

MASTER ON-LINE PSYMEDISPORT

EFFICACIA DI UN INTERVENTO PSICOLOGICO SULLA MODIFICAZIONE
DELLO STILE DI VITA, NELL'AMBITO DEL TRATTAMENTO NON
CHIRURGICO DELL'OBESITÀ

Dott.ssa Lorenza Bicchieri
Psicologa Psicoterapeuta

Ricerca effettuata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma,
Servizio di Malattie del Ricambio e Diabetologia (medico responsabile:
Prof.ssa Elisabetta Dall'Aglio)

INTRODUZIONE

L'obesità è una patologia ad origine multifattoriale, ed è ormai ampiamente dimostrato che un approccio terapeutico multidisciplinare, al fine di ottenere un cambiamento dello stile di vita, è altamente consigliato. Nonostante ciò, è ancora un problema cruciale il mantenimento a lungo termine del calo ponderale, a prescindere dal modo in cui è stato raggiunto: è, infatti, comune esperienza tra le varie figure professionali, che si occupano di soggetti con obesità, la difficoltà che spesso incontrano i pazienti nell'implementare e perseverare nei comportamenti loro richiesti, come fare attività fisica e/o modificare le abitudini alimentari.

L'approccio psicologico di tipo cognitivo-comportamentale è risultato essere tra i più efficaci nell'aiutare le persone a cambiare il proprio modo di agire, ed operando attraverso un repertorio di strategie basate sui principi dell'apprendimento, è in grado di incidere significativamente non solo sui comportamenti, ma anche sugli aspetti cognitivi (pensieri, credenze, convinzioni, valutazioni, schemi, ecc.) e sulle emozioni che li accompagnano.

"A comprehensive weight management program should make maximum use of the multiple strategies for cognitive-behavioural therapy.....Continued behavioral intervention may be necessary to prevent a return to baseline weight".

Position of the American Dietetic Association: Weight Management (2009). *Journal of American Dietetic Association*, 109:330-346.

Come sottolineato dall'American Dietetic Association, uno dei fattori che condizionano maggiormente il successo terapeutico, è costituito dall'aderenza ai follow-up. Il fenomeno del drop-out nei pazienti affetti da obesità, ha un tasso molto elevato (superiore al 60%) ed è ricondotto spesso alla presenza di una comorbidità con Disturbi del Comportamento Alimentare o altri disturbi in Asse I o II del DSM IV-TR (Melchionda et al., 2003; Taner et al., 2009).

Presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Servizio di Malattie del Ricambio e Diabetologia (medico responsabile: Prof.ssa Elisabetta Dall'Aglio), è attivo dal 2007 un percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare per pazienti affetti da obesità, dove chi scrive si occupa dell'*assessment* e dell'intervento psicologico di sostegno o di psicoterapia su questi soggetti.

Nel prosieguo di questo lavoro sarà illustrata l'esperienza osservazionale sul campione descritto.

MATERIALI E METODI

Sono stati osservati 113 pazienti afferenti in prima visita per obesità nell'anno 2011, presso il servizio di Malattie del Ricambio e Diabetologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, durante il biennio 2011-2013. Il campione era composto da 28 maschi (24,8%) e 85 femmine (75,2%), con età compresa fra 19 e 65 anni (M 43,25+10,69); B.M.I. compreso fra 27,4 e 60,4 (M 38,33+6.05).

10 pazienti, 9 femmine e 1 maschio, erano di provenienza extracomunitaria (4 da Moldavia, 2 da Nigeria, 1 da Albania, 1 da Tunisia, 2 da Marocco)

Non sono state osservate differenze di genere nella distribuzione di B.M.I. ed età.

Sono stati osservati:

- 1) il tasso di drop-out precoce (Early drop-out; entro 6 mesi dall'inizio del trattamento), di drop-out tardivo (Late drop-out, oltre i 6 mesi, ma prima di aver completato il percorso terapeutico in tutte le sue fasi) e di aderenza ai controlli fino al termine del trattamento;
- 2) l'incidenza DCA nei 3 gruppi di soggetti;
- 3) l'incidenza di tutti i disturbi mentali (Asse I e Asse II del DSM IV-TR) nei 3 gruppi di soggetti;

- 4) se si evidenziano differenze nel tasso di abbandoni tra chi ha ricevuto un supporto psicologico individuale ad hoc (minimo 3 colloqui), di sostegno, counseling, colloquio motivazionale o psicoterapia;
- 5) se il tasso di successo terapeutico è influenzato dall'aver ricevuto un trattamento psicologico di qualsiasi natura.

