

Food hunger, love hunger: An observational study of obese patients candidates for sleeve gastrectomy

Gelsomina Lo Cascio, Raffaella Cozzolino[·], Alberto Vito^{··}, Vincenzo Scarallo^{····}

Abstract

Obesity is a multifactorial disease that recognizes in its etiology co-presence of genetic, metabolic, hormonal, psychological and social factors influencing and supporting clinical setting. The important role played by psychological and social aspects in the field of bariatric surgery is widely recognized. The purpose of this observational study is to evaluate the presence of eating disorders in obese patients undergoing to longitudinal gastrectomy, the presence of low self-esteem and redundancy of dysfunctional interaction-family models.

Keywords: obesity; psychological support; sleeve gastrectomy; self-esteem; binge eating disorder; family interaction.

[·] Psychologist, volunteer psychotherapist at UOSD, AORN Clinical Psychology, Ospedale dei Colli, Naples. E-mail: mina_lo_cascio@hotmail.com

^{··} Psychologist, volunteer Psychotherapist at UOSD, AORN Clinical Psychology, Ospedale dei Colli, Naples.

^{···} Department unit manager UOSD, AORN. Clinical Psychology, Ospedale dei Colli, Naples.

^{····} Medical manager UOC , AORN Psychiatry, Ospedale dei Colli, Naples.

Lo Cascio, G., Cozzolino, R., Vito, V., & Scarallo, V. (2016). Fame di cibo, fame d'amore: Uno studio osservazionale dei pazienti obesi candidati all'intervento di gastrectomia longitudinale [Food hunger, love hunger: An observational study of obese patients candidates for sleeve gastrectomy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 54-68. doi: 10.14645/RPC.2016.2.615

Fame di cibo, fame d'amore: Uno studio osservazionale dei pazienti obesi candidati all'intervento di gastrectomia longitudinale

Gelsomina Lo Cascio, Raffaella Cozzolino, Alberto Vito, Vincenzo Scarallo

Abstract

L'Obesità è una malattia multifattoriale che riconosce nella sua eziologia la copresenza di fattori genetici, metabolici, ormonali, psichici e sociali che ne condizionano e sostengono il quadro clinico. Il ruolo importante svolto dagli aspetti psico-sociali nell'ambito della chirurgia bariatrica è ampiamente riconosciuto. A partire da tale premessa proponiamo uno studio per poter valutare la presenza di disturbi del comportamento alimentare nei soggetti obesi che si sottoporranno all'intervento di gastrectomia longitudinale presso l'ospedale CTO di Napoli, inoltre la presenza di scarsa autostima e la ridondanza di modelli di interazione familiare disfunzionali.

Parole Chiave: obesità; supporto psicologico; gastrectomia longitudinale; relazioni familiari; autostima; binge eating disorder.

· Psicologo, Psicoterapeuta Volontario presso UOSD Psicologia Clinica AORN Ospedali dei Colli, Napoli. E-mail: . E-mail: mina_lo_cascio@hotmail.com

· Psicologo, Psicoterapeuta Volontario presso UOSD Psicologia Clinica AORN Ospedali dei Colli, Napoli.

· Responsabile UOSD Psicologia Clinica AORN Ospedali dei Colli, Napoli.

· Dirigente Medico UOC. Psichiatria AORN Ospedali dei Colli, Napoli.

Lo Cascio, G., Cozzolino, R., Vito, V., & Scarallo, V. (2016). Fame di cibo, fame d'amore: Uno studio osservazionale dei pazienti obesi candidati all'intervento di gastrectomia longitudinale [Food hunger, love hunger: An observational study of obese patients candidates for sleeve gastrectomy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 54-68. doi: 10.14645/RPC.2016.2.615

Premessa

L'AORN Ospedali dei Colli¹, si occupa da circa tre anni di chirurgia bariatrica e un'équipe interdisciplinare (chirurgo bariatrico, nutrizionista/dietista, psichiatra, psicologo, anestesista, etc.), attiva presso l'Ospedale CTO, valuta le condizioni fisiche e psicologiche dei pazienti obesi in attesa di sottoporsi alla *sleeve gastrectomy*.

Lo studio del comportamento alimentare e il livello motivazionale del paziente candidato ad un intervento di chirurgia bariatrica sono di fondamentale importanza sia nella valutazione pre-operatoria, sia per l'esito del percorso complessivo.

Infatti dopo aver svolto oltre 200 colloqui psichiatrici e 200 psicologici, previsti per la valutazione dei pazienti secondo i vigenti protocolli nazionali, abbiamo, mediante la somministrazione di strumenti standardizzati, valutato e studiato la presenza del binge eating disorder, gli stili relazionali e le dinamiche familiari che sembrano caratterizzare le famiglie dei pazienti obesi, la loro autostima e quanto il sintomo obesità incida fortemente sulla qualità della loro vita.

Il presente lavoro è diviso in due parti, nella prima si definiscono le tematiche oggetto di studio, mentre nella seconda si presentano i risultati della ricerca da noi svolta.

Obesità e Binge Eating

L'obesità è una patologia cronica caratterizzata da un significativo aumento di peso con ripercussioni gravi e invalidanti sulla qualità della vita.

È una malattia multifattoriale che riconosce nella sua eziologia la copresenza di fattori genetici, metabolici, ormonali, ambientali, psichici e sociali che ne condizionano e sostengono il quadro clinico. Il ruolo importante svolto dagli aspetti psico-sociali nell'ambito della malattia è evidente nella letteratura scientifica e nella pratica clinica.

È definito in sovrappeso chi ha un indice di massa corporea compreso tra 25 e 30 ed è obeso chi ha un indice di massa corporea superiore a 30.

In particolare l'attenzione dei ricercatori si è concentrata a lungo sugli aspetti organici e genetici dell'obesità trascurando il ruolo dei fattori psicologici e ambientali; la sua diagnosi, infatti, è rimasta fortemente ancorata a un puro fattore quantitativo, cioè il calcolo dell'indice di massa corporea.

La diffusione sociale dell'obesità, soprattutto nelle società a capitalismo avanzato, è così ampia che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha coniato il termine di globesità (*globesity*), proprio per sottolineare l'estensione e la drammaticità del fenomeno che racchiude un enorme livello di sofferenza.

In Italia, secondo le ultime stime fatte dalla FIDA (Federazione Italiana Disturbi Alimentari), ci sono circa 4 milioni di adulti obesi e circa 16 milioni in sovrappeso, mentre l'obesità infantile colpisce circa 1 bambino su 4.

