

4° CONGRESSO SEZIONE REGIONALE TRIVENETO
SOCIETÀ ITALIANA DELL'OBESITÀ

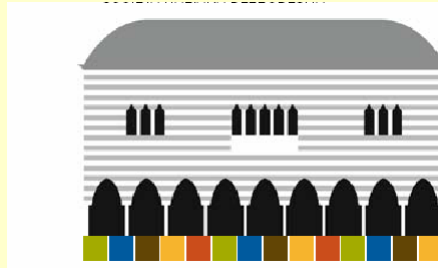
OBESITÀ E DISTURBI DEL
COMPORAMENTO
ALIMENTARE



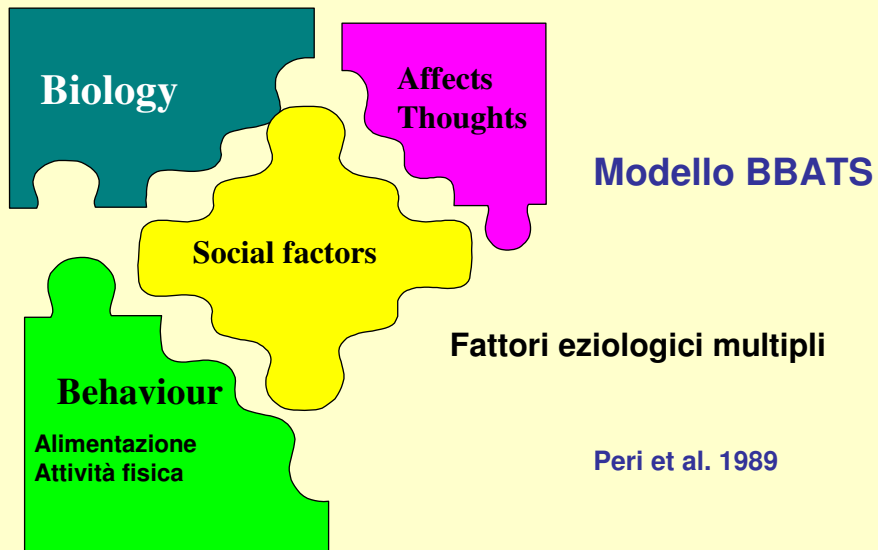
LA TERAPIA DI GRUPPO
NELL'OBESITÀ'

Roberta Situlin
UCO CLINICA MEDICA
Università di Trieste
robertasit@tiscali.it

UDINE, 4 OTTOBRE 2008

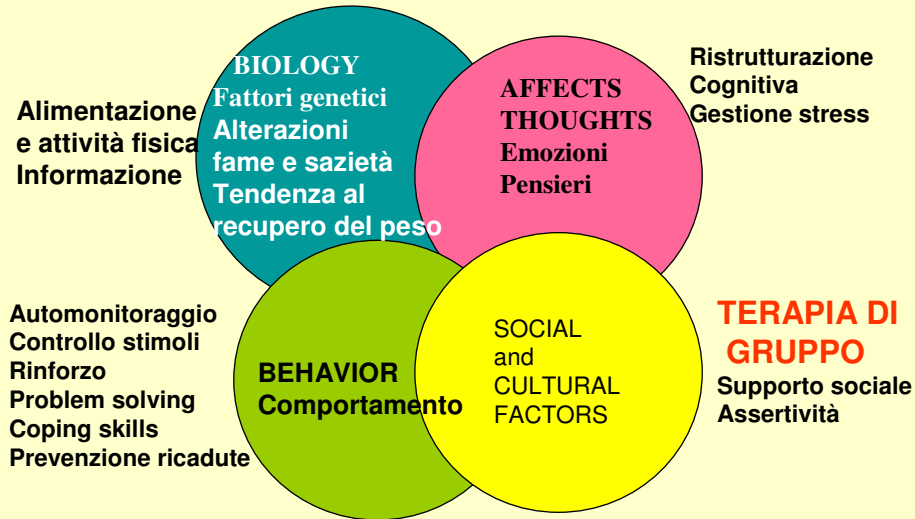


MODELLI MULTIDIMENSIONALI
DELL'OBESITÀ'