È definito “successo terapeutico” un calo ponderale pari al 7-10% del peso iniziale, ottenuto nei primi 6 mesi di trattamento, attraverso l'adozione di uno stile di vita sano e mantenuto per almeno i 12 mesi successivi.

Per “stile di vita sano”, si intende uno stile alimentare equilibrato per quantità e qualità, come ad esempio apporto calorico adeguato per età, sesso e dispendio energetico, assunzione dei nutrienti nelle percentuali indicate dalle linee guida (www.inran.it) e l'implementazione di esercizio fisico aerobico per almeno 150 minuti settimanali

(www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1561_allegato.pdf; www.bsc.gwu.edu/DPP/).

Struttura del trattamento cognitivo-comportamentale

Per sintetizzare la descrizione dell'approccio comportamentale, soprassedendo sulle origini e sullo sviluppo di tale corpus teorico e tecnico, si può affermare che l'intervento terapeutico si pone alcuni obiettivi principali:

- il primo è quello di individuare valutare in termini di frequenza, durata ed intensità il comportamento-bersaglio, definirne i fattori emozionali che lo accompagnano o lo mantengono ed individuare i pensieri associati alle emozioni negative;

- il secondo consiste nel cercare e/o costruire delle modalità alternative, più funzionali, di affrontare le situazioni problematiche. L'adozione di modalità di pensiero più costruttive conduce a una modificazione dell'esperienza emozionale dolorosa. Sarà compito del terapeuta individuare le tecniche più appropriate che potranno aiutare la persona a raggiungere questi obiettivi, mentre sarà compito di quest'ultima impegnarsi durante gli incontri e nella vita reale per seguire le indicazioni suggerite;

- il terzo consiste nel potenziare le risorse personali del soggetto, per prevenire le ricadute

Trattamento cognitivo-comportamentale dell'obesità

Nel trattamento dell'obesità, il programma terapeutico si sviluppa utilizzando varie tecniche, sintetizzate in fig. 1, volte ad ottenere e mantenere nel tempo gli obiettivi di perdita di peso citati in precedenza e riconosciuti dalle più attuali linee guida. Tali strategie, utilizzate singolarmente o in sinergia, concorrono nel favorire il raggiungimento di una maggiore consapevolezza da parte del paziente, rispetto a ciò che contribuisce a scatenare e a mantenere il/i comportamenti che ostacolano la perdita di peso o ne favoriscono l'aumento. Successivamente, il soggetto viene aiutato ad acquisire e ad agire comportamenti idonei a fronteggiare tali ostacoli e perseverare nel mantenimento dei risultati raggiunti.

Struttura del trattamento

Il modello di trattamento applicato ai pazienti descritti, è basato sull'approccio sviluppato da R. Dalle Grave (2002); ha una durata complessiva di 24 mesi ed è suddiviso in 2 fasi:

la prima parte, della durata di 6 mesi, è volta alla rimozione degli ostacoli al raggiungimento ed accettazione di un peso ragionevole, mentre la seconda parte,

anch'essa della durata di 6 mesi, è volta invece alla prevenzione delle ricadute. Dal 12° al 24° mese è previsto un periodo di “svezzamento”, con *booster session* ad intervalli sempre più distanziati, atte a rinforzare le capacità di autogestione.

