

SPECIALE



Obesità

Obesità epidemia moderna

Autore: Dr.ssa Marisa **CROCCHIANTI***
Dr.ssa Emanuela **DI NAPOLI****

* *Dietista - Medico chirurgo
Medico di Medicina Generale
Psicoterapeuta cognitivo comportamentale
Via XX Settembre 19/3 - GE
Studio Ceder Tel. 010.8608850*
** *Psicologa Psicoterapeuta Sessuologa*

Negli ultimi decenni stiamo vivendo un paradosso costituito dal fatto che metà della popolazione mondiale soffre e muore di fame mentre l'altra metà soffre e muore per le conseguenze della sovralimentazione.

Come conseguenza abbiamo obesità e sovrappeso.

L'aumento in percentuale dell'obesità è un fenomeno caratteristico nel processo di industrializzazione, ed è collegato a numerosi fattori: la relativa abbondanza di cibo, l'alimentazione ricca di grassi e di zuccheri, uno stile di vita più sedentario.

Nelle società rurali, in cui c'era scarsità di cibo, essere grassi era considerato desiderabile: un segno di ricchezza e di prestigio sociale. È invece importante notare che, quando una società diventa più ricca, la distribu-

zione sociale tipica dell'obesità si capovolge: nelle società ricche la magrezza è simbolo di prestigio, mentre l'obesità è declassata. Nei paesi occidentali, il rapporto tra obesità e classe sociale non è soltanto simbolico, infatti, numerosissime ricerche mostrano che nei paesi industrializzati la prevalenza dell'obesità è più alta tra i ceti sociali più bassi con il significato di un benessere raggiunto. Ma questo è solo un aspetto di un'eziopatogenesi complessa che coinvolge l'individuo in ogni sua dimensione.

Attualmente l'obesità è stata riconosciuta come una "patologia cronica multifattoriale a componente multigenica su cui intervengono fattori ambientali che ne determinano l'espressione clinica". La manifestazione più evidente è rappresentata dall'aumento del peso corporeo, dovuto ad un eccessivo accumulo del tessuto grasso di deposito. In poche parole è una malattia inguaribile ma curabile controllando o prevenendo i fattori ambientali, fisiologici e psicologici che ne determinano l'insorgenza. Nell'obesità non risulta risparmiato nessun organo, sistema o apparato. Negli ultimi anni, inoltre, desta crescente preoccupazione l'aumento della prevalenza dell'obesità fra i bambini (in Italia tre bambini in età



scolare su dieci sono in sovrappeso) e gli adolescenti. Un problema che può essere correlato anche al numero di ore che il bambino passa davanti alla televisione, durante il quale sono due i fattori predisponenti la patologia: la sedentarietà e il continuo mangiucchiamento.

Come diventiamo obesi?

Secondo un modello medico-neurobiologico-psicologico integrato l'obesità può essere inquadrata come una condizione morbosa con cause multifattoriali, caratterizzata dalla presenza di un disturbo quantitativo e qualitativo del comportamento alimentare.

Secondo questo modello, diversi fattori sono determinanti perché possa manifestarsi la patologia obesità:

- * **fattori neurobiologici:** alterato equilibrio dei neurotrasmettitori che regolano il bilancio fame sazietà (serotonina, dopamina, sistemi peptidergici). Tale alterazione sembra essere in parte ereditaria ed in parte acquisita durante la primissima infanzia a causa di comportamenti alimentari scorretti. Vi sono forme dimorfiche di obesità rare in cui la genetica è determinante come nelle sindromi di Prader-Willi, di Alstom, di Lorence-Moon-Biedl, di Cohen e di Carpenter. Vi sono, inoltre, farmaci che possono aumentare l'appetito e predisporre ad un aumento della massa grassa: sono le Fenotiazine, alcuni Antidepressivi, gli Antiepilettici e gli Steroidi;
- * **fattori metabolici:** un rallentato metabolismo basale, scarsa attività fisica, riduzione dell'ossidazione lipidica, insulino-resistenza, ma anche patologie ipotalamiche, l'ipotiroidismo, la sindrome di Cushing si associano ad un aumentato

Come si può definire l'obesità?