Si possono riscontrare alcune caratteristiche di personalità ricorrenti sottese all'obesità: la dicotomia tra un corpo sofferente che perde autonomia ed è esposto al giudizio e alla valutazione da parte degli altri, e un'impossibilità di farsi carico soggettivamente della situazione, un corpo quasi dimenticato dal soggetto; il rifiuto del corpo sessuato, in particolare nelle donne, per cui il corpo funziona da argine difensivo nei confronti del desiderio sessuale proprio e dell'altro.

Nella clinica dell'obesità osserviamo spesso, infatti, questo tipo di configurazione: da un lato il soggetto obeso tende ad asservirsi alle richieste degli altri e a evitare i conflitti, dall'altro gli è impossibile interrogarsi su ciò che vuole.

Il cibo sembra essere l'unica compensazione a questa modalità relazionale disfunzionale e il suo consumo può realizzarsi nella sua modalità iperfagica, dunque sistematica, oppure nella modalità dell'abbuffata periodica.

Il 30% dei pazienti obesi che richiedono una cura per la loro patologia, ha in realtà un disturbo da alimentazione incontrollata (DAI), traduzione dall'inglese binge eating disorder (BED). È un disturbo del comportamento alimentare (DCA), consistente nel ricorso frequente ad abbuffate accompagnate da una sensazione di perdita di controllo e colpisce sia uomini che donne senza una differenza particolarmente significativa tra i sessi.

Secondo il DSM V è possibile diagnosticare il binge eating disorder quando si soddisfano i seguenti criteri diagnostici:

¹ AORN: Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale.

A) Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
1. Mangiare in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es. la sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B) Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.

2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.

3. Mangiare grosse quantità di cibo anche se non ci si sente affamati.

4. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.

C) È presente marcato disagio riguardo le abbuffate.

D) L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

E) L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come la bulimia nervosa e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge eating, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da binge eating, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Attualmente, il BED è considerato un disturbo del comportamento alimentare molto diffuso e si ritiene colpisca il 2-3% della popolazione generale adulta. La sua prevalenza cresce parallelamente al grado di sovrappeso; studi effettuati sulla popolazione generale in Italia dimostrano che la prevalenza del disturbo si stima tra il 0,7% ed il 4,6%, mentre stime statunitensi riportano un'incidenza del 5% negli obesi della popolazione generale, 10-15% negli obesi che utilizzano programmi commerciali per perdere peso, 30% negli obesi che ricercano un trattamento per l'obesità in centri specialistici, e - nei soggetti che intendono sottoporsi a chirurgia bariatrica - il disturbo potrebbe superare il 50%.

Obesità e dinamiche familiari

È stato evidenziato come le dinamiche familiari del soggetto obeso possano favorire sia la comparsa che il mantenimento di tale patologia.

Le osservazioni cliniche e gli studi hanno in proposito messo in luce come vi sia, nel contesto familiare, una marcata incoerenza da parte dei genitori nell'uso del cibo e come le relazioni siano improntate "all'uso del figlio", da parte di uno o entrambi i genitori, in funzione della soddisfazione dei propri bisogni come compenso ai fallimenti e alle frustrazioni della vita (Trombini, 2007).

Sarebbe inoltre frequentemente riscontrabile nei genitori una tendenza a fornire risposte ambigue e inappropriate alle richieste infantili e a impedire, all'interno della famiglia, una naturale espressione di aggressività tramite qualsiasi attività psicomotoria diversa dall'alimentazione.

Studi clinici mettono in luce come l'ambiente familiare mantenga il soggetto obeso in un contesto di isolamento dagli stimoli sociali e in rapporto esclusivo e idealizzato con una madre iperprotettiva e limitante le esperienze di autonomia e indipendenza. Il figlio deve imparare a corrispondere ben presto ai desideri e alle aspettative materne, piuttosto che sviluppare una propria iniziativa, con conseguenti difficoltà a livello dell'interazione sociale, dell'acquisizione dell'autostima e del senso di identità.

Le modalità di relazione e cura appaiono dunque sostenute più dall'esigenza materna di appagare ansie e bisogni propri che da una sintonizzazione sulle effettive esigenze del figlio. In queste madri è stata inoltre riscontrata una maggiore prevalenza di stili di attaccamento insicuri nei confronti dei propri genitori e del proprio partner, ciò accredita l'ipotesi che l'insicurezza nelle relazioni di attaccamento favorisca atteggiamenti relazionali ed educativi tendenti a mantenere la figura materna come punto di riferimento imprescindibile, al fine di evitare le angosce di separazione insite nel processo di autonomia dei figli.

Minuchin, Rosman e Bake (1978/1980) e Selvini Palazzoli (1988) hanno esteso l'intervento terapeutico all'intero sistema familiare dei pazienti affetti da DCA. Minuchin, ipotizzando che il figlio con disturbi alimentari distolga l'attenzione da conflitti celati all'interno della famiglia, ha proposto una cura che ridefinisse il disturbo come interpersonale, piuttosto che individuale, con l'obiettivo di portare alla luce il conflitto familiare. In questo modo il membro della famiglia portatore del sintomo può svincolarsi dalla costrizione di dover mantenere il proprio problema come elemento che possa distogliere l'attenzione della famiglia dai conflitti sottesi. Sempre nell'ambito della terapia familiare, Onnis e De Gennaro (1987) hanno proposto un modello di lavoro terapeutico basato su una riformulazione in ottica sistemica del concetto di Alessitimia. Osservando il paziente all'interno di un contesto più ampio come il sistema familiare, sostenevano l'ipotesi che la "costrizione della funzionalità emozionale" attribuita al paziente, più che caratteristica della sua personalità fosse invece "emergenza soggettiva" di una qualità del sistema. Tali sistemi familiari, in accordo con le ipotesi di Minuchin e altri, si presentano fortemente invischiati, con la scarsa delimitazione di confini tra generazioni e tra membri, con una continua intrusione negli "spazi" individuali, non solo fisici ma anche psicoemotivi. Questo comporta gravi difficoltà nei processi di individuazione e di automatizzazione specialmente quando, nella fase puberale, l'adolescente e il nucleo familiare devono essere in grado di sopportare un'esperienza di reciproca distanza, che non deve accompagnarsi a vissuti di "perdita", ma di "trasformazione" dei legami affettivi. All'interno di questi sistemi, caratterizzati da modalità interattive che si ripetono in maniera rigida e ricorsiva nel tempo, "l'evitamento di conflitto" assume una centralità significativa. Tutto è congelato in un apparente consenso unanime, che coincide con l'immagine di armonia che queste famiglie tendono a dare di sé.

