riguarda l'aspettativa di vita, uno studio ha evidenziato che, nelle donne con problemi di salute legati all'obesità, dopo 12 anni di osservazione un dimagrimento intenzionale di 0,5-9 kg determina una riduzione del 20% della mortalità totale.

Tali risultati hanno spinto nel 1998 l'Istituto Nazionale della Salute degli Stati Uniti d'America a fornire le seguenti indicazioni:

“L'obiettivo iniziale della terapia della perdita di peso corporeo per le persone obese è un decremento ponderale del 10% [...] Il razionale di questo obiettivo iniziale è che

anche una moderata perdita di peso corporeo può significativamente diminuire la severità dei fattori di rischio associati all'obesità [...]

Oggi abbiamo tre trattamenti dell'obesità in grado di determinare una perdita di peso corporeo di almeno il 10%: (1) la terapia basata sulla modificazione dello stile di vita, (2) la terapia farmacologica e (3) la terapia chirurgica.

Tabella 1.5 I benefici di una riduzione di peso corporeo del 5-10% nei soggetti obesi

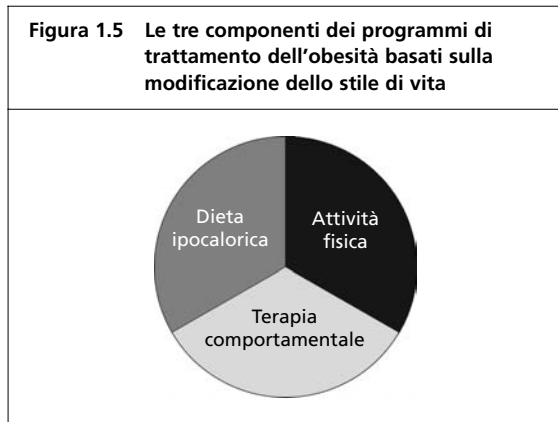
- Miglioramento del controllo glicemico nei soggetti obesi affetti da diabete di tipo 2.
- Riduzione significativa della pressione arteriosa e prevenzione della sua comparsa nei soggetti a rischio.
- Riduzione dell'ipertrofia ventricolare sinistra.
- Aumento della colesterolemia HDL e miglioramento del rapporto tra LDL e HDL.
- Riduzione dell'ipertrigliceridemia.
- Riduzione della frequenza delle apnee ostruttive notturne.
- Miglioramento significativo della respirazione.
- Diminuzione sensibile del rischio operatorio, della permanenza in ospedale e delle complicanze post operatorie.

Terapia basata sulla modificazione dello stile di vita

La terapia comportamentale è nata basandosi sulla teoria che l'obesità derivasse dall'apprendimento di cattive abitudini alimentari. Su queste premesse teoriche furono sviluppate specifiche strategie per aiutare i pazienti a modificare il comportamento alimentare (es. monitorare l'alimentazione in un diario alimentare e ridurre gli stimoli ambientali che portano a mangiare in eccesso). In questo razionale pragmatico, dopo i primi entusiasmi, fu ben presto riconosciuto che la predisposizione genetica e i meccanismi biologici implicati nell'obesità rendevano particolarmente difficile, per la maggior parte dei pazienti, mantenere nel tempo le tecniche comportamentali apprese. Le prime applicazioni della terapia comportamentale andavano in parallelo, senza però integrarsi, con la prescrizione della dieta e dell'attività fisica. I due approcci in seguito furono integrati e così la terapia comportamentale ben presto associò all'intervento classico la terapia dietetica e procedure finalizzate ad aumentare i livelli di attività fisica: un intervento oggi chiamato "modificazione dello stile di vita" (vedi figura 1.5).

La terapia basata sulla modificazione dello stile di vita è la forma di trattamento dell'obesità più studia-

ta in studi controllati e randomizzati. I risultati che riesce ad ottenere a breve medio termine sono molto soddisfacenti: in media l'80% circa dei soggetti ottiene una perdita di peso corporeo del 10% in circa sei mesi; nell'anno seguente la fine del trattamento si assiste però ad un recupero di peso corporeo del 40% e il rimanente peso è recuperato entro tre anni; un sottogruppo di pazienti mantiene nel tempo tutto il peso corporeo perduto.



In conclusione si può affermare che la terapia basata sulla modificazione dello stile di vita è molto efficace nel determinare una perdita salutare di peso corporeo a breve-medio termine, ma non è in grado da sola di far mantenere il peso perduto.

Terapia farmacologica

In Italia sono disponibili sul mercato solo due farmaci che hanno indicazioni specifiche per la cura dell'obesità a lungo termine: l'orlistat e la sibutramina. Altri farmaci, ad esempio le amfetamine, non sono più indicati per la cura dell'obesità perché il loro effetto è di breve durata (l'obesità è una condizione cronica che richiede un trattamento continuativo) e sono gravati da numerosi effetti collaterali, tra cui il più pericoloso è lo sviluppo di dipendenza. Sul mercato sono presenti anche numerosi integratori alimentari che sono proposti come aiutanti del dimagrimento, ma fino ad ora nessuna ricerca scientifica seria ha dimostrato che essi abbiano una qualche azione aggiuntiva nella perdita di peso oltre a quella ottenibile con la dieta e l'attività fisica.

L'orlistat è un farmaco che favorisce la perdita di peso corporeo attraverso l'inibizione di enzimi depu-

tati all'assorbimento dei grassi (le lipasi gastrointestinali); tale azione determina una riduzione dell'assorbimento dei grassi della dieta, in media del 30% con una dose di 120 mg tre volte al giorno prima dei pasti. Il farmaco, associato alla dieta e all'attività fisica, determina in media una perdita di peso corporeo superiore al placebo di circa il 3-4%, con un effetto positivo, ma modesto sul mantenimento del peso corporeo anche a due-quattro anni.

La sibutramina è un agente farmacologico per il trattamento dell'obesità che, inibendo la ricaptazione della noradrenalina e della serotonina, favorisce la perdita di peso corporeo attraverso due meccanismi principali: la riduzione dell'introito di cibo grazie a un aumento della sazietà e l'aumento del dispendio energetico. Gli studi effettuati hanno dimostrato che la sibutramina determina una perdita di peso corporeo superiore al placebo di circa il 4,3-5%, che si mantiene se il farmaco è assunto in modo continuativo anche dopo due anni.

Purtroppo, la terapia farmacologica dell'obesità presenta numerosi problemi non ancora risolti: (1) è costosa, si è calcolato che il prezzo da pagare per ogni chilo di peso perduto è di 433 dollari americani con l'orlistat e di 323 dollari americani con la sibutramina; (2) determina spesso effetti collaterali (es. diarrea,

perdita di feci liquide l'orlistat; aumento della pressione sanguinea e della frequenza cardiaca la sibutramina; (3) determina una perdita di peso corporeo nei primi sei mesi e poi il calo si arresta; (4) se il farmaco è sospeso il peso corporeo è recuperato; (5) non ci sono studi pubblicati che abbiano dimostrato un'efficacia e una sicurezza oltre i due-quattro anni. È evidente che fino a che non saranno risolti questi problemi la terapia farmacologica non può essere considerata il trattamento di elezione per la cura dell'obesità.

Terapia chirurgica

Il trattamento chirurgico per l'obesità è indicato per un "numero ristretto di pazienti affetti da obesità di grado elevato", quando è indicata un'importante perdita di peso corporeo. Le linee guida dell'Istituto Nazionale della Salute degli Stati Uniti d'America del 1998 hanno fornito la seguente raccomandazione:

“La chirurgia per la perdita di peso corporeo è una strategia d'intervento per soggetti altamente selezionati con obesità morbigena (IMC \geq 40) o con IMC \geq 35 e patologie concomitanti quando i metodi meno invasivi si sono rivelati inefficaci”.

Gli interventi chirurgici attualmente oggi proposti per la cura dell'obesità sono il bypass gastrico con ansa Roux-Y, la gastroplastica verticale e il bendaggio gastrico regolabile. Tali interventi determinano un cospicuo calo ponderale nei primi 6-12 mesi (dal 20% al 45% del peso corporeo pre-operatorio) che è generalmente mantenuto, soprattutto con il bypass gastrico.

Le complicanze di questi interventi sono spesso importanti quindi, prima d'intraprendere una procedura di dimagrimento così invasiva, è bene che un'equipe multidisciplinare, composta da un chirurgo, un internista, uno psicologo e un anestesista, valuti i costi e i benefici dell'intervento con il singolo paziente.

Da quanto è stato detto è evidente che la terapia chirurgica non è la soluzione del problema per la maggior parte delle persone affette da obesità, ma solo per un piccolo numero selezionato di pazienti.