Si tratta di una malattia cronica non guaribile ma curabile e si definisce come un accumulo di grasso corporeo al di sopra della normale quantità presente in un individuo. Il parametro più usato per valutare il peso corporeo è l'indice di massa corporea :

$IMC = \text{peso corporeo (Kg)} / \text{altezza (m)}^2$:

IMC tra 18,5 e 24,9 = salute.

IMC tra 25 e 29,9 = sovrappeso

IMC tra 30 e 34,9 = obesità di 1° grado

IMC tra 35 e 39,9 = obesità di 2° grado

IMC da 40 in poi = obesità di 3° grado

IMC inferiore a 17,5 = magrezza patologica. Quasi sempre riferibile ad anoressia nervosa se si tratta di giovani donne.

In Italia sono affetti da questa patologia il 9,9% della popolazione maschile e il 9,5% di quella femminile, mentre sono in sovrappeso rispettivamente il 39,8% ed il 25,3%, e il fenomeno è in continuo aumento. Anche il declino cognitivo è correlato al IMC.

rischio di andare incontro ad obesità. I modelli animali di obesità, inoltre, assegnano all'adipocita un ruolo patogenetico centrale, in quanto può secernere sostanze molto dannose per l'organismo;

- * **fattori psicologici e socio-culturali:** numerosi autori hanno cercato di delineare le caratteristiche psicologiche principali che accomunerebbero tra di loro i soggetti obesi. In realtà, dal punto di vista psicologico, come da quello medico, l'obesità si presenta come un quadro estremamente complesso.

Quali sono i fattori di rischio?

Sono fattori di rischio la razza, la classe sociale familiare, IMC materno, IMC infantile l'età del menarca, Allattamento artificiale e svezzamento precoce, basso peso alla nascita, errori di interpretazione del pianto del neonato. Hilde Brunch, 25 anni fa, ha spiegato che bisogna occuparsi dei bambini anche quando sono svegli e tranquilli e se piangono, prima di somministrare cibo, capirne la moti-

vazione, in modo che il bambino non traduca tutti i propri stati emozionali in bisogno di mangiare.

L'obesità infantile in Europa è in forte aumento, i bambini di 50 anni fa consumavano circa 600 calorie in più al giorno rispetto ai bambini di oggi. L'uomo, quindi, deve inventare sempre nuove attività per contrastare la vita sedentaria.

La presenza di un eccesso di tessuto adiposo localizzato nella regione intra-addominale è associata ad un rischio cardiovascolare più elevato rispetto a quello localizzato in regioni periferiche, quale l'area gluteo-femorale. L'eccesso di tessuto adiposo in sede intra-addominale sembra infatti essere un fattore predittivo indipendente di malattia cardio-vascolare e si associa ad altri fattori di rischio cardio-vascolari quali ipertensione, iperlipemia, insulino-resistenza e/o iperglicemia. La misura della circonferenza addominale è un buon indice della massa adiposa intra-addominale che risulta nella norma al di sotto di 102 cm per l'uomo e 88 cm nella donna.

Complicanze dell'obesità e patologie associate

Accanto ad un quadro di obesità si trova spesso iperinsulinismo, diabete tipo II, ipertensione arteriosa, ipertrofia ventricolare sinistra, dislipidemia: si manifesta, così, la Sindrome metabolica che porta allo sviluppo di una malattia cardiovascolare.

Altre complicanze sono: l'insufficienza venosa periferica e iperuricemia. A livello dell'apparato respiratorio si può evidenziare un'insufficienza respiratoria e la sleep apnea sindrome (sindrome da apnee notturne); nell'apparato gastrointestinale: steatosi epatica e colelitiasi; in quello osteoarticolare: osteoartrosi.

Anche il declino cognitivo è correlato al IMC.

La presenza di obesità determina inoltre un aumento della mortalità per tutte le cause e complicanze.

Ken Fox dell'University of Bristol, nel 2001, scrive: "L'attuale epidemia di obesità è il più grande pericolo per la salute pubblica del nuovo millennio".

Ma come si può prevenire l'obesità?

