

MeB – Pagine Elettroniche

Volume III

Maggio 2000

numero 5

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Valutazione preliminare di un programma integrato dietetico-psicologico finalizzato al controllo dell'obesità in età pediatrica

D. Panico¹, M.A. Zoia¹, V. Invernizzi Descalzi²¹Ospedale di Sanremo, Divisione di Pediatria, ASL1 Liguria²Psicologo presso l'Unità Operativa Consultoriale, ASL 1 Liguria

Preliminary assessment of an integrated dietary-psychological program aimed at controlling children's obesity

Summary Experience carried out by a paediatric-psychological workgroup and aimed at gradually containing the weight of children with BMI > 85° centile, so as to keep their weight under control during the age of development, instead of provoking an absolute loss of weight. The program was based on "soft" corrective actions to improve poor nutritional habits, as well as on physical activity and stronger motivation, rather than on radical dietary restrictions. 35 children aged between 4-22 years were recruited for this experience. 18 abandoned the treatment for various causes during the first weeks, whereas 17 followed the treatment and obtained a decrease in BMI (sometimes a significant one). On the basis of this experience, this article suggests a protocol based on BMI, as well as on the presence/absence of additional risk factors. It contains information on both psychological aspects (self-esteem, intra-family dynamics) and dietary aspects (detailed and customised suggestions based on actual needs).

PREMESSA

L'obesità del bambino e dell'adolescente, talora sottovalutata nel suo significato prognostico e psico-socio-disadattativo, rappresenta una situazione di reale patologia. Si tratta di un disturbo che riguarda circa il 20% dei soggetti in età pediatrica e va considerato a tutti gli effetti, una malattia cronica, il cui trattamento impone controlli frequenti, un continuo monitoraggio ed un efficace sostegno psicologico [1].

PATOLOGIE CONNESSE

L'obesità può causare complicazioni a vari livelli:

Ortopedico: epifisiolisi femorale, ginocchio valgo, tibia vara

Respiratorio: apnee notturne, sindrome da ipoventilazione

Gastroenterico: colecistopatie

Oftalmico: alterazioni del fundus

Vascolare: ipertensione, cardiopatie, ictus, aterosclerosi

Metabolico: dislipidemie

FINALITÀ SPECIFICA DELLA RICERCA

La nostra esperienza, peraltro limitata ad un campione ristretto della popolazione interessata, è stata condotta al fine di verificare l'efficacia di quattro fattori nel programma di riduzione o mantenimento del peso. Essi sono:

1. **La validità dietetica** della piramide alimentare, che rappresenta uno schema di riferimento che non solo risponde all'obiettivo assunto, ma è altresì di facile impiego per i genitori e i ragazzi stessi;

2. **La gradevolezza** del programma operativo, che è concepito per appagare (a) il senso del gusto, (b) il bisogno di sufficienti quantità di cibo e (c) l'esigenza di varietà. Non richiede quindi sacrifici particolari, che sono la causa ricorrente d'abbandono dei vari protocolli dietetici;

3. **La motivazione** allo svolgimento del percorso dietetico: un fattore, questo, che chiama in causa la capacità del medico di andare oltre la sola cultura tecnicistica, allorché, come nel caso dei giovanissimi, occorre anche sapere incoraggiare ed essere perseveranti nel sostenere chi non ha sufficiente volontà e sicurezza interiore;

4. **Il sostegno psicologico di gruppo**, una tecnica di gestione che permette ai singoli di confrontare i propri vissuti e le proprie esperienze con chi condivide gli stessi obiettivi e difficoltà. Oltre a ciò la dinamica di gruppo suggerisce ai singoli, per logica endopsichica, l'impressione di un'azione corale, con l'effetto di consolidare il sentimento di forza interiore e di volontà realizzativa.

VALUTAZIONE OBIETTIVA DELL'OBESITÀ

Come suggerito dalla letteratura [2], abbiamo adottato per il nostro studio, quale parametro di valutazione, il **B.M.I.** (Body Mass Index), che risponde a due requisiti:

- Rispecchiare l'eccesso di grasso corporeo,
- Essere semplice da usare

L'**indice di massa corporea (BMI)**, espresso dal rapporto tra il peso in kg ed il quadrato della statura in metri (kg/m²), fornisce un indice attendibile dell'adiposità, altamente correlato all'aumento della massa grassa, costituendo il metodo diagnostico antropometrico più utilizzato per la verifica del "tracking" (andamento) dell'obesità a lungo termine. Un bambino il cui BMI sia superiore al 95° percentile ha un rischio significativo d'essere obeso anche in età adulta.

Valori di BMI superiori al 95° percentile si associano spesso ad ipertensione e dislipidemie.

Bambini con BMI fra l'85° ed il 95° percentile devono essere valutati attentamente perché più esposti alle complicazioni dell'obesità, comprese ipertensione e dislipidemie.