Un'altra modalità interattiva che può emergere in tali sistemi familiari è la ripetizione stereotipata delle stesse regole di relazione; la difficoltà ad accettare processi di trasformazione che, pure, sarebbero necessari nei passaggi di fase del ciclo vitale; la tutela cristallizzata di un equilibrio evidentemente troppo fragile per poter accedere al rischio dei cambiamenti.

Secondo Onnis e De Gennaro (1987) la negata "esplicitazione" della protesta, l'impossibilità di "dare parola" alle istanze conflittuali e di "verbalizzare" le tensioni emozionali potrebbero giustificare la forma tutta non verbale e analogica con cui il disagio si manifesta e la scelta di una via somatica, di un "linguaggio del corpo". Alla luce di questa concettualizzazione, essi sostengono che il linguaggio del sintomo non è solo il linguaggio del corpo del paziente, ma dell'intero "corpo" familiare.

Modello circonflesso delle relazioni familiari

Lo studio operativo dell'organizzazione familiare è stato favorito da David Olson (Olson, Sprenkle, & Russell, 1979), il quale ha sviluppato un modello esplicativo, definito "modello circonflesso delle relazioni familiari".

Tale modello teorico classifica l'organizzazione della famiglia anche in base alla fase di vita che sta attraversando. Olson definisce tre modalità fondamentali per la descrizione del funzionamento della famiglia: l'Adattabilità, la Coesione e la Comunicazione.

La prima dimensione, l'Adattabilità, fa riferimento agli aspetti morfogenetici e, quindi, alla capacità di un sistema familiare o di coppia di cambiare le proprie strutture di potere, i ruoli, le regole relazionali, in risposta a situazioni di sviluppo o di stress. Le coppie e le famiglie funzionali si distinguono perché possiedono abilità di cambiamento, quando questo è effettivamente appropriato alle esigenze specifiche e al compito evolutivo richiesto. L'adattabilità è stata concettualizzata in quattro livelli:

- Caotico: corrispondente ad un alto grado di adattabilità;
- Flessibile: grado di adattabilità moderatamente alto;
- Strutturato: grado di adattabilità moderatamente basso;
- Rigido: grado di adattabilità molto basso.

Olson ipotizza che i livelli centrali di Adattabilità solitamente siano più funzionali, in quanto consentono di muoversi e sperimentare nuove organizzazioni, secondo le necessità dettate dal ciclo di vita.

La seconda dimensione del modello è la Coesione, definita come dimensione relativa ai legami emozionali che i membri della famiglia stringono gli uni con gli altri. Anche per essa sono previsti quattro livelli:

- Invischiato (alto grado di Coesione);
- Connesso (grado moderatamente alto);
- Separato (grado moderatamente basso);

- Disimpegnato (livello basso di Coesione).

Anche qui è ipotizzato che i livelli centrali (ovvero la Separazione e la Connessione) siano quelli che danno ragione di un funzionamento familiare solitamente più adeguato.

Quando i livelli di Coesione sono alti (sistema invischiato) si riscontra iper-identificazione con la famiglia a scapito dell'identità personale, diversamente quando i livelli di Coesione sono all'estremo opposto (Disimpegnato) manca un attaccamento specifico, e, dunque, un positivo senso di appartenenza cui identificarsi.

La Comunicazione è la terza dimensione del modello e viene considerata come una dimensione di facilitazione, delle coppie e delle famiglie, nel movimento verso le due precedenti di Coesione e Adattabilità. (Barners & Olson, 1985).

La Comunicazione è intesa non solo come modalità che i membri utilizzano per esprimere i loro bisogni e/o sentimenti, ma anche come elemento che favorisce il movimento dinamico del sistema tra aspetti di coesione affettiva e capacità di cambiamento. Secondo gli autori quindi, buone capacità di Comunicazione consentiranno alle coppie/famiglie di cambiare i propri livelli di Coesione e di Adattabilità più facilmente.

Dall'incrocio di queste dimensioni si forma il modello circonflesso in cui, dalla combinazione dei quattro livelli di Coesione (Disimpegno, Separazione, Connessione, Invischiamento) e dei quattro livelli di Adattabilità (Caos, Flessibilità, Strutturazione, Rigidità), è possibile identificare 16 tipi di famiglie. Queste famiglie possono essere classificate come bilanciate, intermedie o estreme, a seconda che abbiano un funzionamento rispettivamente equilibrato nelle due dimensioni, intermedio o caratterizzato da eccessi.

Obesità, autostima e qualità di vita

La relazione tra emozioni e cibo può essere ovvia, ma il fatto che l'attivazione emozionale determini dei cambiamenti nel comportamento alimentare è stato dimostrato scientificamente solo in tempi abbastanza recenti (Gremigli & Letizia, 2011).

Si è visto come il cibo sia il fattore principale che stabilizza le emozioni disforiche e l'autostima. Gli obesi, infatti, si iper-alimentano in risposta a condizioni emotive di disagio, in quanto mangiare è una delle possibili strategie comportamentali messe in atto per controllare l'umore. Nelle persone obese, mangiare può essere una strategia per ridurre la depressione di cui spesso soffrono o il disagio emotivo che accompagna lo sforzo continuo della restrizione dietetica. Diversi studi indicano che le persone obese provano più emozioni negative e assumono più cibo in risposta a stati emotivi negativi, quali rabbia, noia, tristezza, solitudine, stress e depressione, delle persone normopeso; inoltre perdono più spesso il controllo sul proprio comportamento alimentare e finiscono per iper-alimentarsi.

Al contrario, nelle persone normopeso, le emozioni negative non inducono necessariamente iperalimentazione, ma più spesso una riduzione del consumo di cibo.

Molinari e Riva (2004) hanno indagato il complesso rapporto tra rappresentazioni corporee e comportamenti evitanti, che si presentano in soggetti con un'elevata insoddisfazione corporea, con una crescente difficoltà a mettere in atto il comportamento di controllo alimentare e della forma fisica man mano che aumenta l'insoddisfazione.

Le implicazioni di un disturbo dell'immagine corporea sono notevoli: l'insoddisfazione e il disagio per il corpo sono cardini per lo sviluppo di DCA e tale insoddisfazione è legata a bassa autostima, depressione, inibizione sociale e problemi legati alla sfera sessuale.

L'obesità costringe le persone che ne sono affette a continue lotte interne sia con se stesse, per la non accettazione del proprio corpo, sia verso il mondo circostante, per guadagnarsi la stima e il riconoscimento altrui.