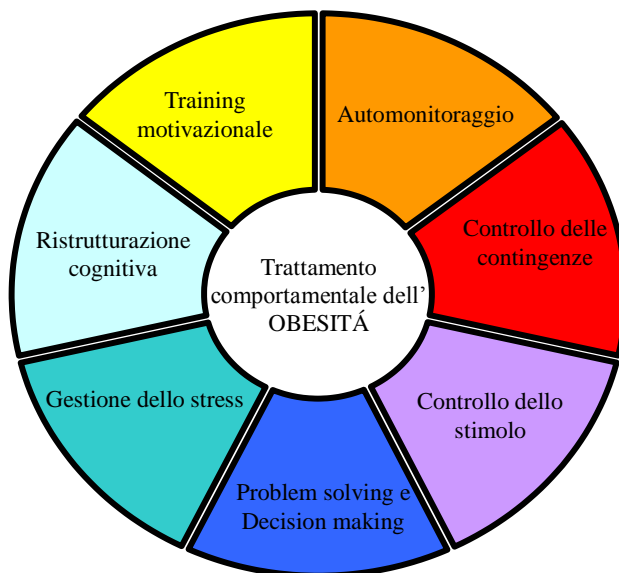


Fig. 1: le principali tecniche utilizzate nel trattamento dell'obesità

Il numero di sedute complessivo è di circa 15 incontri (escluso l'*assessment*) ma può subire delle variazioni in caso sia necessario affrontare alcuni obiettivi specifici correlati alla buona riuscita del programma di perdita di peso (ad esempio in presenza di disturbi del comportamento alimentare, disturbi depressivi, disturbi d'ansia, oppure più semplicemente problemi motivazionali).

L'ordine del giorno segue un protocollo, mentre il numero di sedute dedicato ad ogni modulo è indicativo ed è quindi suscettibile di variazioni, secondo necessità.

- Modulo I: apprendere l'automonitoraggio dell'alimentazione, del peso e dell'attività fisica. L'utente inizia nelle primissime settimane ad utilizzare i diari come strumento per acquisire maggiore consapevolezza di sé e della regolazione dei propri comportamenti: perché mangio anche se non ho fame? Perché rimango sul divano anche se so che dovrei camminare? Quali sono le mie convinzioni sulle regole di una buona alimentazione? Cosa succede se seguo determinate regole? L'automonitoraggio può non essere mai interrotto, per tutta la durata del trattamento.
- Modulo II: cambiare lo stile di vita. È un modulo educativo dove il paziente riceve informazione dalla figure professionali competenti rispetto alla regolazione del peso e al bilancio calorico, all'entità del calo ponderale nel tempo, ai nutrienti, all'attività fisica. Viene iniziato alla seconda seduta, successivamente all'automonitoraggio.
- Modulo III: rimuovere gli ostacoli alla perdita di peso. Inizia contemporaneamente al modulo precedente e dura per un semestre (fino alla sesta seduta circa). Il soggetto viene invitato a riflettere rispetto a ciò che impedisce di aderire alle indicazioni ricevute e viene stimolato nella ricerca di soluzioni, utilizzando il problem solving. A volte in questa fase si rende necessario un training motivazionale per permettere il passaggio da una fase di contemplazione ad una di azione o mantenimento (vedi approccio Transteoretico, Prochaska e Di Clemente, 1982)
- Modulo IV: affrontare il tema degli obiettivi di peso e degli obiettivi primari. Si iniziano ad affrontare tali argomenti intorno alla quarta seduta, e si può procedere anche fino alla fine del trattamento. Si discute sul significato che ha per il paziente

la perdita di peso. A volte le motivazioni che spingono le persone a perdere peso sono improprie, cioè non sono in relazione con il problema “sanitario” in sé e per sé (es.: difficoltà di movimento, alti rischi per la salute, ecc.), ma con aspettative di cambiamento in aree che con il peso hanno poco o nulla a che spartire (es.: essere più sicuri di sé). Se le motivazioni improprie non vengono valutate ed affrontate, il rischio di ricaduta è evidentemente molto alto. È possibile inserire dei moduli aggiuntivi relativi all’immagine corporea, alle abilità sociali, alla bassa autostima e al perfezionismo.

- Modulo V: affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso; dalla seduta 7 alla 12. In questo modulo si aiuta il soggetto a valutare in modo funzionale eventuali *lapse*. Si lavora, per esempio, per diventare più flessibili nei confronti della violazione del controllo (“se ho derogato una volta non significa che ho perso totalmente il controllo”), oppure per migliorare il proprio autocontrollo (affrontare il bisogno di gratificazioni immediate). Un atteggiamento piuttosto diffuso da discutere, è relativo alla negazione della necessità di gestire attivamente il mantenimento del peso, che porta poi all’abbandono di ogni tentativo di adottare i comportamenti più appropriati. A volte poi, come sottolineato nel punto precedente, l’ostacolo al mantenimento del peso è costituito dalla sottovalutazione dei benefici ottenuti dalla perdita di peso, se non sono raggiunti gli obiettivi primari (es.: accettazione di sé, sicurezza interpersonale, ecc.)

Dal 12° al 24° mese di trattamento non sono previste specificità rispetto agli argomenti da trattare, ma si continua semplicemente un *follow-up* per sostenere e consolidare i cambiamenti ottenuti, nell’ottica dell’acquisizione di una completa autonomia di gestione del proprio peso. Le sedute sono generalmente 3: a cadenza trimestrale le prime 2 e semestrale l’ultima.