MODELLI MULTIDIMENSIONALI DELL'OBESITA'

TEAM MULTIDISCIPLINARE



METODI A CONFRONTO

| | | |
|--|--|--|
| Setting | Individuale con controlli mensili (15 minuti). | Gruppo chiuso, 12-18 soggetti. Incontri settimanali di 2 ore per 5 mesi + 4 incontri mensili |
| Operatori | Nutrizionista Dietista | Nutrizionista, dietista, psicologo o psicoterapeuta |
| Interventi | TD Prescrizione dietetica (deficit di 500 kcal/gg) | TCC Modificazioni graduali della alimentazione (revisione diari alimentari ed indicazioni strutturate) |
| Obiettivi ponderali | Calo del 5-10 % del peso iniziale in 6 mesi | Calo del 5-10 % del peso iniziale in 6 mesi |
| Soggetti obesi, donne IMC = $36 \pm 5,7$ Kg/m ² Età = 46 ± 12 (18-69) anni | Storia di diete multiple | Storia di diete multiple con tendenza all'abbandono precoce |

CONTENUTI DEGLI INTERVENTI DI GRUPPO

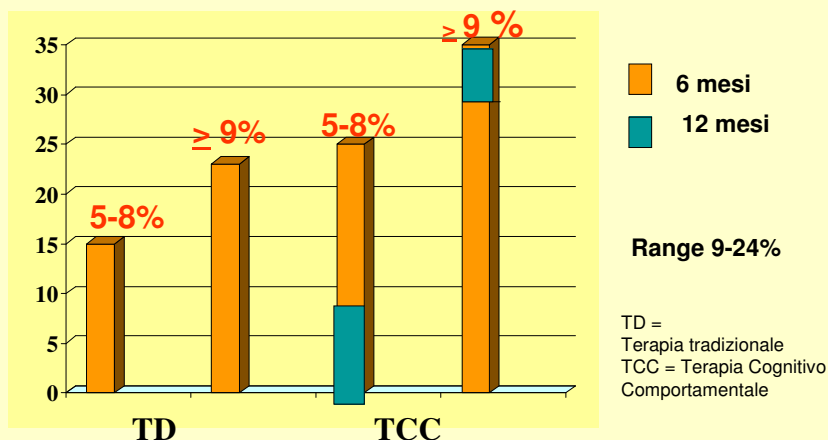
ASPETTI INFORMATIVO-EDUCAZIONALI

- Cause -conseguenze dell'obesità, meccanismi di regolazione del peso corporeo, dinamiche della diete eccessivamente restrittive e della sindrome dello yo-yo, regolazione fame e sazietà
- Effetti dell'attività fisica. Equilibrio alimentare
- Modificazione graduale delle abitudini alimentari sulla base dell'autosservazione

ASPETTI COMPORTAMENTALI-COGNITIVI

- Motivazione, definizione degli obiettivi
- Autosservazione (diario alimentare e dell'attività fisica)
- Identificazione situazioni problematiche; controllo stimoli e degli impulsi, problem solving; stress-coping
- Ristrutturazione cognitiva (pensieri-emozioni disfunzionali)
- Abilità relazionali
- Prevenzione delle ricadute