I DCA e l'obesità influiscono fortemente sulla qualità di vita delle persone che ne soffrono e la compromissione della qualità di vita ne è sicuramente una delle conseguenze più importanti. Le persone obese valutano la qualità di vita anche dalla possibilità di compiere piccoli gesti quotidiani cui le persone normopeso non fanno caso, come ad esempio riuscire a mettersi calze e scarpe, o prendere in braccio il proprio figlio. È una qualità di vita scadente, (nelle diverse aree di funzionamento fisico, psicologico e sociale) prima ancora della preoccupazione per la propria salute, o dell'estetica, a far scattare la motivazione che spinge a ricercare un rimedio efficace e definitivo del problema quale la chirurgia bariatrica.

Migliorare la qualità della vita è divenuto obiettivo sempre più importante nella ricerca clinica e nella promozione della salute ed è un elemento fondamentale di giudizio sull'efficacia delle cure da parte dei pazienti. Tuttavia il miglioramento della qualità di vita non è automatico dopo l'intervento chirurgico, né la repentina diminuzione del peso è di per sé sufficiente. Occorre modificare tutte quelle abitudini disadattive

consolidate durante la “carriera” di persone obese, che hanno contribuito a mantenere la patologia, oltre a ridefinire le aspettative del post-intervento riguardo la relazione con il proprio sé e con gli altri.

Le problematiche legate all'insoddisfazione corporea sono ancora più evidenti nelle persone fortemente in sovrappeso o obese, che spesso desiderano dimagrire anche per migliorare la loro immagine corporea.

Gli individui con un'alterazione oggettiva del proprio corpo, soprattutto in una società come la nostra che tende a stigmatizzarle, sviluppano spesso un disturbo dell'immagine corporea e pensano di trovare nella dieta la soluzione a tale problema. Infatti, la perdita di peso è il tentativo più utilizzato per risolvere l'insoddisfazione per un corpo opulento: “Dimagrendo mi piacerò di più”. Ma la questione è ben più complessa: il rapporto con il proprio corpo rappresenta una chiave di lettura importante nelle problematiche legate all'obesità, in quanto determina e concorre sia allo sviluppo, sia al mantenimento della patologia.

La motivazione che spinge le persone a mettersi a dieta solitamente riguarda fattori estetici e culturali; tuttavia può essere più doloroso pensare al proprio corpo come imperfetto di quanto non lo sia avere una reale alterazione in qualche sua parte. Poiché esiste una relazione debole tra immagine mentale e immagine reale del corpo, non dovremmo illuderci che correggendo un'alterazione oggettiva necessariamente migliori anche la percezione soggettiva. Questo ha implicazioni rilevanti, è importante indagare sempre la motivazione che spinge i pazienti obesi alla dieta, in quanto la non accettazione del corpo ha ripercussione, oltre che su un comportamento alimentare molto rigido, anche sull'efficacia delle terapie, indipendentemente dalla tecnica utilizzata.

La ricerca

Obiettivo

In merito alla nostra premessa, l'U.O.S.D. di Psicologia Clinica ha svolto uno studio rivolto ai pazienti obesi candidati all'intervento di *sleeve gastrectomy*, per poter valutare:

- a) l'eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare nei soggetti obesi;
- b) l'eventuale presenza di scarsa autostima;
- c) l'eventuale ridondanza di modelli di interazione familiare disfunzionali. In particolare, in questi pazienti ipotizziamo alti livelli di coesione, tipici delle famiglie invischiate con legami molto intensi e mancanza di autonomia, associati a bassi livelli di adattabilità caratterizzanti le famiglie rigide con la leadership autoritaria, rigida divisione dei ruoli, inesistente o scarsa propensione al cambiamento.

Metodo e partecipanti

Il campione è composto da 92 pazienti che intendono sottoporsi all'intervento di Gastrectomia Longitudinale (*sleeve gastrectomy*) ed hanno sostenuto sia il colloquio psicologico che psichiatrico secondo le procedure adottate presso l'A.O.R.N. Ospedale dei Colli di Napoli.

Lo studio ha utilizzato:

- a) Un'intervista anamnestica costituita da domande a risposta multipla con lo scopo di avere informazioni anagrafiche, relative al sesso, età, nazionalità, peso, BMI, titolo di studio, status, condizione abitativa ed eventuali conoscenti che si sono sottoposti all'intervento in questione.
- b) Il questionario Binge Eating Scale - BES per valutare i comportamenti, le sensazioni, gli aspetti cognitivi associati agli episodi bulimici nei soggetti obesi. Ogni item della scala è composto da 4 affermazioni che riflettono la gravità della condizione esplorata; il punteggio è ponderato ed è diverso nei vari item. La scala si è dimostrata capace di discriminare tra non bulimici e bulimici moderati e gravi (Gormally, 1982).
- c) Il questionario Rosenberg Self - Esteem Scale per valutare l'autostima globale e il senso del valore del sé. Utilizza 10 item che prevedono risposte su una scala Likert a 4 punti (Rosemberg, 1965).
- d) Il questionario FACES III, uno strumento di self-report centrato sulla percezione delle relazioni familiari e del loro funzionamento, al fine di verificare i modelli di interazione familiare. È costituito da 20 item che prevedono 5 diverse risposte, relative alla autovalutazione della propria famiglia reale. Gli stessi item sono poi ripetuti con la stessa modalità per autovalutazione della propria famiglia ideale. La somma dei punteggi grezzi espressi per ciascun item fornisce un punteggio finale di Coesione ed uno di Adattabilità. (Olson et al., 1985).
- e) Il questionario Orwell 97 valutante sia la presenza di sintomi e limitazioni funzionali connessi all'obesità, sia il loro impatto sullo stato del benessere soggettivo del paziente, in termini di qualità della vita (Mannucci

et al.,1999). Esso è composto da 18 item riferibili a 3 aree distinte: sintomi, disagio ed impatto. Per ciascun item è chiesto di valutare su una scala Likert a 4 punti l'occorrenza e/o la severità del sintomo descritto e la rilevanza soggettiva che il sintomo ha nella sua vita.

La somministrazione dei questionari è avvenuta nell'arco di 12 mesi.

Risultati e discussione

Il campione² è composto da 92 pazienti candidati all'intervento di Gastrectomia Longitudinale.

Il 60% è costituito da donne e il 40% da uomini, con un'età compresa tra i 20 e i 60 anni ed un peso incluso tra i 90 e i 180 kg. In particolare, ben il 30% degli intervistati ha un'età inferiore ai 30 anni, il 26% ha un'età compresa tra i 30 e 39 anni, il 30% un'età compresa tra i 40 e 49 anni ed il restante 14% ha un'età compresa tra i 50 e 59 anni.