Il rischio per un bambino obeso di divenire un adulto obeso è tanto maggiore quanto più è in sovrappeso il soggetto e quanto maggiore ne è l'età; il rischio per un bambino di 7 anni è relativamente modesto rispetto a quello di ragazze e ragazzi tra 11 e 16 anni, specialmente se in forte sovrappeso.

L'andamento del BMI nei primi anni di vita sembra avere un notevole valore predittivo circa l'obesità nelle età successive: nel soggetto normale l'andamento globale di questo indice in funzione dell'età dimostra una rapida ascesa nei primi mesi con picco intorno al nono mese, seguito da una caduta fino al sesto anno cui segue a sua volta un secondo aumento che cessa nell'età adulta; più precoce è questo secondo aumento ("adiposity rebound"), maggiore è il BMI nelle età successive.

Altro fattore predittivo è l'obesità dei genitori che aumenta più del doppio il rischio d'obesità nell'adulto tra i bambini d'età inferiore a 10 anni, siano essi obesi o no.

Altro elemento estremamente importante è l'età d'insorgenza dell'obesità: sotto i 2 anni l'eccesso ponderale non è predittivo d'obesità in età adulta (sempre che i genitori non siano a loro volta obesi); nelle età successive, invece, un bambino sovrappeso ha maggior rischio di diventare un adulto obeso rispetto ai coetanei di peso normale, in particolare un bambino "grasso" a 6 anni ha 50% di probabilità di diventare un adulto obeso, contro il 10% di rischio di un coetaneo normale.

Anche un incremento troppo rapido del BMI deve essere attentamente valutato: normalmente in un bambino il BMI aumenta circa di un'unità/anno, nell'ambito dello stesso per-

centile; un aumento annuale più rapido, che faccia passare il soggetto ad un percentile superiore, deve suggerire al medico un'osservazione più stretta e un eventuale trattamento dietetico.

In linea di massima, in età pediatrica ed adolescenziale un BMI > 28 espone ad un rischio d'ictus, infarto e diabete nell'età adulta, 3-4 volte maggiore della media [3].

LA NOSTRA ESPERIENZA

Alla luce delle premesse, dell'importanza statistica del problema, della severità delle eventuali complicanze, della scarsa importanza spesso attribuita al sovrappeso da parte del gruppo familiare, abbiamo ritenuto utile attivare un ambulatorio "dedicato".

1. INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO

Il primo passo nel controllo ponderale di un soggetto sovrappeso di oltre due anni d'età è il mantenimento del peso basale.

Un bambino può raggiungere quest'obiettivo con piccole modifiche nella dieta e nell'attività fisica; tale primo successo può essere fondamentale per i cambiamenti futuri.

Un prolungato mantenimento del peso, che determina una graduale diminuzione del BMI mentre il bambino cresce in altezza, è un obiettivo sufficiente in molti pazienti.

Come suggerito dalla letteratura [5], abbiamo posto il cut-off del BMI all'85° percentile per l'età, seguendo, come strategia d'intervento, il nomogramma riportato in **figura 1**.

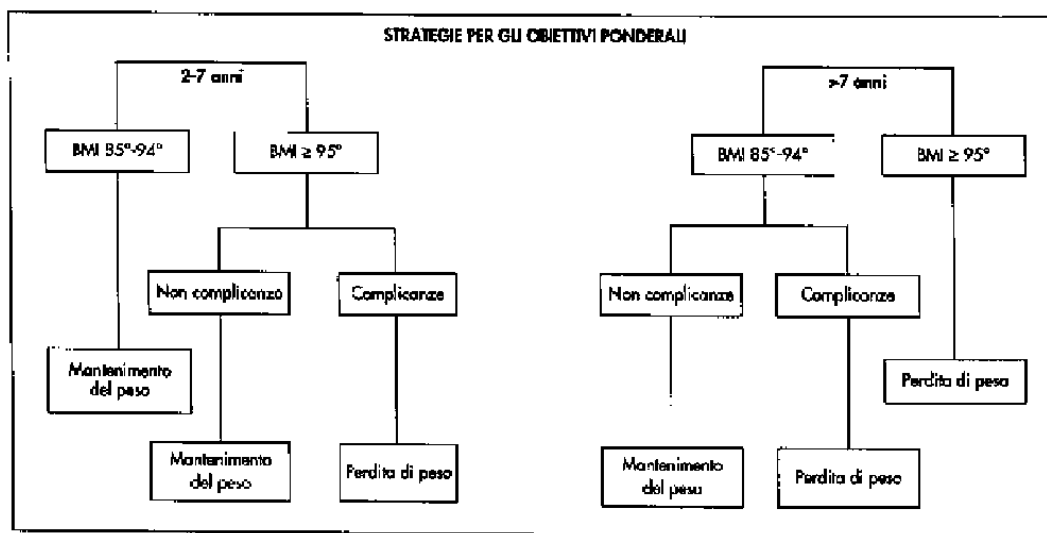


Figura 2.