Strategie terapeutiche per evitare il recupero del peso corporeo

Fino ad ora sono state proposte due forme di trattamento per prevenire il recupero del peso corporeo per-

duto: la terapia farmacologica continuativa (per tutta la vita) e la terapia basata sulla modificazione dello stile di vita continuativa.

La *terapia farmacologica continuativa* per numerose ragioni non sembra essere la risposta definitiva al problema per almeno tre motivi: (1) molti pazienti non amano prendere farmaci dimagranti per tutta la vita; si è visto, ad esempio, che maggiore è la durata di assunzione dei farmaci dimagranti minore è l'accettabilità e la *compliance* dei pazienti; (2) esiste la possibilità che un trattamento farmacologico continuato in modo indefinito possa portare a sviluppare complicanze mediche importanti, come dimostrato dall'associazione osservata dopo molti anni tra malattie delle valvole cardiache e uso della fenfluramina, destrofenfluramina e fentermina (farmaci per l'obesità ritirati da commercio); (3) ci sono situazioni in cui non è possibile assumere i farmaci, ad esempio durante la gravidanza; (4) i risultati fino ad ora ottenuti sono scadenti.

La *terapia basata sulla modificazione dello stile di vita continuativa* è supportata da studi che hanno dimostrato il mantenimento di un contatto con il terapeuta o con un gruppo di supporto può migliorare il mantenimento del peso corporeo. Purtroppo, anche questo approccio rappresenta dei seri limiti e non

può essere considerato la soluzione definitiva per la cura dell'obesità per i seguenti motivi: (1) pochi pazienti vogliono rimanere in cura in modo indefinito; (2) il tasso di interruzione della cura nei trattamenti a lungo termine è elevato; (3) i pazienti che interrompono il trattamento recuperano il peso corporeo; (4) il costo di questi trattamenti può essere molto elevato.

È evidente che è necessario e urgente sviluppare nuove forme di trattamento a basso costo e sicure che siano in grado di minimizzare il recupero del peso corporeo perduto.

Il vero problema della cura dell'obesità è il mantenimento del peso corporeo perduto

Capitolo 2

ANALISI DEL RECUPERO DEL PESO CORPOREO

I risultati deludenti ottenuti dalla terapia dell'obesità nel mantenimento del peso corporeo perduto hanno spinto i ricercatori a studiare in profondità le cause del recupero del peso. Le ricerche effettuate sembrano indicare che il recupero del peso corporeo sia determinato dal concorso complesso di fattori biologici, ambientali e psicologici (vedi figura 2.1).

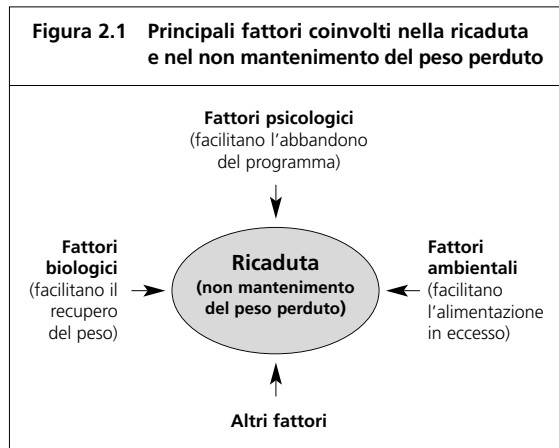
FATTORI BIOLOGICI

Numerosi dati a nostra disposizione indicano che l'insuccesso della terapia dell'obesità non dipenda esclusivamente dalla scarsa forza di volontà dell'individuo, ma anche dal fatto che l'organismo umano mette in atto delle difese biologiche per recuperare il peso perduto.

In questi ultimi anni interessanti scoperte hanno dimostrato che il peso corporeo è fisiologicamente regolato e che la sua diminuzione stimola una potente risposta biologica che ha il fine di ripristinare i livelli ponderali di partenza. L'efficacia di questo sistema di controllo del peso è illustrata da semplici calcoli matematici; nel corso di una decade il peso corporeo di un individuo tende a crescere solo legger-

mente, nonostante in questo periodo abbia consumato circa 10 milioni di calorie. L'unica spiegazione razionale di questo fenomeno è che l'introito di cibo pareggi quasi esattamente il consumo di energia, con un livello di precisione dello 0,17% per decade. Tale livello straordinario di precisione fa inevitabilmente speculare che nel nostro organismo esista un sistema biologico robusto finalizzato a pareggiare le entrate e le uscite energetiche.

Una significativa perdita di peso corporeo si associa ad una diminuzione delle richieste energetiche di circa il 15-30% che favorisce il recupero ponderale. Il mantenimento del peso corporeo perduto è complicato anche dal fatto che la diminuzione del contenuto di grasso sembra determinare importanti alterazioni dei meccanismi di fame e sazietà (es. la perdita di grasso determina la diminuzione della secrezione di leptina dal tessuto adiposo che si associa ad una diminuzione della sazietà e a un aumento della fame).



FATTORI AMBIENTALI

Per una persona che ha perso peso corporeo è molto difficile resistere alle tentazioni ambientali perché è costantemente esposta a cibi poco costosi, ricchi di

grassi, altamente palatabili e ad alta densità energetica. Tale esposizione continua e martellante facilita l'alimentazione in eccesso e rende difficile il mantenere nel tempo un comportamento alimentare regolare e moderatamente ipocalorico.

La pressione ambientale costituisce un ostacolo importante anche alla perdita di peso corporeo.

FATTORI PSICOLOGICI

Nel 1993 la dr.ssa Rena Wing e il dr. James Hill, per combattere il mito che nessun soggetto obeso sia in grado di mantenere nel tempo il peso corporeo perduto, hanno istituito il *National Weight Control Registry* (NWCR, tr it. Registro Nazionale di Controllo del Peso). Al registro possono iscriversi solo le persone che hanno ottenuto un dimagrimento documentato di almeno 13,6 kg e un mantenimento del peso corporeo perduto per almeno un anno. Secondo l'ultimo resoconto pubblicato sono iscritti al NWCR più di 3.500 individui. Gli iscritti hanno perso in media 32 kg e hanno mantenuto la quota minima di 13,6 kg per più di sei anni.

Il fatto che numerose persone riescano a mantenere il peso corporeo perduto per molti anni dimostra

che i fattori biologici e ambientali creano solo un terreno favorevole al recupero del peso corporeo, ma il mantenimento del peso corporeo o la ricaduta siano determinati soprattutto dai comportamenti e dal modo di pensare dell'individuo (fattori psicologici).

Per quanto riguarda i comportamenti che favoriscono il mantenimento del peso corporeo a lungo termine, alcuni studi, compreso quello effettuato sui partecipanti al NWCR, hanno evidenziato che le persone che riescono a mantenere il peso corporeo perduto adottano tre comportamenti generali: (1) seguono una dieta relativamente ipocalorica e povera di grassi; (2) fanno un'attività fisica costante; (3) si pesano regolarmente. Le prime due caratteristiche influenzano il bilancio energetico (entrate e uscite), la terza, invece, informa l'individuo sull'andamento del suo peso corporeo.

Poiché i comportamenti complessi (come quello di continuare a seguire un determinato stile di vita) sono guidati principalmente da processi cognitivi (convinzioni e pensieri), si può affermare che l'abbandono dei comportamenti per mantenere il peso corporeo sia determinato da specifici processi cognitivi che si sviluppano negli individui che recuperano il peso corporeo perduto.

Ma perché le persone sviluppano delle convinzioni che portano a non persistere nei comportamenti di mantenimento del peso corporeo nonostante si siano impegnate per molto tempo a cercare di dimagrire e che non desiderino recuperare il peso corporeo perduto?