Per quanto riguarda il peso, il 45% presenta un peso con valori compresi tra 90- 120kg, il 36% un peso compreso tra 121 e 150 kg e il 19% presenta un peso compreso tra 151-180kg.

Tabella 1. *Peso dei pazienti che si sono sottoposti ai nostri questionari*

Peso	
90-120 kg	45%
121-150 kg	36%
151-180 kg	19 %

Tutti i pazienti (trattandosi di candidati ad un intervento chirurgico di Gastrectomia Longitudinale) hanno un BMI superiore a 35, in particolare nel 29% dei casi il BMI oscilla con valori compresi tra 35 e 39.9 mentre il 71 % presenta un BMI superiore a 40.

Tabella 2. *BMI dei pazienti che si sono sottoposti ai nostri questionari*

BMI	
Livello Grave (35-39.9)	29%
Livello Gravissimo (> 40)	71%

Il livello culturale è medio-basso. Infatti, il 15% ha conseguito solo un diploma di licenza di scuola elementare senza completare gli studi dell'obbligo, il 46% dei pazienti ha conseguito la licenza media, il 30% ha conseguito un diploma di scuola superiore e solo il 9% la laurea.

Il 60% dei partecipanti allo studio dichiara di essere sposato, mentre è rilevante il dato secondo cui ben il 93% afferma di conoscere altre persone che si sono già sottoposte allo stesso intervento chirurgico di riduzione dello stomaco tra familiari, amici e conoscenti. Risulta quindi molto forte lo scambio di informazioni e comunicazioni nella rete sociale di chi si rivolge alla Chirurgia Bariatrica per superare i propri problemi di cattiva alimentazione.

Analizzando i punteggi ottenuti con la somministrazione del BES, è emerso che il 58% del campione presenta un comportamento alimentare di tipo binge, considerato questo sotto-gruppo di pazienti il 40% presenta un comportamento binge moderato e il 60 % di tipo binge severo.

² I dati raccolti attraverso gli strumenti citati sono stati elaborati attraverso l'uso del programma SPSS 19 IBM per l'analisi dei dati.

Tabella 3. *Tipologia di disturbo del comportamento alimentare di tipo binge tra i nostri pazienti*

Binge eating disorder	
Moderato	40%
Severo	60%

I livelli di autostima dei nostri pazienti rientrano in valori medi (66%) mentre solo il 12% presenta dei livelli molto bassi. Questo dato è in controtendenza con la letteratura, che indica bassi livelli di autostima tra i pazienti obesi. Andrebbe quindi meglio verificata la capacità selettiva del Rosenberg-Test. Comunque, come descriviamo in seguito, emerge una correlazione significativa fra livelli di autostima e il funzionamento familiare.

Abbiamo poi analizzato e descritto la percezione del funzionamento familiare dei singoli pazienti nei suoi aspetti coesivi e adattivi³ (utilizzando il Faces 3). In particolare la coesione coincide con i legami affettivi familiari e l'adattabilità rimanda alla capacità di cambiamento.

Dalle analisi è emerso che il 42% dei partecipanti alla nostra ricerca presenta valori bilanciati di coesione e adattabilità familiare mentre il 58% presenta un funzionamento non bilanciato (il 49 % presenta livelli medi di coesione e adattabilità e il restante 9% presenta livelli estremi⁴ di funzionamento familiare).

Tabella 4. *Livelli del Funzionamento Familiare attuale nelle famiglie dei nostri pazienti*

Adattabilità e Coesione Funzionamento Familiare	
Bilanciate	42%
Medie	49%
Estreme	9%

La versione ideale del nostro test, invece ci ha permesso di descrivere la soddisfazione familiare di ogni membro proprio perché il test misura il funzionamento familiare a cui ogni singolo membro aspirerebbe. Nello specifico è emerso che il 31% aspirerebbe a un livello bilanciato tra coesione ed adattabilità, mentre il 69% ad un livello non bilanciato (il 59% ad un livello medio e infine il 10% ad un livello estremo del funzionamento familiare).

Tabella 5. *Livelli del Funzionamento Familiare ideale nelle famiglie dei nostri pazienti*

Adattabilità e Coesione Funzionamento Ideale	
Bilanciate	31%
Medie	59%
Estreme	10%

Inoltre dalle nostre analisi è emerso una correlazione bivariata significativa tra il funzionamento familiare e i livelli di autostima.

Tabella 6. *Correlazione bivariata significativa tra il livello della funzionamento familiare e i livelli di autostima*

³Nei sistemi bilanciati i membri possiedono un equilibrato livello di autonomia, pur mantenendo il legame con il proprio sistema di riferimento. Si collocano nelle posizioni centrali in entrambe le dimensioni, riuscendo a mantenere sia una adeguata coesione interna che la differenziazione dei vari membri in qualità di persone differenziate ed hanno un giusto grado di flessibilità che le consente di adattarsi alle situazioni contingenti.

⁴I tipi di famiglia che presentano un funzionamento estremo, sia nel senso della bassa/alta coesione che della bassa/alta adattabilità, sono i più problematici.

	Autostima
Funzionamento familiare	
PearsonCorrelation	,238
Sig (2-Tailed)	,022

Considerando il funzionamento familiare come variabile indipendente emerge che è proprio tale valore ad influire sui livelli di autostima (F 5,402; Sig.,022).

Per quanto riguarda la valutazione della qualità della vita dei pazienti, ottenuta con la somministrazione dell'Orwell 97, è emerso che la percezione dei sintomi per l'80% del campione è abbastanza alta, per il 20% è medio.

Inoltre è emerso che il 60% vive un livello alto di disagio a livello emotivo e relazionale e il 40% è di livello medio. Nella nostra casistica non compaiono livelli lievi della percezione della sintomatologia né del disagio emotivo e relazionale. Di conseguenza è evidente come dalle nostre analisi emerge che per il 70% dei nostri pazienti l'obesità ha un forte impatto negativo sulla qualità di vita.

Ciò viene confermato dall'attività clinica da noi sostenuta, in cui si è riscontrato che la maggior parte dei candidati all'intervento di chirurgia bariatrica ha affermato che il motivo principale per cui ricorre alla chirurgia è proprio la riduzione delle sintomatologie connesse all'obesità, proprio perché comporta grosse limitazioni funzionali.