PERCENTUALE DI SOGGETTI CHE RAGGIUNGONO GLI OBIETTIVI DI CALO PONDERALE A 6 MESI

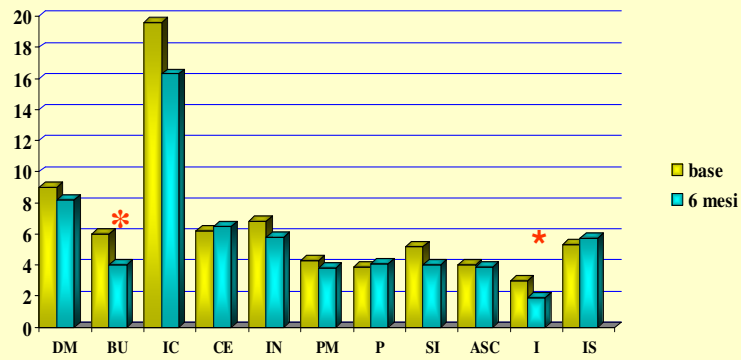


TD
Calo di peso più rapido
E meno duraturo

UCO Clinica Medica
e Dipartimento di Psichiatria

TCC
Efficacia persiste a 12 mesi
con lieve ulteriore calo ponderale

PUNTEGGI MEDI ALL' EATING DISORDER INVENTORY (EDI-2) . TCC di gruppo



* P = 0.05

DM Desiderio di magrezza

BU **Bulimia**

IC. Insoddisfazione corporea

CE Consapevolezza enterocettiva

IN. Senso di incapacità

PM Paure maturative

P Perfezionismo

SI Sfiducia interpersonale

ASC Ascetismo

I **Impulsività**

IS. Insicurezza sociale

Immagine corporea



Peter Paul
Rubens

*Venus at a
Mirror*

c. 1615

METODI

• PERCEZIONE CORPOREA

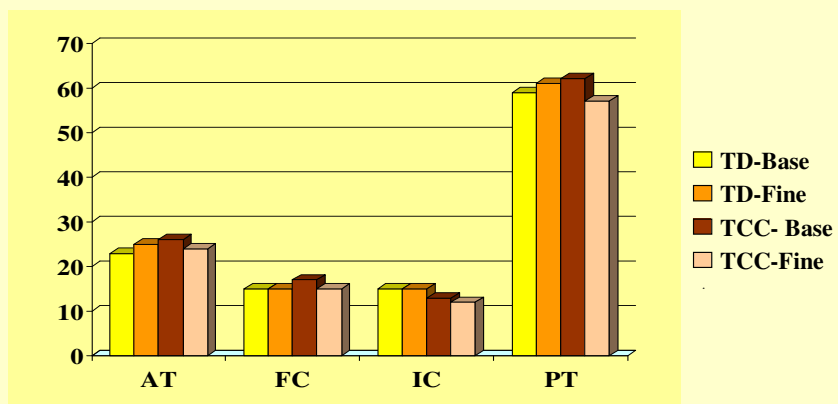
Test disegno della sagoma (Askevold F. 1975). I soggetti disegnano su un foglio bianco (largo 1,5 m e con un'altezza, >20 cm rispetto a quella reale) affisso sulla parete in sezione frontale, la propria sagoma. L'operatore rileva con un calibro le dimensioni di alcuni segmenti corporei e calcola il BPI (Body Perception Index) = dimensione percepita/dimensione reale x 100

• INDSODDISFAZIONE CORPOREA

- Eating Disorder Inventory, EDI-2 (Garner, 1997)
- Body Attitude Test, BAT (Probst, 1995)