In questi ultimi anni sono stati proposti numerosi processi psicologici per spiegare il fenomeno paradossale del recupero del peso, i più importanti dei quali sono descritti nei paragrafi seguenti:

- *Mancanza di abilità.* Non riuscire a mantenere i comportamenti che favoriscono il mantenimento del peso corporeo può essere la conseguenza di mancanza di abilità cognitive e comportamentali da applicare di fronte alla pressione biologica e ambientale che favorisce l'alimentazione in eccesso.
- *Obiettivi di peso corporeo e obiettivi primari non realistici.* Numerosi studi hanno dimostrato che, quando gli obiettivi non sono raggiunti o il progresso verso di essi è insoddisfacente, le persone sviluppano emozioni negative e tendono ad abbandonare il tentativo di cambiamento. Nel campo dell'obesità una recente teoria (descritta in dettaglio nel box 2.1), prendendo spunto da queste ricerche, ha ipotizzato che il mancato raggiungimento degli obiettivi del peso corporeo e degli obiettivi primari (obiettivi che una persona pensa di poter raggiun-

Tabella 2.1 I principali obiettivi primari* delle persone affette da obesità che cercano di perdere peso

- Migliorare l'aspetto fisico
- Diminuire la misura di alcune parti del corpo
- Ridurre la taglia dei vestiti
- Avere una maggiore scelta di vestiti
- Avere il peso consigliato dal medico
- Raggiungere il peso che si aveva in un momento importante della vita (es. matrimonio)
- Arrivare al peso che si aveva raggiunto in una precedente perdita di peso
- Avere il peso ideale delle tabelle
- Avere lo stesso peso di altre persone della medesima età
- Avere lo stesso peso di amici o familiari
- Avere lo stesso peso di personaggi famosi
- Migliorare la salute
- Migliorare la forma fisica
- Migliorare la qualità del tempo libero (es. sport)
- Migliorare la vita sessuale
- Divenire sessualmente attraente per gli altri
- Ottenere attenzione da parte degli altri
- Migliorare il lavoro
- Trovare un nuovo lavoro
- Migliorare la vita sociale
- Evitare il pregiudizio legato all'obesità
- Migliorare le relazioni personali
- Migliorare l'auto-stima
- Migliorare la sicurezza di sé
- Stare meglio psicologicamente

gere con la perdita di peso – vedi tabella 2.1) è il principale fattore determinante l'abbandono del tentativo di perdere peso corporeo e dello stile di vita finalizzato al controllo ponderale.

- **Pensieri ingrassanti.** Con questo termine sono descritti alcuni pensieri che portano ad abbandonare il tentativo di perdere peso corporeo e di mantenere il peso perduto. Alcuni esempi tipici sono elencati nella tabella 2.2.
- **Fame emotiva.** Alcune persone sperimentano emozioni intense oppure sono eccezionalmente sensibili ad esse e spesso usano il cibo (in particolare i dolci) per cercare di modularle o bloccarle rapidamente. Tale comportamento è disfunzionale per due motivi principali: (1) non permette di imparare a tollerare e accettare le emozioni; (2) favorisce l'alimentazione in eccesso e il recupero ponderale.
- **Mancanza di rinforzi.** Il mantenimento del peso corporeo è un processo meno rinforzante del dimagrimento per due motivi principali: (1) chi dimagrisce spesso riceve complimenti e incoraggiamenti dalle persone vicine; nella fase di mantenimento del peso corporeo questi rinforzi vengono spesso a mancare; (2) nella fase di calo di peso corporeo si è continuamente rinforzati dal dimagrimento e si ha la speranza che si possa raggiun-

Tabella 2.2 Alcuni pensieri ingrassanti

- **Autoinganni.** Sono pensieri che di solito iniziano con la frase: "Mangio perché...". Le ragioni per giustificare il mangiare in eccesso sono molteplici, ma tutte in genere ottengo l'effetto di sabotare il proprio tentativo di perdere peso. Ecco alcuni esempi: "Mangio perché sto festeggiando: è un'occasione speciale", "Mangio perché è stata una giornata faticosa", "Mangio perché è gratis".
- **Autocritica.** Sono pensieri di critica su di se e sulla propria capacità di riuscire a perdere peso. Alcuni esempi sono: "Sono un debole", "Non sono capace di seguire la dieta", "Non ho forza di volontà", "Non ho controllo", "La dieta è troppo dura e non posso farcela". L'autocritica crea emozioni negative e facilita l'abbandono del tentativo di controllare il peso.
- **Predizioni negative.** Sono previsioni non basate su prove su quello che succederà. Alcuni esempi sono: "Non riuscirò mai a perdere peso", "Magari riesco a perdere peso, ma poi lo recupererò", "Anche se non mangio niente ingrasso lo stesso", "È triste mangiare così". Le predizioni negative sono considerate vere da chi le fa e possono portare ad abbandonare il tentativo di perdere peso.
- **Pensieri di ingiustizia.** Sono pensieri che di solito iniziano con la frase: "Non è giusto che io stia a dieta perché...". La sindrome dell'ingiustizia favorisce l'abbandono del tentativo di perdere peso. Ecco alcuni esempi: "Non è giusto che io stia a dieta perché gli altri non sono a dieta", "Non è giusto che io stia a dieta perché gli altri possono mangiare tutto quello che vogliono senza ingrassare".

gere il peso corporeo desiderato e gli obiettivi primari; nel mantenimento questi rinforzi non ci sono più e bisogna accettare un peso corporeo che spesso è molto al di sopra di quello desiderato.

- *Durata prolungata dello sforzo.* La perdita di peso corporeo è una fase di breve durata (circa sei mesi), il mantenimento è un processo duraturo nel tempo. Molte persone non sono preparate a un cambiamento di lunga durata e abbandonano il tentativo di perdere peso corporeo perché arrivano alla conclusione che “è troppo faticoso o noioso” mantenere per un così lungo tempo il controllo dell'alimentazione.

ALTRI FATTORI

A volte il recupero di peso corporeo si verifica in seguito a una malattia; in questi casi il cibo può assumere significati diversi (spesso irrazionali), come ad esempio introdurre nutrienti che aiutano a recuperare le forze e la salute, calmare l'ansia o la paura sulle conseguenze della malattia, colmare la noia e i lunghi periodi di inattività che si verificano in queste situazioni. A volte la malattia determina un'interruzione forzata dell'attività fisica, ma spesso si verifica sem-

plicemente uno spostamento dell'attenzione dal controllo del peso corporeo al problema della salute con la conseguente interruzione dei comportamenti di mantenimento del peso. Alcune malattie richiedono l'assunzione di farmaci che possono causare un aumento di peso corporeo, esempi sono l'insulina per la cura del diabete e alcuni psicofarmaci per la cura delle malattie mentali.

Spesso si assiste a un recupero di peso corporeo in seguito a cambiamenti della vita (es. sposarsi, cambiare lavoro, andare in pensione, sospensione dell'attività sportiva); in questi casi l'aumento ponderale è secondario a modificazioni brusche dello stile di vita che determinano un incremento delle calorie assunte e/o una riduzione di quelle consumate.

BOX 2.1. ASPETTATIVE DI PERDITA DI PESO, SODDISFAZIONE DEL PESO RAGGIUNTO E FALLIMENTO DEL TENTATIVO DI DIMAGRIRE.

1. Abbandono del tentativo di perdere peso corporeo

Quando si verifica un declino della velocità della perdita di peso, si sviluppa la convinzione di non riuscire a raggiungere l'obiettivo di peso corporeo e si abbandona il tentativo di dimagrire. Per quanto riguarda l'obiettivo di peso corporeo, una ricerca effettuata in Italia su più di 2000 persone, che si erano rivolte per dimagrire a 25 centri specializzati per la cura dell'obesità, ha evidenziato che esse hanno un peso sognato e un peso desiderato del 32% inferiore al loro peso corporeo attuale. Tale obiettivo di peso è molto lontano da quello che si può generalmente raggiungere con un programma standard per la cura dell'obesità (un calo di peso medio del 10%). Ciò significa che un calo di peso corporeo del 10% tende a non essere apprezzato dalla maggior parte delle persone che cercano di dimagrire. Sembra che il più importante determinante dell'obiettivo irrealistico di calo di peso corporeo sia la convinzione che alcuni obiettivi primari (obiettivi che una persona pensa di poter raggiungere con la perdita di peso corporeo) non possano essere raggiunti senza arrivare al peso corporeo desiderato. Gli obiettivi primari di migliorare la salute e la forma fisica, sono in genere raggiunti con un perdita di peso del 10%; il migliorare l'aspetto fisico e l'in-

dossare certi abiti sono, invece, raggiungibili solo in parte con il calo ponderale; infine, il migliorare la sicurezza di sé o i rapporti interpersonali non richiede necessariamente una perdita di peso. Si può perciò capire perché, quando la perdita di peso tende ad arrestarsi, una persona affetta da obesità possa arrivare a pensare che, dal momento che non ha raggiunto né il suo obiettivo di peso né molti dei suoi obiettivi primari, non vale la pena di sforzarsi per cercare di perdere peso e ciò lo porta inevitabilmente ad abbandonare il tentativo di dimagrire. Questo comportamento è favorito anche dal fatto che la maggior parte dei programmi dell'obesità non aiuta i pazienti a porsi degli obiettivi di peso corporeo realistici e a risolvere i principali obiettivi primari indipendentemente dalla perdita di peso corporeo.