RISULTATI

L’analisi delle osservazioni relative al tasso di abbandono terapeutico, evidenzia che solo il 34,5% dei pazienti aderisce ai *follow-up* programmati, mentre la rimanente percentuale abbandona il programma prima del termine (Fig.2).



Fig. 2: percentuali di pazienti complianti e non complianti ai follow-up

La maggior parte degli abbandoni si verifica nel primo semestre di terapia (Early Drop-out), in un rapporto di circa 2:1 rispetto agli abbandoni che avvengono dopo i primi 6 mesi (Late Drop-Out, Fig. 3).

La presenza di DCA si riscontra nel 36,3% (24 su 66 casi) nella popolazione che

prosegue il trattamento per più di 6 mesi. La percentuale è sostanzialmente simile anche nel gruppo di pazienti che invece interrompono precocemente (47 in totale), ed è pari al 34,04% (Tab. 1). Per quanto riguarda l'incidenza di condizioni psicopatologiche in generale, si rilevano nel 37,89% dei casi dei pazienti aderenti ai controlli vs. 38,29% nei drop-out. (Tab. 2).

La situazione non è diversa se si considerano i pazienti che abbandonano il percorso terapeutico anche in fasi più avanzate, ma comunque prima della conclusione: i DCA sono presenti nel 36,47% dei pazienti che proseguono i controlli anche a tempo prolungato, e nel 32,14% dei drop-out (Tab. 3)

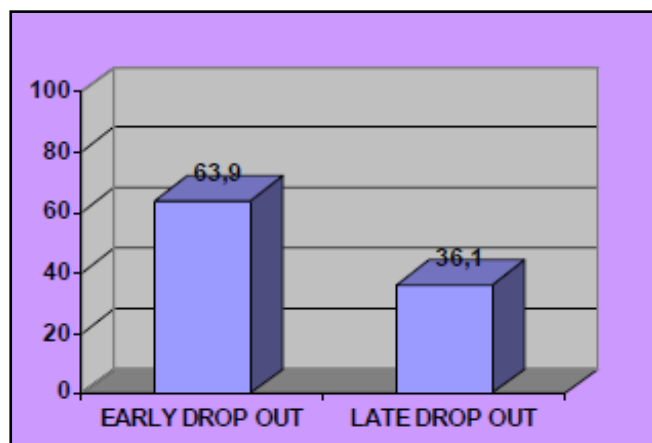


Fig. 3: percentuali di pazienti che abbandonano il trattamento precocemente e tardivamente

Contrariamente a quanto atteso, né l'incidenza di DCA, né di disturbi classificabili in asse I e/o II del DSM-IV TR, sono significativamente differenti nei due gruppi di soggetti. È invece significativamente più alta la *compliance* ai *follow-up* nei pazienti che hanno seguito un percorso con sostegno psicologico individuale mirato (Tab. 4): i pazienti complianti hanno avuto il sostegno nei 71,05% dei casi, mentre i drop-out hanno ricevuto sostegno solo nel 27,7%.

		DIAGNOSI DI DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE		Totale
		PRESENZA DCA	ASSENZA DCA	
Early Drop-out	no	24	42	66
	si	16	31	47
Totale		40	73	113

Tab. 1: Presenza di DCA in drop-out precoce. Chi-quadro: 0.065; Sig. asint. (a 2 vie): 0,799 (non significativo)

Drop-out entro 6 mesi di trattamento		TOTALE DISTURBI IN ASSE I E II DSM-IV TR		Totale
		PRESENZA DI UN DISTURBO	ASSENZA DI DISTURBI	
Early drop-out	no	25	41	66
	si	18	29	47
Totale		43	70	113

Tab. 2: Presenza di qualsiasi disturbo in Asse I e II in drop-out precoce. Chi-quadro: 0,002; Sig. asint. (a 2 vie): 0,964 (non significativo)

Drop-out dopo 6 mesi di trattamento	DIAGNOSI DI DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE		Totale
	PRESENZA DCA	ASSENZA DCA	
	Late drop-out no	31	54
si	9	19	28
Totale	40	73	113

Tab. 3: Presenza di DCA in drop-out tardivo Chi-quadro: 0,173; Sig. asint. (a 2 vie): 0,678 (non significativo)