UCO Clinica Medica, Trieste
e UCO di Psichiatria, Trieste

PUNTEGGI MEDI AL BAT



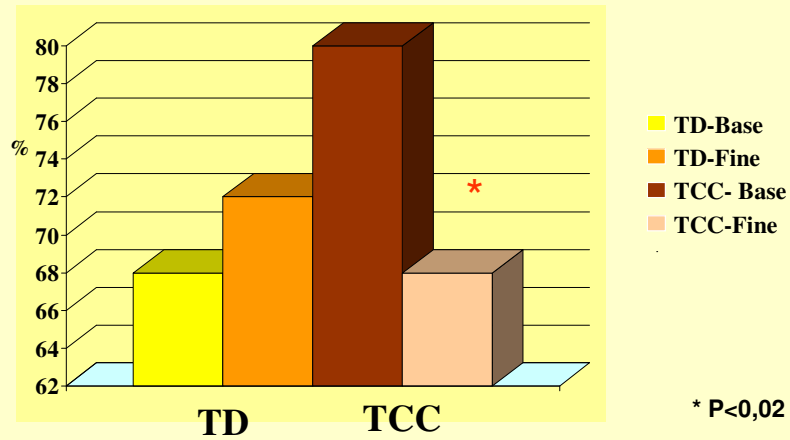
AT. Attenzione per la taglia

FC. Mancanza di familiarità con il corpo

IC. Insoddisfazione corporea nel confronto con gli altri

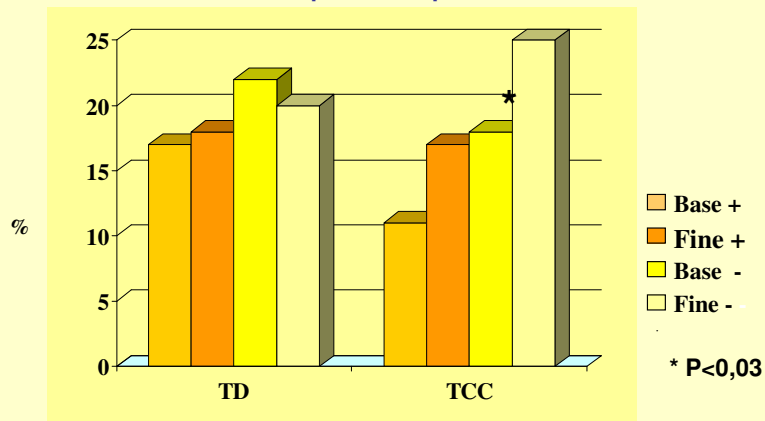
PT. Punteggio totale

**PERCENTUALI DI PAZIENTI CON INDICE GLOBALE
SUPERIORE AL CUT-OFF AL BAT
(Punteggio totale)**



TEST DEL DISEGNO SAGOMA

Percentuali di sovra o sottostima delle dimensioni dei fianchi prima e dopo trattamento



+ Soggetti che sovrastimano; - Soggetti che sottostimano

TUTTE ROSE?



Flora, Tiziano Vecellio
1490 - 1576

- Le terapie integrate, multimodali e multidisciplinari, di gruppo sembrano migliorare l'efficacia della terapia dell'obesità.
- Gli interventi richiedono tuttavia un importante impegno di risorse che devono quindi essere ottimizzate

IL PROBLEMA DEL DROP-OUT

DROP-OUTS. Soggetti che hanno interrotto prematuramente la terapia senza accordo con il terapeuta

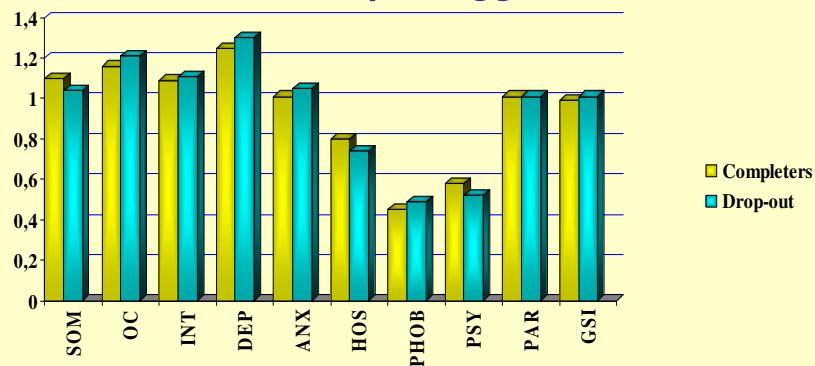
| | Completers | Drop-outs |
|---|-------------|-------------|
| Drop-out, % | | 31 |
| Presenza al gruppo/totale sessioni, % | 84 \pm 14 | 32 \pm 16 |
| Range numero di sessioni cui i soggetti hanno partecipato | 8-15 | 3-8 |

Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, San Vito al Tagliamento
UCO Clinica Medica, Università di Trieste