2. Abbandono di uno stile di vita finalizzato al controllo del peso corporeo

L'interruzione del tentativo di perdere peso si associa all'abbandono dello stile di vita finalizzato al controllo del peso corporeo. Ciò determina un ritorno graduale ai comportamenti che precedevano il tentativo di dimagrimento e lo sviluppo di un bilancio energetico positivo (energia assunta superiore a quella consumata) che porta a recuperare tutto il peso corporeo perduto. I principali motivi che portano ad abbandonare uno stile di vita finalizzato al controllo del peso corporeo sono i seguenti:

- Essere insoddisfatti del peso raggiunto. Alcune ricerche hanno evidenziato che le persone soddisfatte del peso raggiunto mantengono maggiormente il peso perduto rispetto a quelle che sono insoddisfatte dell'obiettivo perseguito.
- Non considerare il mantenimento del peso corporeo un obiettivo degno di valore.
- Sottovalutare la perdita di peso corporeo raggiunta (il peso desiderato è molto più basso di quello che dovrebbero mantenere) e minimizzare i benefici ottenuti dal dimagrimento.
- Avere un atteggiamento mentale centrato sul dimagrimento e non sul mantenimento del peso corporeo (quasi nessun paziente cerca di controllare l'alimentazione e di fare l'attività fisica con il solo scopo di mantenere il peso) che non considera l'importanza di acquisire e praticare metodi efficaci per mantenere il peso corporeo nel tempo.

Capitolo 3

TERAPIA COGNITIVO COMPORIMENTALE DELL'OBESITÀ

I punti salienti del nuovo trattamento dell'obesità consigliato dall'AIDAP sono elencati in modo schematico nel box 3.1 (pag. 82); per una migliore comprensione del programma è consigliabile, comunque, leggere con accuratezza l'intero capitolo.

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

Il nuovo programma per la cura dell'obesità descritto in questo libro si pone tre obiettivi generali e sette obiettivi specifici.

Obiettivi generali

1. Raggiungere una perdita di peso corporeo che riduca i rischi per la salute associati all'obesità ("peso salutare").

2. Imparare ad accettare il peso che si può raggiungere in un periodo di circa sei mesi seguendo un'alimentazione moderatamente ipocalorica e uno stile di vita attivo.
3. Mantenere nel tempo il peso corporeo perduto.

Obiettivi specifici

1. Monitorare l'alimentazione (con il conteggio delle calorie), l'attività fisica (con l'uso del conta passi) e il peso (con la compilazione del grafico del peso)
2. Seguire una dieta moderatamente ipocalorica (in media da 500 a 1000 kcal inferiore all'assunzione abituale calorica) che permetta di ottenere una perdita di peso corporeo di 1/2 kg - 1 kg la settimana ed un calo ponderale di almeno il 10%
3. Seguire uno stile di vita attivo (fare almeno 7000 passi al giorno)
4. Affrontare i principali ostacoli alla perdita di peso corporeo
5. Identificare e modificare gli obiettivi irrealistici di perdita di peso corporeo
6. Identificare ed affrontare, indipendentemente dal calo di peso corporeo raggiunto, gli obiettivi primari (obiettivi che una persona pensa di poter raggiungere con il calo di peso)

7. Affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso corporeo

CARATTERISTICHE INNOVATIVE DEL TRATTAMENTO

Il programma introduce importanti novità rispetto ai trattamenti abitualmente proposti per la cura del sovrappeso e dell'obesità e, oltre ad utilizzare le più moderne strategie per favorire la perdita di peso corporeo, include tecniche innovative derivate dall'analisi del recupero del peso corporeo illustrata nel capitolo 2, per favorire il mantenimento del peso a lungo termine.

Trattamento non prescrittivo ma collaborativo

A differenza del tradizionale trattamento dell'obesità basato sulla "prescrizione" della dieta da parte del medico dietologo, il trattamento consigliato dall'AIDAP ha l'obiettivo di insegnare al paziente le procedure e le strategie per modificare il suo stile di vita e diventare così un esperto (un terapeuta) della gestione del suo problema di eccesso di peso.

Uno degli obiettivi primari del trattamento è sviluppare una relazione “collaborativa” tra paziente e terapeuta per identificare e risolvere assieme gli ostacoli incontrati nel tentativo di perdere e di mantenere il peso.

Usando una metafora, nel trattamento il terapeuta svolge il ruolo di allenatore e il paziente dell'atleta. Come ogni buon allenatore, il terapeuta educa il paziente e gli insegna le migliori strategie e tecniche per controllare il peso, ma richiede anche che il suo paziente/atleta consideri il trattamento una priorità e cerchi di applicare le strategie concordate con il massimo impegno.

Trattamento cognitivo comportamentale (non solo comportamentale)

Tradizionalmente la terapia dell'obesità ha dato scarsa attenzione ai modi di pensare dei pazienti (processi cognitivi) ponendosi come obiettivo principale la modificazione dei due comportamenti coinvolti nel bilancio energetico: alimentazione e attività fisica.

Il trattamento proposto dall'AIDAP include le principali tecniche della terapia comportamentale che si sono dimostrate in grado di determinare una

perdita di peso corporeo del 10% nell'80% dei pazienti trattati. Le tecniche scelte sono: auto-monitoraggio (dell'alimentazione, dell'attività fisica e del peso corporeo) con l'uso del diario alimentare, controllo degli stimoli ambientali, addestramento alla risoluzione dei problemi, seguire un'alimentazione moderatamente ipocalorica e ipolipidica, adottare uno stile di vita attivo e lo sviluppo di abilità comportamentali e cognitive per affrontare gli ostacoli alla perdita di peso.

In aggiunta alle tecniche comportamentali, il nuovo trattamento include anche procedure per identificare e discutere i pensieri “ingrassanti” che portano ad abbandonare il tentativo di dimagrimento e a recuperare il peso perduto. Particolare attenzione è posta all'identificazione e alla modificazione degli obiettivi irrealistici di peso e alla risoluzione di eventuali problemi (obiettivi primari) che spesso le persone affette da sovrappeso e obesità cercano di risolvere con il dimagrimento, come ad esempio l'immagine corporea negativa, la scarsa sicurezza di sé e i problemi interpersonali.

Sono state anche introdotte nuove strategie per aiutare il paziente a sviluppare uno stato mentale (*mindset*) di controllo del peso a lungo termine, come ad esempio gli esercizi per tollerare la fame, il darsi

crediti cognitivi, focalizzarsi sui vantaggi della perdita di peso e il distinguere la fame dal desiderio di cibo (*carving*).

Equipe multidisciplinare (ma non eclettica)

Il trattamento nella sua forma tipica è applicato da un'equipe composta da un medico, un dietista e uno psicologo (terapeuti di riferimento) che affrontano i molteplici aspetti del sovrappeso e dell'obesità collaborando fra loro e aderendo al medesimo modello teorico di trattamento. Tutti i terapeuti di riferimento hanno ricevuto una formazione intensiva sulla teoria e la terapia cognitivo comportamentale, usano lo stesso linguaggio con il paziente e s'incontrano una volta la settimana per discutere i casi clinici che curano assieme. Il medico esegue la fase della preparazione, la valutazione diagnostica, cura eventuali complicanze fisiche presenti ed è responsabile della prescrizione dei farmaci. Il dietista si occupa della dieta e delle tecniche cognitive comportamentali per aderire al piano alimentare. Lo psicologo affronta i principali ostacoli alla perdita e al mantenimento del peso e aiuta il paziente a sviluppare lo stato mentale del controllo del peso a lungo termine.

Il programma può anche essere somministrato in forma semplificata dal medico e dal dietista.

Perseguimento di un peso corporeo salutare, ma non ideale

Il programma cerca di aiutare il paziente a raggiungere una perdita di peso corporeo tale da ridurre i rischi per la salute determinati dall'obesità ("peso corporeo salutare") in un periodo di sei mesi. La scelta di raggiungere un peso corporeo salutare e non ideale dipende da due osservazioni principali: (1) non abbiamo attualmente programmi in grado di portare le persone affette da obesità ad un livello di peso corporeo ideale; (2) numerosi studi dimostrano che un calo di peso corporeo del 5-10% è in grado di ridurre i rischi per la salute determinati dal sovrappeso e dall'obesità e di apportare numerosi benefici psicologici.