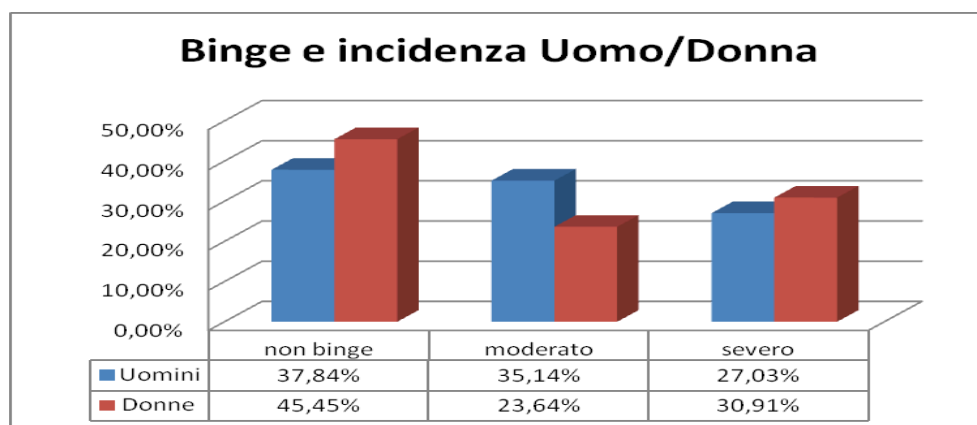
Confronto tra pazienti obesi e pazienti obesi con binge eating disorder

Abbiamo poi deciso di soffermarci nel dettaglio sui pazienti che presentano un disturbo del comportamento alimentare di tipo binge.

Come accennato in precedenza, il 58% dei nostri pazienti risulta avere un disturbo del comportamento alimentare di tipo binge, mentre il 42% degli intervistati presentano un comportamento alimentare non binge. L'analisi ha messo a confronto i risultati ottenuti nei pazienti obesi con disturbo del comportamento alimentare di tipo binge con quelli dei pazienti obesi che sembrano non presentarlo.

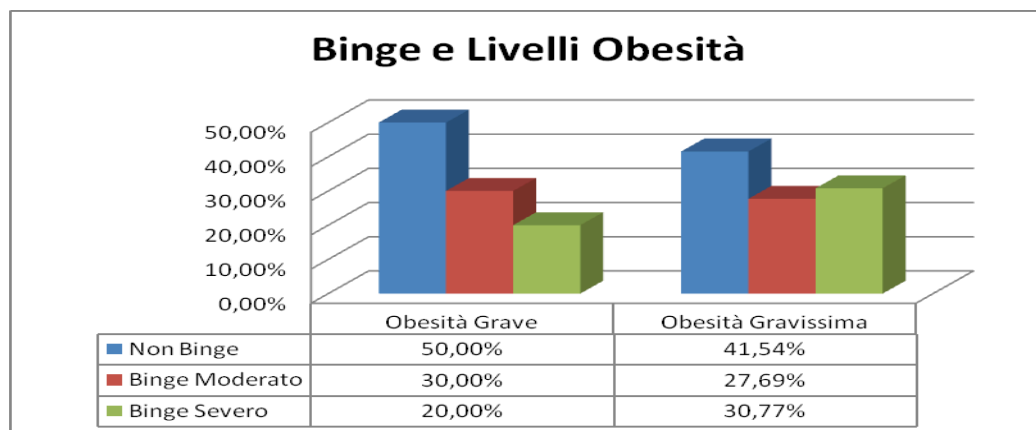
Considerato il sottogruppo dei pazienti che presentano il disturbo del comportamento alimentare di tipo binge, emerge che esso è presente nel 62,17% degli uomini (di questi il 35,14 presenta livelli moderati e il 27,03% presenta livelli severi) e nel 54,55% delle donne (il 23,64% presenta livelli moderati e il 30,91% livelli severi). Mentre il comportamento alimentare di tipo non binge è presente nel 37,84% degli uomini e nel 45,45% delle donne.

Tabella 7. *Binge disorder e incidenza uomo donna*



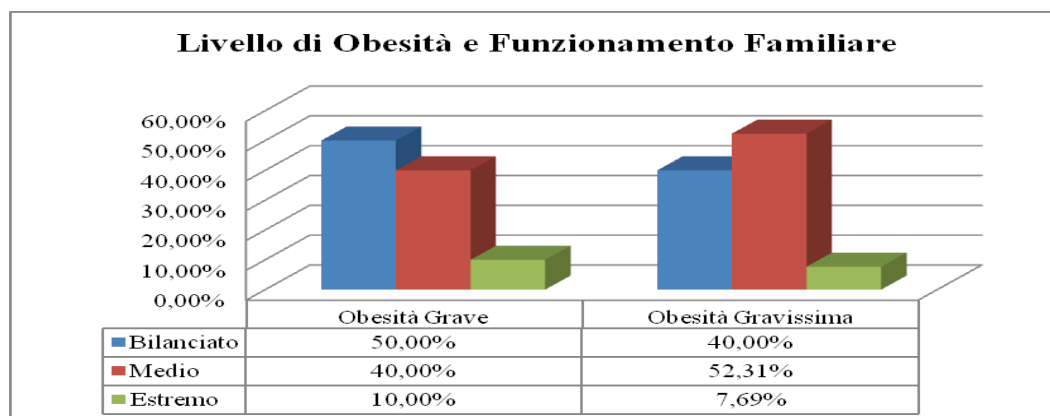
Inoltre dalle nostre osservazioni emerge che il livello di obesità Gravissima (BMI>40) è presente nel 41,54% dei pazienti obesi non binge, nel 27,69% dei pazienti con binge eating disorder di tipo moderato e nel 30,77% nei pazienti con binge eating disorder di tipo severo.