INDICI PONDERALI E PRESENZA DI ABBUFFATE

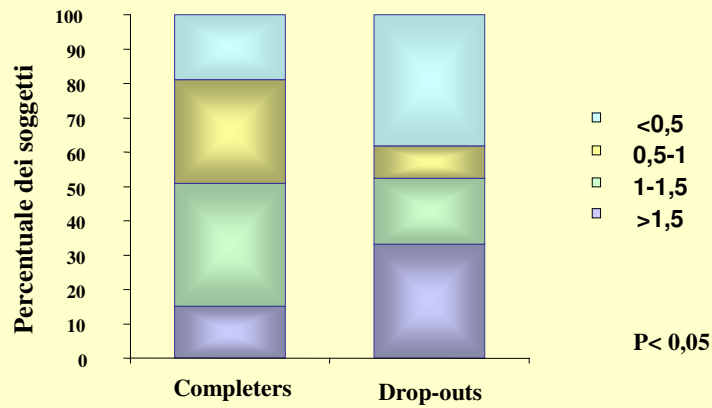
| | Completers | Drop-outs |
|---|-----------------------|-----------------------|
| IMC, Kg/m ² | 36,1 ± 7,1 (26-64) | 36,9 ± 5,9 (26-51) |
| Distribuzione in categorie ponderali, % | | |
| IMC <35 Kg/m ² | 51 | 36 |
| IMC >35 Kg/m ² | 49 | 64 |
| Presenza di abbuffate, % | 48 | 32 |

DROP OUT E DISAGIO PSICOLOGICO Valori medi dei punteggi all'SCL-90

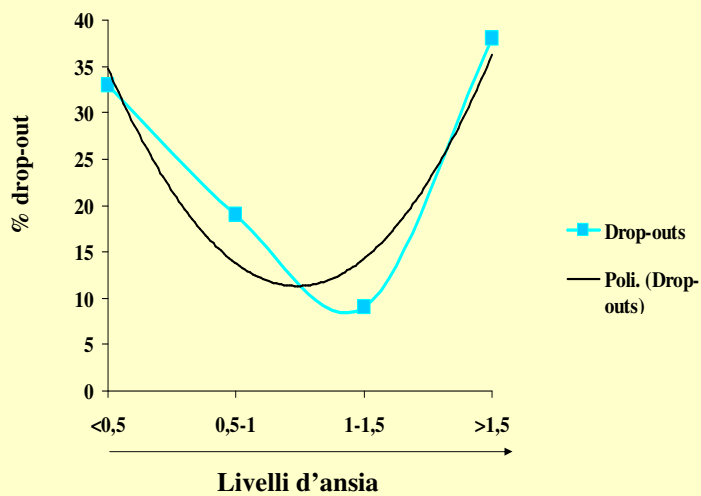


| | | | |
|-----|----------------------------|------|---------------------|
| SOM | Somatizzazione | HOS | Ostilità |
| OC | Ossessione- compulsione | PHOB | Ansia fobica |
| INT | Sensibilità interpersonale | PSY | Psicoticismo |
| DEP | Depressione | PAR | Ideazione paranoide |
| ANX | Ansia | GSI | Punteggio globale |

RISULTATI . DROP OUT E DISAGIO PSICOLOGICO
Distribuzione percentuale dei soggetti in categorie di punteggi
nella sottoscala “ansia” dell’scl-90

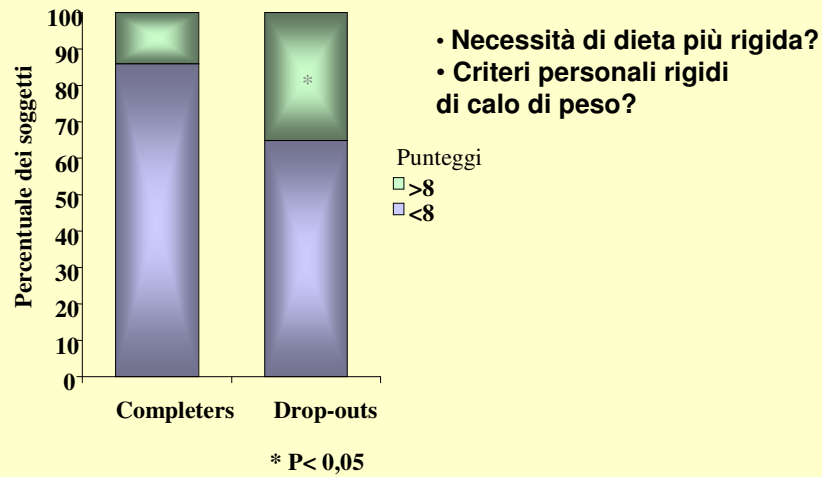


RISULTATI . DROP OUT E DISAGIO PSICOLOGICO
Relazione tra livelli d’ansia e frequenza di drop-out
dalla terapia



RISULTATI . DROP OUT E DISAGIO PSICOLOGICO

Distribuzione percentuale dei soggetti in categorie di punteggi nella sottoscala “ascetismo” dell’edi-2



CALO DI PESO “SOGNO” O REALTA’ ?