Distinzione netta tra perdita di peso corporeo e mantenimento

La distinzione tra perdita di peso corporeo e mantenimento è introdotta fin dal primo incontro. Il tratta-

mento ha due fasi, una di perdita di peso corporeo (Fase Uno), della durata di sei mesi in cui l'obiettivo è raggiungere un dimagrimento in grado di ridurre i principali rischi per la salute determinati dal sovrappeso e dall'obesità; una di mantenimento (Fase Due), in cui l'obiettivo è la stabilità ponderale. La fase di mantenimento del peso corporeo deve durare almeno nove mesi (tre mesi con l'aiuto dei terapeuti, sei mesi senza il loro supporto) e in taluni casi può essere seguita da una nuova fase di perdita di peso corporeo di sei mesi, seguita ancora da un nuovo periodo di mantenimento.

Caratteristica distintiva del programma è forzare l'entrata nella fase di mantenimento dopo sei mesi di perdita di peso corporeo (periodo in cui si assiste ad una diminuzione della velocità del decremento ponderale), anche se il paziente desidera o si sente in grado di dimagrire ancora. Questa strategia generale è adottata perché, come ampiamente descritto nel capitolo 1, il vero problema della cura dell'obesità non è la perdita di peso corporeo, ma quello di sviluppare uno stato mentale e comportamenti finalizzati al mantenimento del peso a lungo termine. In altre parole, è fondamentale che il paziente impari ad adottare per un lungo periodo di tempo uno stile di vita orientato al mantenimento del peso.

Approccio individuale con l'utilizzo di moduli specifici

La terapia comportamentale tradizionale è effettuata in gruppo e prevede una serie di lezioni che seguono un ordine prestabilito indipendentemente dal fatto che il paziente abbia raggiunto gli obiettivi previsti od abbia compreso gli argomenti descritti. Il nuovo programma cognitivo comportamentale consigliato dall'AIDAP è, invece, un trattamento "individuale" focalizzato sui problemi specifici del paziente, affrontati con l'introduzione sequenziale di moduli specifici.

Sviluppo di uno stile di vita salutare

Il trattamento ha l'obiettivo di raggiungere il peso salutare adottando uno stile di vita salutare. Un approccio basato sulla modificazione dello stile di vita differisce dal trattamento dietologico tradizionale per almeno tre aspetti: (1) sottolinea la necessità del cambiamento a lungo termine; (2) si sposta dal solo obiettivo di perdita di peso corporeo anche a quello del mantenimento; (3) allontana l'attenzione da una non prevedibile modificazione di peso corporeo ad un più controllabile obiettivo di modificazione dello stile di vita.

Numerosi studi hanno evidenziato l'adozione di uno stile di vita salutare arrega importanti benefici per la salute indipendentemente dal peso corporeo perso.

Bilanciamento del cambiamento e dell'accettazione

Il programma è stato costruito all'interno di un contesto che bilancia il cambiamento e l'accettazione.

Per quanto riguarda il cambiamento, il programma si pone l'obiettivo di aiutare il paziente a modificare il suo comportamento alimentare e il suo stile di vita per raggiungere un peso corporeo che sia in grado di ridurre al minimo i rischi per la salute determinati dal sovrappeso e dall'obesità (peso corporeo salutare).

Per quanto riguarda l'accettazione, il programma cerca di aiutare il paziente ad accettare di mantenere il peso corporeo raggiungibile con una dieta povera di grassi e moderatamente ipocalorica e con uno stile di vita moderatamente attivo.

La necessità di dover lavorare sull'accettazione dipende dal fatto che con le conoscenze attuali è molto difficile perdere e mantenere una quantità di peso corporeo superiore al 10-15%. Le limitazioni biologiche

nei confronti del dimagrimento sono una realtà e una dieta troppo rigida e prolungata può portare, in alcuni casi, allo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione. La forma del corpo è anch'essa resistente alla modificazione; la distribuzione del grasso corporeo è, infatti, sotto il potente controllo della genetica (vedi capitolo 1). Una perdita di peso corporeo importante può determinare modificazioni della forma del corpo in alcuni individui, ma non in altri. Le persone, soprattutto i maschi, il cui grasso è distribuito prevalentemente a livello addominale, possono dimagrire in quest'area; quelle, invece, con una distribuzione del tessuto adiposo prevalente a livello gluteo-femorale, soprattutto le femmine, mantengono la loro forma del corpo basale anche dopo il calo ponderale.

STRUTTURA GENERALE DEL TRATTAMENTO

La struttura generale del trattamento è illustrata nella figura 3.1. Il programma prevede due fasi precedute da una di preparazione (Seduta 0) e, in base alla presenza dei problemi incontrati dal paziente, cinque moduli principali e tre moduli secondari.

Figura 3.1 Fasi del trattamento, sedute, moduli principali e secondari

Sedute Settim.	Fasi del trattamento, sedute, moduli principali e secondari																			
	Fase 1										Fase 2									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fase di preparazione																				
Modulo I. Monitorare l'alimentazione, l'attività fisica e il peso corporeo																				
Modulo II. Modificare lo stile di vita																				
Modulo III. Affrontare gli ostacoli alla perdita di peso corporeo																				
Modulo IV. Affrontare l'obiettivo di peso corporeo e gli obiettivi primari Moduli secondari: (1) immagine corporea; (2) bassa autostima; (3) problemi interpersonali										Modulo V. Affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso corporeo										

Durata, fasi e numero di sedute

Il trattamento ha una durata di 40 settimane (nove mesi) e ha due fasi con obiettivi distinti:

- Fase Uno: ha lo scopo di raggiungere una perdita di peso corporeo salutare e di affrontare gli ostacoli potenziali al mantenimento del peso corporeo. Ha una durata di 24 settimane.
- Fase Due: ha lo scopo di aiutare il paziente ad acquisire l'atteggiamento mentale e i comportamenti necessari al mantenimento a lungo termine del peso corporeo. Inizia dalla settimana 24 e termina alla settimana 40.

Il trattamento prevede 17 sedute precedute da un incontro di valutazione diagnostica in cui è spiegato il trattamento (fase di preparazione). Le sedute sono effettuate con la seguente frequenza:

- Sedute 1-4: una volta alla settimana
 - Sedute 5-8: una volta ogni due settimane
 - Sedute 9-16: una volta ogni tre settimane
 - Seduta 17: dopo quattro settimane dalla seduta 16
- La seduta 0 è effettuata con il medico ed ha una durata di circa 45 minuti.

Durante il trattamento sono previste 17 sedute con la dietista e 17 sedute con lo psicologo più tre visite di controllo con il medico di riferimento nella settimana 4, 24 e 40 per valutare l'andamento generale del programma e gestire eventuali complicanze mediche.

Le sedute sono fissate in anticipo e possono essere modificate solo in caso di assoluta necessità e con preavviso di almeno 24 ore; in caso contrario la seduta non sarà recuperabile.

Nella forma semplificata del trattamento sono previste solo le 17 sedute con la dietista e le tre visite di controllo con il medico.

Fase di preparazione

La fase di preparazione prevede una prima visita con il medico responsabile del programma (Seduta 0). In questo incontro sono raccolte le seguenti informazioni:

- Dati demografici
- Storia del peso corporeo
- Terapie precedenti per l'obesità
- Malattie pregresse e attuali
- Farmaci assunti
- Esame fisico

- Indicazioni alla perdita di peso corporeo (valutazione dei fattori di rischio assoluti, dei fattori di rischio relativi, di complicanze mediche associate all'obesità).
- Controindicazioni alla perdita di peso corporeo.
- Informazioni su obesità, benefici di un modesto calo di peso corporeo e dei metodi non salutari di controllo del peso corporeo.
- Descrizione del trattamento cognitivo comportamentale.
- Consegna materiale informativo (libro "Il primo passo per perdere peso. Informazioni sulla terapia cognitivo comportamentale dell'obesità. Dalle Grave, Positive Press: Verona, 2010) e della lettera al medico curante per la prescrizione degli esami bioumorali e strumentali indicati.

Al paziente che decide di aderire al programma terapeutico proposto è chiesto di firmare il "contratto terapeutico" dove s'impegna a partecipare a tutte le sedute previste dal programma.

Struttura delle sedute

Ogni seduta sia con il dietista che con lo psicologo è divisa in quattro parti:

- Parte 1: fare la revisione dei compiti a casa (con il controllo del peso corporeo effettuato dal dietista)
- Parte 2: stabilire e implementare gli argomenti da affrontare nella seduta (agenda)
- Parte 3: fare un riassunto di quello che si è affrontato durante la seduta
- Parte 4: concordare i compiti a casa per la settimana.

La revisione dei compiti a casa (es. revisione del diario alimentare con il conteggio delle calorie, valutazione dell'andamento del peso con l'analisi del grafico del peso) ha l'obiettivo di valutare i progressi eseguiti e i problemi incontrati nel tentativo di modificare il peso corporeo.