Figura 1. Strategie per gli obiettivi ponderali.

In definitiva, un appropriato obiettivo ponderale per tutti i bambini obesi è un BMI inferiore all'85° percentile, sebbene tale obiettivo dovrebbe essere secondario a quello principale rappresentato da una sana alimentazione e

da un'adeguata attività fisica.

I pazienti sono stati reclutati tra quelli che per cause varie sono ricoverati nel nostro reparto o afferiscono all'ambulatorio divisionale o al day hospital; in altri casi essi ci sono inviati

dai medici curanti specificamente per il sovrappeso.

2. DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO

In alcuni casi possono essere insufficienti o mancare del tutto la capacità dei familiari di percepire il problema e la loro disponibilità ai cambiamenti richiesti; essi sono perciò invitati individualmente ad esprimere un giudizio personale riguardo al peso del paziente, cioè se credono che sia opportuna una riduzione, se pensano che sia possibile ottenerla e, nel caso concordino, su quali aspetti del comportamento alimentare e/o motorio essi ritengano che sia conveniente agire.

In pratica si analizza nel dettaglio la loro presumibile partecipazione e adattabilità al programma dietetico.

Inutile dire, infatti, che una scarsa o assente adesione di uno o più familiari può ostacolare il programma fino al punto di farlo fallire in tempi brevi. E questo accade principalmente o nel caso essi non comprendano il danno che produce l'obesità, oppure quando sono essi stessi a patire di disturbi dell'alimentazione.

3. VALUTAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVI

Nel corso dei primi incontri raccogliamo un'accurata anamnesi familiare volta ad individuare patologie potenzialmente ereditabili, quali ipertensione, cardiopatie, diabete, dislipidemia, obesità.

Inoltre, in occasione della prima visita, si pratica un prelievo ematico per colesterolo totale, HDL, trigliceridi, glicemia, creatinina; si valutano inoltre eventuali deformità ossee e la pressione arteriosa.

4. VALUTAZIONE DELLE ABITUDINI FAMILIARI

In fase d'impostazione del programma dietetico, il paziente è invitato a compilare un diario nel quale vanno riportate le sue abituali attività fisiche, il tempo trascorso in attività sedentarie (come guardare la televisione) e le sue abitudini alimentari. Anche i familiari collaborano alla stesura di un prospetto generale delle entrate caloriche che tenga conto di tutte le varie occasioni d'assunzione alimentare.

Oltre a loro, sono chiamati a partecipare al trattamento dietetico coloro che, in un modo o nell'altro, influiscono sull'alimentazione del paziente: addetti alle mense scolastiche, baby sitter, insegnanti.

Tutti i dati fin qui raccolti sono registrati nella scheda del paziente riportata di seguito [4].

Valutazione auxologica del

Kg (%ile), cm (%ile.....),
B.M.I..... (%ile)

Formula di Cole (BMI / BMI ideale x 100)
..... (110-119: sovrappeso, > 120: obeso)

P.A. mmHg; Sviluppo puberale (sec
Tanner); I.M. cm

Irsutismo

Elementi salienti nell'anamnesi familiare:

Padre: età, peso, statura
....., BMI PA mmHg.....

Madre: età, peso, statura
....., BMI PA mmHg.....

Dislipidemie

Patologia vascolare

Obesità

Distiroidismi

IDDM

NDDIM

Anamnesi Fisiologica

Incremento ponderale in gravidanza (+ Kg), parto
eutocico?, distocico? alla settimana

Alla nascita: kg, cm a 1 anno: kg, cm
..... LM per mesi

Anamnesi patologica

Età d'insorgenza °°, Aumento di peso nell'ultimo anno?.,
gradualità nell'aumento di peso, lento?, rapido?, n.s.?

eventi correlati: ? malattie, ? separazioni, ? cambio residenza,
? interventi chirurgici, ? lutti, ? nascita di fratello, ? terapie,
? cambio di scuola, ? altro, ? n.s.

Resta normalmente solo per: ?? ore al giorno; guarda la TV
per ?? ore al giorno;

I genitori giudicano il bambino: ? normale, ? "robusto", ?
obeso, ? non so

Il bambino si giudica: ? normale, ? "robusto", ? obeso, ? non
so

Attività sportiva: ? scolastica, ? extrascolastica, ? agonistica

5. INSERIMENTO DEI PAZIENTI NEI PROGRAMMI DIETETICI

Dopo un'attenta lettura del diario insieme al paziente e i conseguenti suggerimenti circa le abitudini alimentari e/o l'attività fisica, si inserisce il paziente nel programma di mantenimento o perdita di peso in rapporto al nomogramma in **figura 1**.