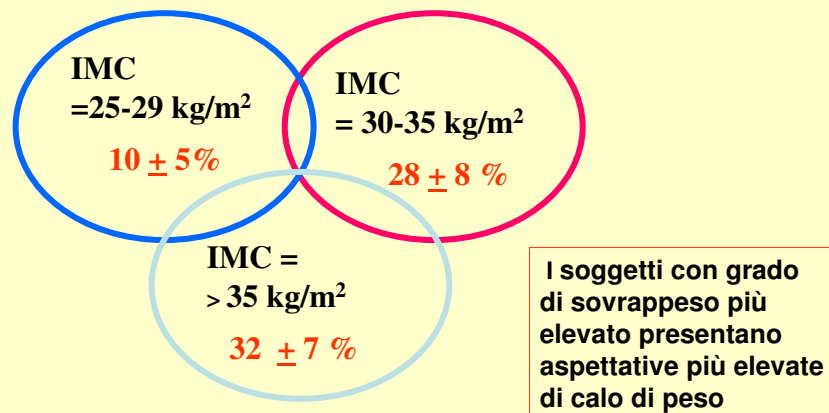
Tiziano Vecellio
1490 - 1576

I PESI DA SOGNATO AD ABORRITO

- Perdita di **peso ideale "Dream"** che la persona sceglierebbe se potesse perdere tutto il peso che vuole = **38%**
- Perdita di **peso soddisfacente**. Un peso inferiore al "dream" ma che la persona sarebbe comunque felice di raggiungere = **30 %**
- Perdita di **peso accettabile** Perdita di peso che non rende particolarmente soddisfatti ma che potrebbe essere accettato in quanto porta ad un peso inferiore all' iniziale **25%**
- Perdita di **peso inaccettabile**. Perdita che porta inferiore all'iniziale ma che viene considerata un fallimento **17%**

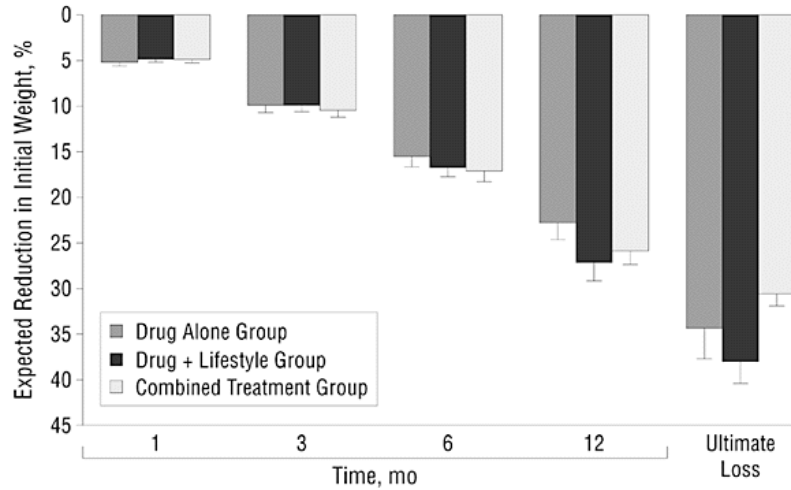
Foster et al, J Consult Clin Psychol, 1997

RELAZIONE TRA PESO CORPOREO E ASPETTATIVE DI CALO DI PESO SODDISFACENTE



100 soggetti. UCO Clinica Medica
Ambulatorio Obesità
Ospedale di Cattinara, TS

ASPETTATIVE SUL CALO DI PESO

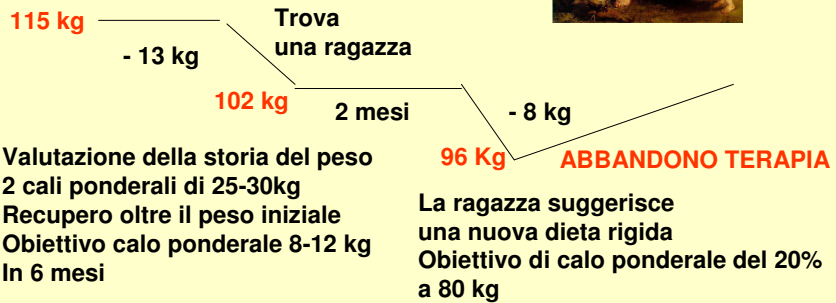


Wadden TA, et al. Benefits of Lifestyle Modification in the Pharmacologic Treatment of Obesity A Randomized Trial *Arch Intern Med.* 2001;161:218-227