Dopo la revisione dei compiti a casa, il terapeuta e il paziente decidono assieme l'agenda da implementare per il resto della seduta. Gli argomenti scelti si basano sulla fase del trattamento in cui è eseguita la seduta e sulla revisione del diario alimentare e delle difficoltà incontrate nell'applicazione dei compiti a casa. Il terapeuta e il paziente concordano assieme gli argomenti da discutere.

L'ultima parte della seduta è dedicata al riassunto degli argomenti trattati e a concordare i compiti a casa. Il riassunto degli argomenti trattati ha lo scopo di organizzare le informazioni e le esperienze ricavate dalla seduta. I compiti a casa, come l'implementa-

zione dell'agenda sono concordati tra terapeuta e paziente e hanno l'obiettivo di sviluppare le abilità necessarie per perdere e mantenere il peso.

Moduli del programma

Il programma prevede cinque Moduli principali; i primi tre sono finalizzati a raggiungere la perdita di peso, il quarto a favorire l'accettazione del mantenimento del peso affrontando l'obiettivo del peso e gli eventuali obiettivi primari, il quinto di favorire il mantenimento del peso.

Modulo I. Monitorare l'alimentazione, l'attività fisica ed il peso corporeo

Il Modulo I introduce due strumenti che sono il cardine dell'intero trattamento: (1) il diario alimentare e dell'attività fisica (per il monitoraggio dell'alimentazione e dell'attività fisica); (2) il grafico del peso (per la valutazione delle modificazioni di peso). A ogni paziente è consegnato: (1) il libro "Il diario alimentare AIDAP" che riporta copie vuote del diario alimentare e dell'attività fisica, con le spiegazioni dettagliate per compilarlo; (2) il libro "Il conta calorie AIDAP" per facilitare il conteggio delle calorie assunte; (3) il

contapassi per valutare il numero di passi eseguiti durante la giornata; (4) il grafico del peso per monitorare l'andamento del calo di peso settimanale.

Il Modulo I inizia nella Seduta 1 e alcune sue procedure, come il controllo del peso corporeo settimanalmente, continuano per l'intera durata del programma, mentre altre, come il diario alimentare e dell'attività fisica, sono interrotte durante la fase di mantenimento.

Modulo II. "Modificare lo stile di vita"

Il Modulo II ha due aree principali: (1) modificare l'alimentazione per perdere peso; (2) aumentare i livelli di attività fisica.

Il programma insegna al paziente a seguire una dieta moderatamente ipocalorica (circa 500-1000 kcal in meno rispetto all'introito consueto) e a basso contenuto di grassi (<30%) che permetta un calo di peso compreso tra 1/2 kg e 1 kg la settimana. Il programma incoraggia a pianificare la qualità e la quantità del cibo da assumere con l'utilizzo del sistema di scambio dei gruppi alimentari e il conteggio delle calorie assunte (da riportare nel diario alimentare) e a monitorare in "tempo reale" gli alimenti assunti usando il diario alimentare.

Il programma incoraggia a ridurre il numero delle attività fisiche sedentarie (stare sdraiati o seduti) e a seguire uno stile di vita attivo, che consiste nel camminare almeno 7000 passi al giorno (il numero di passi giornaliero va riportato nel diario alimentare dopo averli misurati con il contapassi). Non è necessario, invece, eseguire un esercizio fisico formale (fare un'attività sportiva che determini un aumento della frequenza cardiaca).

Il Modulo II inizia nella Seduta 2 e continua per tutta la durata del programma. Dopo la settimana 24 l'alimentazione è modificata per favorire il mantenimento del peso.

Modulo III. "Affrontare gli ostacoli alla perdita di peso corporeo"

Il Modulo III inizia nella Seduta 2 e dura fino alla Seduta 14 (settimana 24). È finalizzato a creare lo stato mentale (*mindset*) del controllo del peso a lungo termine, identificando e affrontando gli ostacoli alla perdita di peso. Per creare lo stato mentale del controllo del peso a lungo termine sono utilizzate le seguenti strategie:

- Focalizzarsi intensamente e giornalmente sui vantaggi della perdita di peso.

- Imparare a darsi crediti cognitivi (incoraggiarsi con specifiche frasi ogni volta che si fa una cosa giusta per la perdita di peso)
- Creare il tempo da dedicare alla perdita di peso. Con questa strategia si invita il paziente a dedicare almeno 30 minuti al giorno alla perdita di peso per pianificare i pasti, comperare il cibo, cucinare i pasti, sedersi e mangiare lentamente, fare attività fisica, completare i compiti e controllare se si è completata la lista giornaliera delle cose da fare
- Mangiare lentamente e consapevolmente.
- Imparare ad alzarsi da tavola con una pienezza normale.
- Imparare a tollerare la fame e distinguere la fame dal desiderio di cibo
- Affrontare i pensieri che ostacolano la perdita di peso (pensieri ingrassanti)
- Gestire le emozioni che portano a mangiare in eccesso.

Modulo IV. "Affrontare gli obiettivi di peso corporeo e gli obiettivi primari"

Il Modulo IV inizia dopo la seduta 8 e dura per tutto lo svolgersi del programma. L'obiettivo del modulo è aiutare il paziente ad accettare il peso corporeo raggiunto durante la fase di perdita di peso corporeo e

ad affrontare gli obiettivi primari associati. Al paziente è chiesto di compilare il "Questionario degli obiettivi di peso e degli obiettivi primari", che include domande specifiche per identificare gli obiettivi di peso e gli obiettivi primari associati alla perdita di peso, e sono fornite strategie per accettare il peso corporeo salutare raggiunto e affrontare gli obiettivi primari non raggiungibili con la sola perdita di peso.

Moduli secondari (aggiunti al modulo IV)

Se esistono problemi molto severi di immagine corporea, autostima o di relazioni interpersonali che ostacolano la perdita di peso sono aggiunti al Modulo IV uno o più dei seguenti Moduli secondari:

1. Modulo immagine corporea negativa
2. Modulo bassa autostima
3. Modulo problemi interpersonali

Ogni modulo secondario cerca di risolvere il problema specifico seguendo seguenti quattro passi principali:

- Passo 1. Conoscere il problema
- Passo 2. Costruire la formulazione personalizzata dei meccanismi che mantengono il problema
- Passo 3. Affrontare i comportamenti e i fenomeni associati che mantengono il problema
- Passo 4. Affrontare i pensieri che mantengono il problema.

Modulo V. "Affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso corporeo perduto"

Il Modulo V coincide con l'inizio della Fase Due del programma e generalmente inizia dopo la settimana 24 o anche prima se il paziente non desidera perdere ancora peso o se la perdita di peso rallenta e raggiunge un plateau e si valuta che i costi per cercare di perdere ancora peso sono troppo elevati.

La caratteristica distintiva di questa fase è l'enfasi posta sul mantenimento a lungo termine del peso corporeo perduto. Il paziente è incoraggiato a "interrompere qualsiasi tentativo di perdita di peso corporeo" e a concentrarsi solo sul mantenimento.

Per imparare a mantenere il peso è necessario dedicare impegno e tempo. Il periodo di mantenimento previsto dal programma (dalla settimana 24 alla 40) deve essere seguito da almeno altri sei mesi di pratica da soli sul mantenimento (nove mesi totali di mantenimento). In questa fase è definito l'intervallo di peso e il sistema di monitoraggio del peso. Il paziente è incoraggiato a rimanere in un intervallo di quattro chili con il centro corrispondente al peso medio delle ultime tre settimane. Il peso va riportato nel "grafico di mantenimento del peso" dove è disegnato il binario di mantenimento del peso.

Nel Modulo V il paziente è aiutato a interpretare le

modificazioni del peso, a sviluppare le abilità per mantenere il peso a lungo termine, a rispondere alle modificazioni di peso e ad affrontare le modificazioni di peso in futuro. Prima della conclusione della terapia viene interrotto l'uso del diario alimentare e dell'attività fisica, ma non il monitoraggio settimanale del peso (una delle strategie più importanti per mantenere il peso). Infine, sono rivisti i progressi effettuati e viene preparato un piano personale di mantenimento del peso che include anche come affrontare i possibili futuri tentativi di perdita di peso.

Conclusione del trattamento

Il trattamento si conclude alla Seduta 17 dove si fissano tre appuntamenti ogni due mesi per sei mesi per valutare il mantenimento del peso senza il supporto del terapeuta. Dopo sei mesi si può decidere se eseguire un altro tentativo di perdita di peso, seguito anch'esso da una fase di mantenimento di almeno nove mesi.