Sovrappeso ed obesità sono ormai da alcuni anni considerati globalmente, e in particolare nei paesi occidentali, un problema di sanità pubblica con enormi conseguenze a livello sanitario, sociale ed economico. Il trattamento dei soggetti in condizione di sovrappeso od obesi è sicuramente un'importante strategia per il controllo del problema a livello individuale; tuttavia, il successo di questo tipo di approccio appare limitato e nel tempo scarsamente efficace. E' quindi necessario adottare un approccio di sanità pubblica che, tenendo conto dei diversi fattori implicati nella genesi dell'obesità (alimentazione, attività



fisica, età, etc.), coinvolga porzioni sempre più ampie della popolazione. La letteratura scientifica sottolinea l'importanza di effettuare interventi per la prevenzione dell'obesità già durante l'infanzia e l'adolescenza, età in cui si assumono decisioni rilevanti circa gli stili di vita da adottare.

TRATTAMENTO

L'obiettivo del trattamento dell'obesità, secondo le linee guida LIGIO 1999, è quello della perdita di peso allo scopo di ridurre le complicanze metaboliche ed emodinamiche, in particolare:

- * ridurre la pressione arteriosa negli ipertesi obesi ed in sovrappeso;
- * ridurre i livelli ematici di colesterolo ldl e trigliceridi negli obesi con dislipidemia;
- * ridurre i livelli glicemici nei soggetti obesi con diabete di tipo 2;
- * riduzione del grasso viscerale;
- * miglioramento delle apnee notturne.

La terapia prescrittiva dell'obesità: (dieta, attività fisica, farmaci) ha fatto il suo tempo, ora bisogna intervenire in maniera multidisciplinare tenendo presente che l'obiettivo fondamentale è il mantenimento del calo ponderale per almeno cinque anni. Va tenuto presente che la terapia non

può essere scissa dalla componente psicologica/educativa del paziente. "Non si deve dare un pesce a un uomo affamato, ma bisogna insegnargli a pescare". Il senso di questo vecchio proverbio cinese, riportato al tema dell'obesità, ci dice che non serve prescrivere ai pazienti obesi la dieta e dire loro cosa fare e non fare. La terapia dell'obesità deve tener conto della storia personale del paziente delle cause di eventuali precedenti insuccessi e delle patologie presenti sia fisiche che psicologiche. In primo luogo si interviene con un'educazione del paziente attraverso:

- * motivazione;
- * ipotesi di un peso ragionevole e non ideale;
- * modificazione dello stile di vita (attraverso tecniche cognitive comportamentali);
- * incremento dell'esercizio fisico, soprattutto aerobico;
- * indicazioni sull'alimentazione salutare evitando diete troppo prescrittive e restrittive.

Motivazione: è un aspetto cruciale perché spesso il paziente non conosce il proprio problema, è poco consapevole delle difficoltà che incontrerà nel corso del trattamento e, soprattutto, ha obiettivi poco realistici e magiche aspettative. Spesso arriva al medico perché spinto alla cura dai familiari, non sa ancora bene cosa vuole, perché vuole cambiare e se lo vuole realmente, non sa quanto sia pronto ad investire e non ha ben chiaro quale sarà il percorso. Ogni risultato della cura, frutto di un *cambiamento nello stile di vita* di un soggetto, comporta benefici immediati e a lungo termine ma non va dimenticato che quei cambiamenti possono anche in un primo tempo

rappresentare delle difficoltà e disagi che il paziente non aveva previsto. Motivare significa agire sul senso di autoefficacia, rendere il paziente attivo nel suo percorso e conscio delle personali necessità, fargli condividere obiettivi di cambiamenti significativi e accettare che vengano messi in discussione.

L'*esercizio fisico* è indispensabile per far aumentare il consumo energetico, ma anche per aumentare il tono parasimpatico di acetilcolina e dopamina cerebrali che favoriscono una riduzione dell'appetito.

La terapia farmacologica dovrebbe essere adottata solo quando la malattia non è controllata dalla modificazione dello stile di vita. Usare il farmaco sin dall'inizio della cura può avere l'effetto di ottenere rapidi risultati, ma può coprire problemi e difficoltà che compaiono inesorabilmente in tempi successivi.

Nella terapia dell'obesità è indispensabile l'intervento cognitivo-comportamentale inserito in un progetto di cambio di stile di vita. Spesso si riscontra, nel paziente obeso, una grande difficoltà a capire i propri stimoli enterocettivi, a comprendere

cioè i segnali interni ed esterni, a differenziare le emozioni. Si crea così una corazza che gli impedisce di riconoscere le proprie emozioni e che lo ostacola nel riconoscere il proprio mondo interiore. Diventa necessario, perciò insegnare al paziente ad osservarsi **costruendo la propria autostima**, dargli un ruolo attivo nel processo di cambiamento, allenarlo gradualmente a cambiarsi attraverso la sperimentazione di esperienze positive. Le tecniche più importanti sono risultate:

Psico-informazione: migliorare la consapevolezza del problema.