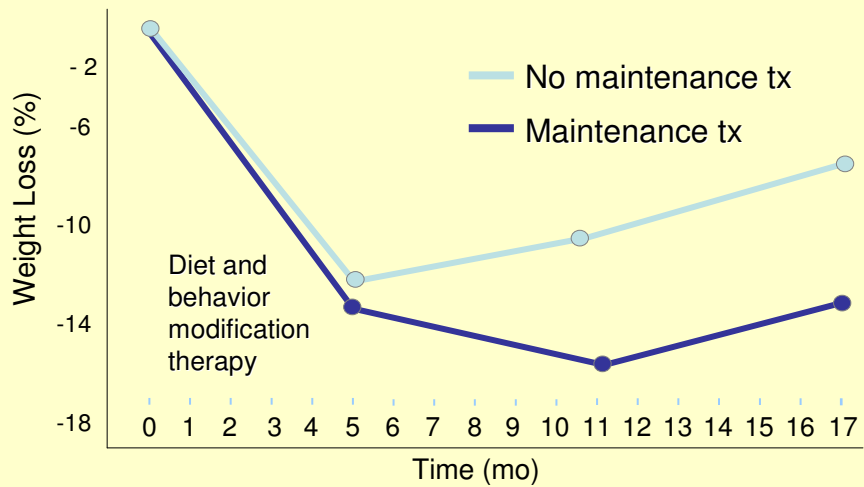
Scusi ma ho cambiato idea...

Una storia di doppio ABBANDONO

Bacco
Rubens
1577-1640



MANTENIMENTO DEL PESO



Perri et al. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:529.

PERDERE E MANTENERE

"Any protein cereal helps keep you the right size
...as long as it's
Post Grape-Nuts"

Thirty per cent more protein in every spoonful—more than any other cereal. That flavor really shapes up, too—so different, nut-like. Yes, for protein, energy and flavor... make your cereal Post Grape-Nuts!

ALL POST CEREALS HAPPEN TO BE JUST A LITTLE BIT BETTER

- **GAP TRA ASPETTATIVE ED OBIETTIVI** di calo ponderale o legati al calo di peso (forma fisica, salute, relazioni, autostima, ecc.)

- **ALTERAZIONI IMMAGINE CORPOREA**

- **MANCANZA DI CHIAREZZA** TRA PERDITA E MANTENIMENTO del peso e sugli obiettivi di calo ponderale

- **Molta enfasi per il calo ponderale**
Scarsa sul mantenimento

- **Fine degli interventi o drop out prima** che vengano affrontati i temi del mantenimento

Cooper, Fairburn, Hawker 2003

COSA FARE ANCORA?

Alcune modalità e ipotesi



Renoir, 1841-1919

- Maggiore strutturazione della dieta?
- Prolungare la durata degli interventi di gruppo ad 1 anno (fase di calo ponderale e fase di mantenimento)?
- Rivedere costantemente gli obiettivi ponderali e renderli meno arbitrari
- Incrementare gli interventi sull'immagine corporea (calo ponderale vs accettazione)
- Distinguere gli obiettivi dipendenti da quelli indipendenti dal peso

COSA FARE ANCORA?

Alcune modalità e ipotesi



Renoir, 1841-1919

- Maggior enfasi sugli aspetti cognitivo-emotivi, specie nella fase di mantenimento
- Coinvolgimento delle famiglie
- Abbandonare la terapia di gruppo, poco flessibile e meno adatta a interventi di tipo cognitivo?
- Fase di mantenimento su base individuale, dopo interventi di gruppo?

GRAZIE PER L'ATTENZIONE