BOX 3.1 PUNTI SALIENTI DEL NUOVO PROGRAMMA DI TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE DELL'OBESITÀ CONSIGLIATO DA AIDAP

Obiettivi principali del trattamento

1. Raggiungere una perdita di peso corporeo che riduca i rischi per la salute associati all'obesità
2. Imparare ad accettare il peso corporeo che si può raggiungere in un periodo di circa sei mesi seguendo un'alimentazione moderatamente ipocalorica e uno stile di vita attivo
3. Mantenere nel tempo il peso corporeo perduto

Differenze rispetto alla terapia comportamentale

- Trattamento cognitivo comportamentale (non solo comportamentale)
- Trattamento non prescrittivo ma collaborativo
- Equipe multidisciplinare, ma non eclettica composta da un medico (che esegue la valutazione diagnostica e gestisce le complicanze mediche), una dietista e uno psicologo
- Perseguimento di un peso corporeo salutare ma non ideale
- Distinzione netta tra perdita di peso corporeo e mantenimento
- Approccio individualizzato con l'utilizzo di moduli specifici
- Sviluppo di uno stile di vita sano
- Bilanciamento del cambiamento e dell'accettazione

Fasi del trattamento

- Fase Uno: ha lo scopo di aiutare il paziente a raggiungere una perdita di peso corporeo che riduca le principali complicanze mediche associate all'obesità (utilizzando le procedure adottate dalla terapia comportamentale) e ad affrontare gli ostacoli potenziali al mantenimento (obiettivi irrealistici di perdita di peso corporeo e obiettivi primari)
- Fase Due: ha lo scopo di aiutare il paziente ad acquisire gli atteggiamenti mentali e i comportamenti necessari al mantenimento a lungo termine del peso corporeo (inizia dopo 24 settimane quando in genere si arresta la perdita di peso; il paziente è istruito a non cercare di perdere più peso corporeo, ma a concentrarsi solo sul mantenimento)

Durata del trattamento, numero sedute e durata

- 40 settimane
 - 17 Sedute con la seguente frequenza:
 - Sedute 0-4: una volta la settimana
 - Sedute 5-8: una volta ogni due settimane
 - Sedute 9-16: una volta ogni tre settimane
 - Seduta 17: dopo quattro settimane dalla seduta 16
 - Durata delle sedute: 60 minuti (30 minuti dietista e 30 minuti psicologo)
 - Valutazioni medica: dopo le sedute 8 e 18
- N.B. La forma semplificata del trattamento prevede solo 17 sedute con dietista e tre visite mediche.

Moduli del trattamento

- Modulo I: Monitorare l'alimentazione, l'attività fisica ed il peso corporeo
- Modulo II: Modificare lo stile di vita
- Modulo III: Affrontare gli ostacoli alla perdita di peso corporeo
- Modulo IV: Affrontare l'obiettivo di peso corporeo e gli obiettivi primari
- Modulo V: Affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso corporeo perduto

Moduli secondari (al modulo IV)

- Modulo immagine corporea negativa
- Modulo bassa autostima
- Modulo problemi interpersonali

INDIRIZZI UTILI

SEDI AIDAP IN ITALIA

AIDAP Verona (sede centrale)

Via Sansovino 16 - 37138 Verona (VR) - Tel. 045 8103915
Fax 045 8102884 - E-mail: aidavr@tin.it
Sito web: www.positivepress.net/aidap

AIDAP Ancona

Via Ricostruzione 3 - 60100 Ancona - Tel. 071 2804116
E-mail: aidapancona@tiscali.it

AIDAP Arezzo

Via Calamandrei, 137 - 52100 Arezzo - Tel. 333 2739033
Fax 0575 401170 - E-mail: lapinibarbara@yahoo.it

AIDAP Bologna

Via Nino Bixio, 2/2 - 40033 Casalecchio di Reno (BO)
Tel. 051 590051 - E-mail: aidap.bo@libero.it

AIDAP Brescia

Via Milano, 14 - 25126 Brescia (BS) - Tel. 030 292179
E-mail: aidap.bs@libero.it

AIDAP Cagliari

Via Malpighi, 4 - 09126 Cagliari (CA) - Tel. 328 3324817
Fax 070 7731921 - E-mail: aidap.cagliari@tiscali.it

AIDAP Cassino

c/o Centro di Riabilitazione Neuromotoria s.r.l.
L.go Michelozzi Ang. V.le Tiziano, 1 - 03030 Piedimonte
S. Germano (FR) - Tel. 0776 403159 - 0776 402156
E-mail: colella_franco@fastwebnet.it

AIDAP Firenze

Via del Ponte all'Asse, 3 - 50144 Firenze (FI)
Tel. 055 3245370 - E-mail: aidapfirenze@tin.it

AIDAP Genova

Via Ruffini, 10/8 - 16128 Genova (GE) - Tel. 010 5955374
E-mail: giancarlosarno@virgilio.it

AIDAP La Spezia

Via XXIV Maggio, 152 - 19124 La Spezia (SP)
Tel. e fax 0187 23414 - E-mail: aidapspezia@alice.it

AIDAP Lecce

Via Montello, 1 - 73100 Lecce (LE) - Tel. 0832 244063
E-mail: aidap.le@hotmail.it

AIDAP Milano

Viale Caldara, 23 - 20122 Milano - Tel. 02 5456738
E-mail: aribande@tin.it

AIDAP Milano 2

Corso Garibaldi, 71 - 20123 Milano - Tel. 02 86460962
E-mail: sergio_colombi@fastwebnet.it

AIDAP Napoli

Via Salvo D'Acquisto, 171 - 80042 Boscotrecase (NA)
Tel. 081 5374177 - E-mail: rosamennella@gmail.com

AIDAP Padova

Via D'Alemagna, 2 - 35134 Padova (PD) - Tel. 049 604752
E-mail: lucia.camporese@tin.it

AIDAP Parma

Strada Inzani, 5 - 43100 Parma (PR) - Tel. 0521 237644
E-mail: aidap.parma@libero.it

AIDAP Reggio Calabria

Via Willermin, 1 - 89123 Reggio Calabria (RC)
Tel. 0965 25864 - Fax 0966 474400 E-mail: aidap.rc@virgilio.it

AIDAP Reggio Emilia

Via A. De Gasperi, 44 - 42100 Reggio Emilia (RE)
Tel. 0522 555514 - Fax 0522 334906
E-mail: aidapRE@dietistareverberi.191.it

AIDAP Rimini

Via G. Perlasca, 15 - 47900 Rimini - Tel. 329 3790844
E-mail: manuelamarch@yahoo.it

AIDAP Roma

Via Leviso, 9 - 00198 Roma (RM) - Tel. 06 8840242
Fax 06 8840242 - E-mail: aidap.roma@libero.it

AIDAP Teramo

c/o Centro di Riferimento Regionale di Auxologia e Nutrizione
Pediatrica (CRRANP) - Via Risorgimento, 1 - 64032 Atri (TE)
Tel. 085 8707316 - E-mail: mario.dipietro@assteramo.it

AIDAP Torino

Via San Francesco da Paola, 37 - 10123 Torino (TO)
Tel. 011 2071918 - E-mail: cappellettauro@libero.it

AIDAP Trapani

Via Convento San Francesco di Paola, 73 - 91100 Trapani (TP)
Tel. 0923 554244 - Fax 0923 554244
E-mail: aidaptrapani@libero.it

AIDAP Trento

c/o Centro Servizi Sanitari - Via Lunelli 32 - 38100 Trento (TN)
Tel. 347 2465260 - E-mail: aidaptrento@alice.it

AIDAP Treviso

Via Campagnola, 3/1 - 31020 Villorba (TV)
Tel. 0422 444900 - Fax 0422 629799
E-mail: aidap.treviso@libero.it

AIDAP Varese

Viale Borri 75 - 21100 Varese (VA) - Tel. 0332 813456
Fax 0332 813464 - E-mail: aidap.varese@ojas.it

CENTRO DI RICOVERO RIABILITATIVO

Casa di Cura Villa Garda

Via Montebaldo 89 - 37016 Garda (VR)
Tel. 045 6208611 - Fax 045 7256132
Sito web: www.villagarda.it

BIBLIOGRAFIA

- Brownell, K.D. (1994). *The LEARN program for weight control* (6th ed.). Edmonds, WA: American. Health Press.
- Cooper Z, C.G Fairburn (2003). *Cognitive Behavior Therapy for Obesity*. Guilford, New York
- Dalle Grave, R., S. Calugi, et al. (2009). *Psychological Variables Associated with Weight Loss in Obese Patients Seeking Treatment at Medical Centers*. J Am Diet Ass.
- Dalle Grave R. In collaborazione con il gruppo SAFE (2009). *Perdere peso con il tuo medico*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R (2009). *Perdere e mantenere il peso. Un nuovo programma cognitivo comportamentale*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R., De Kolitscher L. (2009). *Perdere peso in 5 passi con il diario alimentare. Le guide di Starbene*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R., Pasqualoni E., De Kolitscher L., Ginetti S. (2009). *Il contacalorie AIDAP*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave, R., M. Cuzzolaro, et al. (2007). "The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers." *Obes* 15(9): 2320-2327.