Tabella 8. *Binge disorder e livelli di obesità*



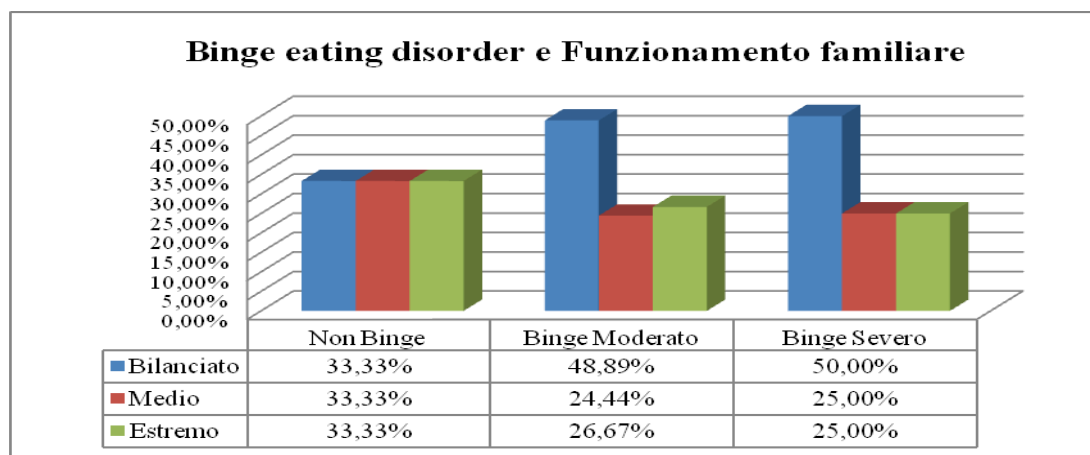
Per quanto riguarda lo stile di funzionamento familiare (prendendo in esame le variabili coesione ed adattabilità misurate dal Faces 3), è emerso che il 40 % dei pazienti con obesità gravissima presentano livelli bilanciati tra coesione ed adattabilità mentre il restante 60% presenta livelli non bilanciati (nello specifico il 52,31% presenta livelli medi e il 7,69 % presenta livelli estremi).

Tabella 8. *Binge disorder e livelli di obesità*



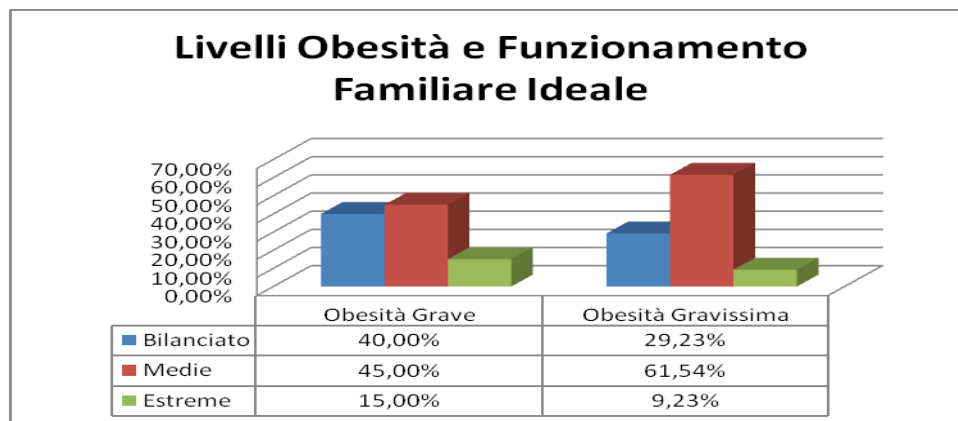
Per quanto riguarda coloro che presentano un disturbo della condotta alimentare di tipo binge è emerso che il 48,89% dei pazienti con binge eating moderato presenta livelli bilanciati tra coesione ed adattabilità nel funzionamento familiare mentre il 51,11 presenta livelli di funzionamento familiare non bilanciato (nello specifico il 24,44% presenta un funzionamento medio e il 26,67% presenta un funzionamento estremo familiare). Coloro che invece presentano un disturbo del comportamento binge di tipo severo si dividono per metà (50%) con un funzionamento familiare di tipo bilanciato e l'altra metà non bilanciato (nello specifico 25% presenta un funzionamento familiare con livelli medi tra coesione ed adattabilità e 25% con livelli di funzionamento estremo).

Tabella 10. *Binge eating disorder e funzionamento familiare*



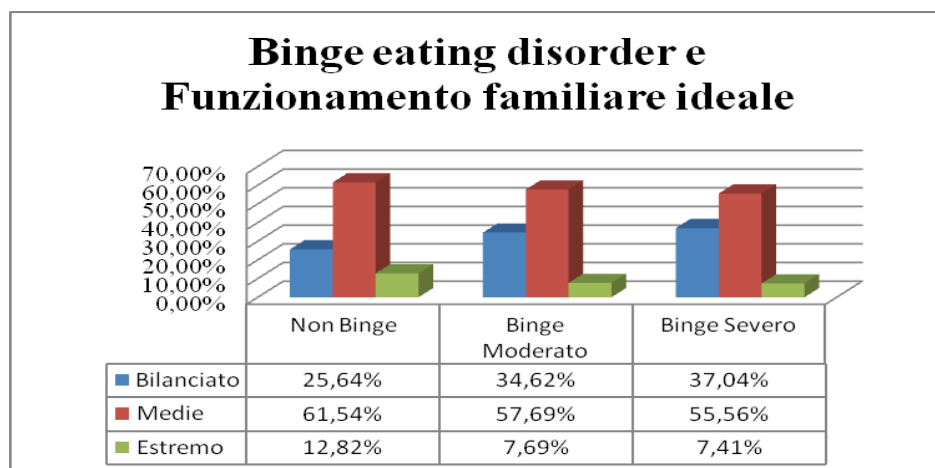
Per quanto riguarda la soddisfazione dei nostri pazienti rispetto al funzionamento familiare (presa in esame dalla versione ideale del test Faces3) si presenta una situazione diversa da quella appena descritta. Sembra che il 40% dei pazienti con obesità grave aspirerebbe ad un modello bilanciato tra adattabilità e coesione del funzionamento familiare mentre il 60% aspirerebbe ad un funzionamento non bilanciato (in particolare il 45% aspirerebbe ad un livello medio e il 15% ad un livello estremo di coesione ed adattabilità del funzionamento familiare). Inoltre il 29,23% dei pazienti con obesità gravissima sembrano aspirare ad un livello bilanciato di funzionamento familiare mentre il 70,77 aspirerebbe ad un modello non bilanciato tra coesione ed adattabilità del funzionamento familiare (nello specifico il 61,54% aspirerebbe ad un livello medio mentre il 9,23% ad un livello estremo di funzionamento familiare).

Tabella 11. *Livelli obesità e funzionamento familiare ideale*



Inoltre dallo studio emerge che solo il 34,62% dei pazienti con binge eating disorder di tipo moderato aspirerebbe ad un funzionamento familiare bilanciato tra coesione ed adattabilità, mentre il 65,33% aspirerebbe ad un funzionamento familiare non bilanciato (in particolare il 57,69% aspirerebbe ad un livello medio mentre il 7,69% ad un livello estremo di funzionamento familiare). Il 37,04% dei pazienti che invece presentano un disturbo alimentare di tipo binge severo aspirerebbe ad un livello bilanciato di funzionamento familiare ma il 62,97% aspirerebbe ad un livello non bilanciato di funzionamento familiare.