Utilizzo del diario alimentare.

Attività fisica: adottare uno stile di vita non più sedentario.

Problem solving: imparare a riconoscere i propri problemi e usare delle tecniche per risolverli.

Ristrutturazione cognitiva: imparare a riconoscere i propri pensieri disfunzionali e discuterli.

Autorinforzo: apprendere il riconoscimento dei piccoli successi ottenuti e premiarsi.

Training di assertività: ascoltare i propri bisogni e acquisire la capacità di esprimerli.

Controllo dello stimolo fame.

Ascolto sensazioni interne: fame, sazietà.

Tecniche di rilassamento Stress inoculation trainig.

Gestione delle ricadute.

In casi di obesità con IMC superiore a 40 e solo quando siano stati vani tutte le terapie, ci si dovrebbe rivolgere alla terapia chirurgica in quanto le complicanze mediche non sono da sottovalutare.

Va tenuto presente che **NON FANNO DIMAGRIRE**

- * Farmaci miracolosi che fanno dimagrire senza cambiare le abitudini alimentari.
- * Diete dimagranti, la cui scelta è spesso dettata dalla moda corrente, prive di qualsiasi base scientifica, che promettono facile e rapido risultato senza richiedere il minimo impegno (dieta del monopiatto, dieta del minestrone, dieta dello yogurt, ecc...).
- * Medici carismatici che per "bravura" fanno ottenere risultati senza cambiare le proprie abitudini alimentari.
- * Macchinari elettronici e scenografici che fanno dimagrire senza la dieta.





- * Attività fisica spesso effettuata in palestra senza correggere la propria alimentazione.
- * Saune dimagranti che fanno effetto senza la dieta.

CONCLUSIONI

L'approccio multidisciplinare di tipo integrato sta diventando il modello più promettente nella cura dell'obesità. La cura dietologica classica, con la prescrizione della dieta ipocalorica è da considerare semplicistica ed è ormai soppiantata da modelli più complessi in cui vengono tenuti in considerazione i molteplici aspetti e le numerose dimensioni coinvolte in questa patologia. L'obesità è una malattia cronica e non deve essere affrontata nell'ottica della cura tesa alla guarigione, ma in quella della comprensione dei fattori di mantenimento dei risultati nel tempo che porta alla riduzione del rischio di mortalità. Questo modello di trattamento multidisciplinare deve consentire di evitare i danni che il modello prescrittivo ha causato nei soggetti obesi favorendo la sindrome da multidietista che, nelle giovani ragazze, sembra

essere uno dei fattori favorevoli l'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare conclamato.

OBESITÀ INFANTILE

Il sovrappeso e l'obesità infantile costituisce un problema sempre più attuale colpendo circa un bambino su quattro, che riporta conseguenze fisiche e mediche importanti. Il rischio per un bambino obeso di diventare un adulto obeso aumenta con l'età ed è direttamente proporzionale alla gravità dell'eccesso ponderale.

Fra i bambini obesi in età prescolare, una percentuale compresa tra il 26 e il 41% diviene un adulto obeso, e tale percentuale sale fino al 69% fra i bambini in età scolare. Un dato importante è che il rischio per un bambino obeso di divenirlo da adulto varia tra 2 e 6,5 volte rispetto al bambino non obeso.

Cause dell'obesità infantile

- * Fattori genetici
- * Fattori socio-ambientali
- * Fattori psicologici

Fattori genetici

Il fatto che in una stessa famiglia ci

sia una frequenza maggiore di obesi rispetto a quella attesa non dimostra necessariamente una ereditarietà della malattia, ma una trasmissione di una certa suscettibilità all'aumento ponderale che si manifesta condividendo delle abitudini di vita e di alimentazione del nucleo familiare stesso. Solo in una piccola parte di pazienti si può riconoscere una obesità secondaria collegate a diverse disfunzioni in associazione ad altre malattie ereditarie.