- Dalle Grave, R., M. Cuzzolaro, et al. (2007). "The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers." *Obes* 15(9): 2320-2327.
- Dalle Grave R., Pasqualoni E., De Kolitscher L., Di Pauli D. (2008). *Il diario alimentare AIDAP*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave, R., S. Calugi, et al. (2005). "Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study." *Obes Res* 13(11): 1961-1969.
- Dalle Grave R. (2002). *Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R. (2008). *Perdere peso senza perdere la testa: Il peso ragionevole in 7 passi*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R. (1997). *Il peso ragionevole settimana per settimana*. Positive press, Verona
- Dalle Grave R. (2008). *Il peso ragionevole... che cos'è, come raggiungerlo e come mantenerlo*. Positive press, Verona.
- NIH (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report*.

DELLA STESSA CASA EDITRICE

NOI E IL CIBO

- DALLE GRAVE, R., Alle mie pazienti dico...
- DALLE GRAVE, R., Il peso ragionevole
- DALLE GRAVE, R., Il primo passo per perdere peso
- DALLE GRAVE, R., Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione a Villa Garda
- DALLE GRAVE, R., Perdere e mantenere il peso
- DALLE GRAVE, R., Perdere peso senza perdere la testa
- DALLE GRAVE, R., Prima di cominciare
- DALLE GRAVE, R., Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione
- DALLE GRAVE, R., Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità
- DALLE GRAVE, R., Terapia della famiglia
- DALLE GRAVE, R., MARCHI, I., PASQUALONI, E., SARTIRANA, M., I casi clinici
- DALLE GRAVE, R., PASQUALONI, E., Positive Diet
- DALLE GRAVE, R., PASQUALONI, E., DE KOLITSCHER, L., Il diario alimentare AIDAP
- DALLE GRAVE, R., PASQUALONI, E., DE KOLITSCHER, L., GINETTI, S., Il contacalorie AIDAP
- FAIRBURN, C., Come vincere le abbuffate
- FAVARO, A., SANTONASTASO, P., Anoressia & Bulimia
- GARNER, D.M., DALLE GRAVE, R., Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione
- JOHNSON, J., La verità sulle diete
- STEINBERG, D., DRYDEN, W., La psicologia della dieta

Il catalogo completo è consultabile sul sito www.positivepress.net

IL CONTACALORIE AIDAP

Una caloria è una caloria

R. Dalle Grave
E. Pasqualoni
L. De Kolitscher
S. Ginetti

ISBN 88-8429-042-2
496 pp. - € 15,00



Dalla A alla Z tutto quello di cui avete bisogno si trova in questo libretto, dove sono presenti più di 8.500 voci tra alimenti singoli (cibi freschi, surgelati, conservati), preparazioni (piatti pronti), piatti regionali, cucina etnica (mexicana...) e integratori alimentari.

Con l'uso di una calcolatrice, il "Contacalorie AIDAP" permette di monitorare costantemente e in modo accurato l'introito calorico giornaliero compiendo il primo passo verso uno stile di vita salutare mediante una dieta varia e bilanciata. Il formato tascabile permette di portare sempre con sé questo concentrato di informazioni, sia in viaggio, che al ristorante. Gli alimenti sono suddivisi in categorie e ordinati secondo l'ordine alfabetico per facilitare la lettura di chi volesse conoscere le calorie e i grammi di grassi presenti nella maggior parte dei prodotti alimentari disponibili in Italia.

Il libro è rivolto a tutte le persone che vogliono controllare in modo salutare il loro peso e le calorie assunte e può essere un valido aiuto anche per i professionisti della nutrizione (medici e dietisti).

IL DIARIO ALIMENTARE AIDAP

Uno strumento scientifico per la gestione del peso

R. Dalle Grave
E. Pasqualoni
L. De Kolitscher

ISBN 88-8429-040-6
160 pp. - € 10,00



Numerose ricerche scientifiche hanno dimostrato che il diario alimentare è uno strumento fondamentale nella terapia del sovrappeso e dell'obesità: il suo uso, infatti, è in grado di potenziare la perdita di peso! Il diario alimentare di questo manuale ha le dimensioni di una piccola agenda che può essere facilmente portata con sé; ciò facilita un monitoraggio dell'alimentazione e dell'attività fisica svolta immediato e accurato. La rilegatura unica di ben 91 schede permette inoltre di evidenziare, con il passare del tempo, i progressi effettuati nell'aderenza alla dieta e all'attività fisica.

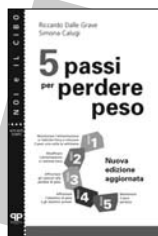
In questa versione del diario alimentare le schede sono state arricchite con la possibilità di calcolare non solo l'assunzione calorica ma anche il dispendio energetico dovuto all'esercizio fisico.

Il manuale è completato di una parte iniziale in cui viene spiegata con semplicità la compilazione delle schede e vengono forniti consigli pratici per favorire l'aderenza alla dieta e rendere la perdita e il mantenimento del peso di maggior successo!

CINQUE PASSI PER PERDERE PESO

R. Dalle Grave
S. Calugi

ISBN 88-8429-047-3
192 pp. - € 12,00



Il libro “Cinque passi per perdere peso” è la versione in forma di auto-aiuto del programma di dimagrimento consigliato dall'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP).

Il testo è strutturato in modo che possa essere seguito senza l'aiuto di nessuno (auto-aiuto puro), tuttavia l'appoggio di un'altra persona che conosca bene il programma aumenta l'efficacia del programma (auto-aiuto guidato). Il massimo dell'efficacia si ottiene utilizzando il libro con la guida di un terapeuta specializzato nel trattamento del sovrappeso e dell'obesità, che conosca il metodo, sia capace di fornire sostegno emotivo e comprensione, e possa suggerire delle tecniche per superare gli eventuali ostacoli. In Italia sono sempre più numerosi i terapeuti che utilizzano questo programma.

L'efficacia di questo trattamento è stata dimostrata in uno studio randomizzato e controllato eseguito in 22 centri medici distribuiti nelle varie regioni d'Italia.

PERDERE E MANTENERE IL PESO Un nuovo programma cognitivo comportamentale

R. Dalle Grave

ISBN 88-8429-043-0
272 pp. - € 24,00



Il libro descrive in modo dettagliato un innovativo trattamento del sovrappeso e dell'obesità che, oltre a descrivere le più moderne strategie comportamentali per favorire una salutare perdita di peso, introduce specifiche procedure per affrontare gli ostacoli alla perdita e al mantenimento del peso.

Il trattamento pone particolare enfasi all'identificazione e alla discussione dei pensieri disfunzionali associati all'abbandono del tentativo di dimagrimento e al recupero del peso perduto. Specifiche strategie sono riportate per modificare gli obiettivi irrealistici di peso e gli obiettivi primari (obiettivi che una persona pensa di raggiungere con il dimagrimento) non completamente raggiungibili con la perdita di peso come, ad esempio, l'immagine corporea negativa.

IL PESO RAGIONEVOLE
Che cos'è, come raggiungerlo
e come mantenerlo

R. Dalle Grave

ISBN 88-86402-04-X
244 pp. - € 17,00



L'autore propone a tutti coloro che hanno problemi di sovrappeso questa esemplare guida divulgativa per vincere da soli il penoso braccio di ferro con la bilancia senza i pericolosi anoressizzanti e senza eroiche diete. Il volumetto è denso di suggerimenti, spiegazioni, test da auto-somministrarsi, tabelle, diari, il tutto con estrema semplicità e con la chiarezza "americana" dei migliori "fai da te" di igiene mentale.

- *Medicina Psicosomatica* -

Ogni persona ha un suo peso al di sotto del quale la perdita avviene con grande difficoltà. Nel libro *Il peso ragionevole* l'autore ha chiamato appunto "ragionevole" il peso che può essere raggiunto e mantenuto con relativa facilità dalla maggior parte delle persone. E non è uguale per tutti, ma diverso da individuo a individuo. Il programma propone come raggiungere il peso ragionevole e come mantenerlo tenendo conto anche dell'emotional eating.

- *Vitality* -