		COMPLIANTI	EARLY DROP-OUT	LATE DROP-OUT	TOTALE	
Trattamento psicologico	NO	N 1	54	7	62	
	% del totale	4,3%	39,9%	11,0%	55,2%	
SI	N	32	1	18	51	
	% del totale	25,8%	,6%	17,8%	44,20%	
Totale		N 33	55	25	113	
		% del totale	30,1%	40,5%	28,8%	100,0%

Tab. 4: Chi-quadro: 19,035; Sig. asint. (a 2 vie): 0,0001 (SIGNIFICATIVO)

Come riassunto in tabella 5, inoltre, tra coloro che hanno portato a termine il percorso terapeutico, la percentuale di successo (calo ponderale e mantenimento del risultato per almeno altri 12 mesi) è nettamente e significativamente maggiore in chi si è avvalso di un supporto psicologico, rispetto a chi ha ricevuto solo trattamento medico.

SUCCESSO TERAPEUTICO in TRATTAMENTO TRADIZIONALE VS TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE

		SUCCESSO		Totale	
		NO	SI		
Trattamento psicologico	NO	N 5	4	9	
	% del totale	14,3%	12,2%	26,5%	
SI	N	4	20	24	
	% del totale	12,2%	61,2%	73,5%	
Totale		N 9	24	33	
		% del totale	26,5%	73,5%	100,0%

Tab. 5: Chi-quadro: 13,547^a; Sig. asint. (a 2 vie): 0,0001 (SIGNIFICATIVO)

CONCLUSIONI

I risultati osservati, pur rimarcando la necessità di studiare meglio il fenomeno dell'abbandono terapeutico, che appare essere di dimensioni notevoli, così come riportato anche in letteratura, consentono di osservare che l'integrazione di un trattamento

psicologico, anche breve e/o mirato ad un obiettivo specifico (nel caso riportato il numero minimo di colloqui è stato di almeno 3 incontri), porti ad un netto miglioramento sia nell'aderenza ai controlli che nella percentuale di successo terapeutico. Pare inoltre, che la presenza di disturbi mentali di qualsiasi genere, non influisca in modo negativo, anche se per poter trarre delle conclusioni definitive, è necessario approfondire meglio alcune tematiche, soprattutto in relazione ai disturbi del comportamento alimentare conclamati e sottosoglia.

L'applicazione di alcune strategie, quali le tecniche di visualizzazione e di rilassamento per il controllo alimentare, le tecniche di controllo dello stimolo (es.: evitare le situazioni rischiose o pianificarne il fronteggiamento) e di controllo delle contingenze (es.: lista di attività alternative), sono state ampiamente utilizzate.

Alcune strategie di *mental training* sono state utili per migliorare la perseveranza e la resistenza nelle attività motorie proposte dall'èquipe curante: l'attività fisica di tipo aerobico (per lo più scelta dal paziente) è infatti il secondo elemento fondante la riabilitazione del soggetto affetto da obesità, dal quale non si può prescindere se si mira ad un cambiamento stabile nello stile di vita.

In sintesi, anche l'utilizzo di tecniche proprie della psicologia dello sport, benché le deduzioni siano tratte da un'osservazione su un campione di convenienza, di numerosità limitata e senza l'utilizzo di protocolli standardizzati, si sono rivelate utili e promettenti nel campo della promozione della salute e del benessere.

BIBLIOGRAFIA

Melchionda N, et al. (2003). Cognitive behavioural therapy for obesity: one-year follow-up in a clinical setting. *Eating and Weight Disorders*. 8(3):188-93.

Position of the American Dietetic Association: Weight Management (2009). *Journal of American Dietetic Association*, 109:330-346.

Prochaska, J.O & Di Clemente C.C (1982) Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. 19: 276-288

R. Dalle Grave (2002) *Terapia Cognitivo –Comportamentale dell'Obesità*. Verona, Positive Press

Taner Y et al. (2009). Psychopathology and its effect on treatment compliance in pediatric obesity patients. *Turk J Pediatr*. 51(5):466-71.

SITOGRAFIA

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1561_allegato.pdf;

www.bsc.gwu.edu/DPP/

www.inran.it

RINGRAZIAMENTI

Un sentito ringraziamento alla Prof.ssa Gerin Birsa, che si è sempre dimostrata professionale, solerte e disponibile a qualsiasi chiarimento durante tutta la durata del Master