Fattori socio-ambientali

*Attività extra scolastiche prevalentemente sedentarie

Circa 3/4 dei ragazzi trascorrono più di due ore al giorno davanti alla TV o ai videogiochi e solo il 50 % degli adolescenti pratica uno sport con regolarità.

*Errato comportamento alimentare

L'analisi del comportamento alimentare è importante perché le abitudini alimentari formatesi precocemente durante la vita in risposta a richieste fisiologiche e a pressioni psicosociali possono avere un considerevole impatto sullo stato di salute a lungo termine. Le abitudini dei genitori giocano comunque un ruolo importante sul modo di alimentarsi dei figli in età prescolare.

Gli errori più comuni nel comportamento alimentare dei ragazzi

- * prima colazione scarsa o assente
- * consumo scarso o nullo di verdure e frutta
- * eccessivo consumo di salumi, cioccolata, patatine fritte, caramelle e altri dolci, bevande gassate e zuccherate
- * utilizzo eccessivo dei fast food all'americana e altri alimenti ipercalorici.

Fattori psicologici

I fattori psicologici possono giocare

un ruolo determinante nella formazione dell'obesità. La madre, attraverso l'allattamento offre al suo bambino non solo latte, ma anche calore, odore, cura e contatto visivo che soddisfano i suoi bisogni primordiali. Perciò il cibo diventa, per la madre e il bambino, un modo di dare e avere e un veicolo per messaggi di amore o aggressione.

Il cibo si carica di valori e simboli complessi (sociali, etnici, etici, religiosi) in ogni paese e in ogni cultura. L'importanza della famiglia può essere spiegata soprattutto, ma non esclusivamente, come un comportamento alimentare trasmesso da un atteggiamento culturale e emozionale dei genitori in un contesto familiare. Molti ragazzi obesi hanno una situazione familiare alterata. In particolare la madre gioca un ruolo dominante in famiglia, esercitando un naturale controllo sul figlio, ostacolando lo sviluppo dell'autonomia e spesso stimolandolo a nutrirsi in modo eccessivo. Per queste madri la nutrizione diviene un mezzo per esprimere il proprio affetto e per coltivare i sensi di colpa e di inadeguatezza verso i figli. Il bambino avendo bisogni affettivi insoddisfatti a causa delle carenze materne, reagirebbe con una doman-



da crescente di cibo che rappresenta per lui compenso e conforto e quindi la sua resistenza ad aderire ad un controllo alimentare potrebbe dipendere dal fatto che per lui questo significa una grave perdita di sostituti compensatori e di regolatori dell'ansia. Oltre alle carenze affettive ci sono fattori che, alterando profondamente l'equilibrio emotivo, possono favorire l'insorgere e il persistere dell'obesità come i traumi emotivi e il disadattamento sociale.

Il trattamento dell'obesità nel bambino e nell'adolescente deve avere un carattere multidisciplinare.

Gli interventi devono coinvolgere tutta la famiglia soprattutto quelli a carattere psico-educazionale per evitare conseguenze negative per la salute. Il bambino deve diventare protagonista scegliendo il cibo, in accordo con le sue preferenze, nel rispetto di una corretta alimentazione. In questo il supporto familiare è fondamentale. Il trattamento non solo non può prescindere da una dieta leggermente ipocalorica con lo scopo di fare dima-

gnire il bambino, ma dovrebbe anche educare lui e la sua famiglia cercando di:

- * Limitare l'introito calorico,
- * Fornire pasti che facciano sentire sazio il bambino
- * Limitare l'assunzione di grassi
- * Favorire un'attività fisica
- * Correggere eventuali comportamenti alimentari sbagliati come mangiare in fretta, mangiare guardando TV, fare pasti frequenti nel pomeriggio.

L'intervento cognitivo-comportamentale è teso a fronteggiare gli stimoli che possono derivare dall'esterno (pubblicità, amici, ecc.), stabilire degli obiettivi facili da raggiungere in modo da rafforzare la propria autostima, conoscenza e controllo dei propri stati d'animo e sensazioni percepite in modo errato, capacità di risolvere i propri problemi. Un altro punto importante soprattutto per le bambine/ragazze è ridurre l'insoddisfazione della propria immagine corporea che potrebbe complicare l'obesità o il sovrappeso con pesanti disturbi dell'alimentazione come l'anoressia.