Tabella 12. Binge eating disorder e funzionamento familiare ideale



Infine dalle nostre analisi emerge una correlazione bivariata significativa tra la presenza di un binge disorder e la percezione della qualità della vita.

Tabella 11. Correlazione bivariata significativa tra la presenza di binge disorder e la percezione della qualità della vita

	Binge
Sintomo	
Pearson Correlation	,295
Sig (2 - Tailed)	,005
Disagio	
Pearson Correlation	,439
Sig (2 - Tailed)	,000
Impatto	
Pearson Correlation	,346
Sig (2 - Tailed)	,001

Inoltre è emerso che è proprio la presenza di binge disorder a influenzare una maggiore percezione del sintomo (F 8,462; Sig.,005), ad influire sulla percezione del disagio psicologico (F 21,244; Sig. ,000). Inoltre emerge la presenza di binge disorder influenza l'impatto che l'obesità ha sulla qualità di vita del paziente (F 12,071; Sig.,001).

I risultati delle nostre analisi pongono l'attenzione sul ruolo centrale della componente psicologica sulla problematica obesità, quando il corpo tende a dare voce ad un disagio di natura psichica. Diventa quindi fondamentale comprendere la natura di tale disagio e porre l'attenzione sul significato del sintomo obesità.

Conclusioni

I risultati della nostra ricerca impongono una riflessione su quanto sia importante la presa in carico del paziente obeso non solo dal punto di vista medico, prendendosi cura della disabilità fisica che la malattia comporta, ma anche dal punto di vista psicologico facendo attenzione alle dinamiche familiari.

In particolare il campione da noi preso in esame sembra fare una richiesta specifica, cioè di curare attraverso il corpo, e quindi con una riduzione del loro stomaco, un disagio che trova le sue radici a un livello più profondo. Dalle nostre analisi emerge che tale disagio sembra avere origini nelle dinamiche familiari dei nostri pazienti, i quali tendono a sperimentare funzionamenti familiari non bilanciati. Tale dato (Tabella 4,

Tabella 9 e Tabella 10) conferma le nostre ipotesi di partenza secondo le quali il sintomo obesità ci offre informazioni concernenti un funzionamento familiare rigido nei ruoli, nei confini, nei cambiamenti ed invischiato nei tipi di legami affettivi emotivi. In queste famiglie i sistemi di regole e modelli di comunicazione diventano rigidi e perdono la flessibilità necessaria per fronteggiare crisi e bisogni individuali di cambiamento. All'interno di tali famiglie, gli individui si trovano in uno stato fusionale in cui l'individualità non si distingue. Tali sistemi si caratterizzano per iperprotettività e incapacità di affrontare i conflitti; tali dinamiche comportano la tendenza a nascondere ogni tensione, in particolare vi è una rilevante difficoltà ad esprimere le emozioni negative tra cui la rabbia. Inoltre tale dato acquista maggiore forza dalla correlazione bivariata significativa tra tale funzionamento familiare e i livelli di autostima dei nostri pazienti (tabella 6). Ciò rafforza la nostra tesi, secondo la quale il sintomo obesità nella maggior parte dei casi può essere letta come un'a difesa: mettendo tra sé e gli altri una grossa quantità di grasso, l'obeso si preclude coinvolgimenti emotivi intensi che potrebbero ancora una volta deluderlo. L'obesità è una resa ai vincenti. Con il suo grasso, l'obeso sceglie di essere dalla parte sbagliata: la passività, il lasciarsi andare agli impulsi, la mancanza di autocontrollo sono distruttivi. L'obesità è la conferma tangibile del fallimento a cui conducono arrendevolezza, bonarietà e accondiscendenza verso i propri impulsi, oltre che verso gli altri. Diventa quindi fondamentale offrire ai pazienti che si sottopongono a un intervento chirurgico per la riduzione dello stomaco, dei percorsi psicologici capaci di rendere i pazienti stessi consapevoli del reale disagio che stanno vivendo, con l'obiettivo di spostare l'attenzione dal corpo (inteso come stomaco da tagliare) alle dinamiche psicologiche con una ridefinizione del problema stesso.

Bibliografia

- AA.VV. (2014). Terapia familiare [Family therapy]. *Rivista interdisciplinare di ricerca e intervento relazionale*, 105, 227-236.
- Barnes, H.L., & Olson, D.H. (1985). Parent-adolescent communication and the Circumplex Model. *Child Development*, 56 (2), 438-477.
- Gremigni, P., & Letizia, L. (2011). *Il problema obesità: Manuale per tutti i professionisti della salute* [The obesity problem: Manual for all health professionals]. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7(1),47-55.
- Loriedo, C., & Picardi, A. (2011). Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento: Percorsi e modelli della psicoterapia sistemico-relazionale [From general systems theory to attachment: Paths and model of relational systemic psychotherapy]. Milano: FrancoAngeli.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barculi, E., Di Bernardo, M., Travaglini, R., Cabras, P.L. ... Rotella, C.M. (1999). Quality of life and overweight: The Obesity-Related Well-being (ORWELL 97) questionnaire. *Addictive behaviors*, 24(3), 345-357.
- Minuchin, S., Rosman B.L., & Baker, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche* [Psychosomatic Families]. Roma: Astrolabio (Original work published 1978).
- Molinari, E., & Riva, G. (2004). *Psicologia clinica dell'obesità* [Obesity clinical psychology]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Olson, D.H. (1985). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, Faces3. *Family Social science*, 22, 69-93.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H., & Russell, C. (1979). Circumplex Model of Marital and Family System I: Cohesion and Adaptability Dimensions Family Types, and Clinical Applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Onnis, L., & Di Gennaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisione critica [Alexithymia: A critical review]. *Medicina Psicosomatica*. 32(1),45-64.
- Onnis, L. (1988). *Famiglia e malattia psicosomatica, l'orientamento sistemico* [Family and psychosomatic illness, the systemic exposure]. Roma: Carocci.

- Onnis, L. (2004). *Il tempo sospeso: Anoressia e Bulimia tra individuo, famiglia e società* [Time suspended: Anorexia and bulimia among individual, family and society]. Milano: Franco Angeli.
- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Selvini Palazzoli, M. (1988). *Giochi psicotici nella famiglia* [Psychotic games in the family]. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Trombini, E. (2007). Obesità e adolescenza [Obesity and adolescence]. *Recenti progressi in medicina*, 98(2),112-119.
- Vito, A. (2014). *Psicologi in Ospedale* [Hospital Psychologists]. Milano: Franco Angeli.