Ai pazienti è presentata la "piramide alimentare", (**figura 2**), che prevede un certo numero di porzioni giornaliere dei vari componenti.

Il numero di porzioni è più alto nel caso si richieda il mantenimento del peso, più basso se è necessaria una sua riduzione.

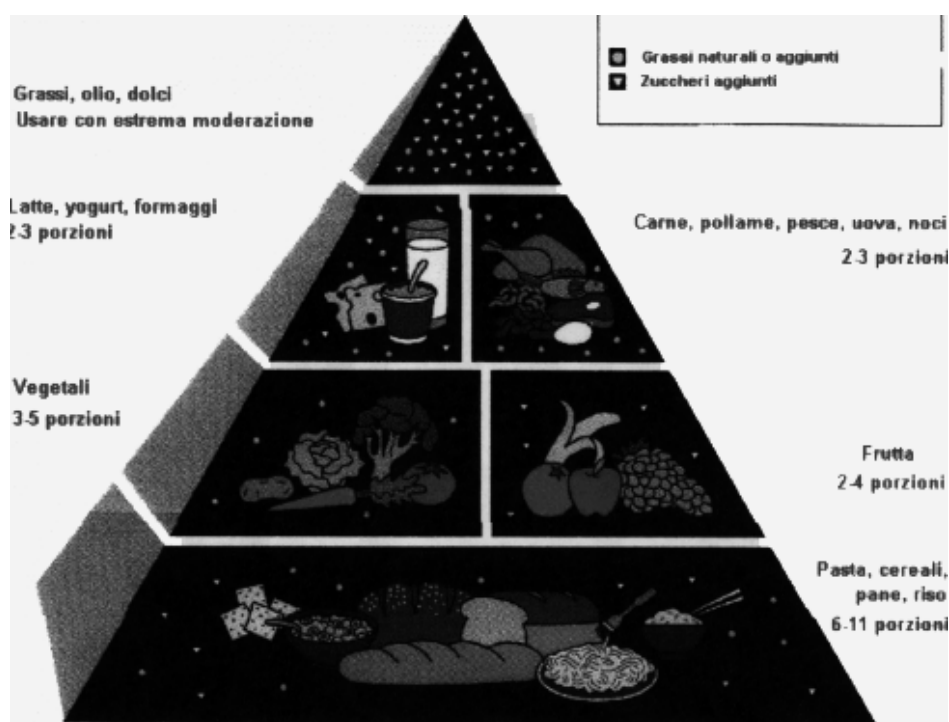


Figura 2. Piramide alimentare.

Questa formula, elastica nella **distribuzione** delle porzioni nell'ambito dei 5 pasti giornalieri, ma rigida nel loro **numero** e quindi nelle calorie, ben si adatta alle esigenze mutevoli dei bambini e alle esigenze di praticità delle persone che preparano i pasti: dopo le prime volte la mamma riesce a dosare "ad occhio" la porzione.

Ad ogni paziente viene consegnato un elenco dettagliato delle porzioni (figura 3) e una scheda per elencare con un semplice tratto di penna le porzioni assunte giornalmente.

Figura 3

PANE, PASTA, CEREALI, RISO

pane: una fetta

cereali (tipo Kellog's): 30 gr

riso: 50 gr

pasta: 50 gr

VERDURE

verdura a foglia cruda: una tazza

verdura cruda tagliata: mezza tazza

verdura cotta: mezza tazza

passato di verdura: 3/4 di tazza

FRUTTA

mela, pera, banana: una di medie dimensioni

macedonia (senza zucchero): mezza tazza

frutta cotta (senza zucchero): mezza tazza

spremuta d'agrumi: 3/4 di tazza

LATTE E DERIVATI

latte ½ crema: una tazza (220-250 cc)

yogurt magro: una tazza (220-250 cc)

formaggio fresco: 40-50 gr (mozzarella, ricotta, stracchino, certosino)

formaggio stagionato: 40-50 gr (parmigiano, gruviera, provolone)

CARNE, POLLAME, PESCE, PROSCIUTTO

una porzione: 60-90 gr di alimento magro

UOVA

una porzione: un uovo

OLIO EXTRAVERGINE D'OLIVA

nella giornata due cucchiaini

frutta cotta (senza zucchero): mezza tazza

spremuta d'agrumi: 3/4 di tazza

6. CONTROLLO LONGITUDINALE

Il peso del paziente viene controllato, a seconda dei casi, ogni 1-2-3-4 settimane (più frequentemente se il suo andamento non soddisfa), e, parimenti “aggiustata” la dieta. Questi incontri sono anche un’opportunità per valutare e discutere col paziente e i familiari le eventuali difficoltà incontrate e l’impatto psicologico delle nuove abitudini di vita.

Qualora il peso fosse calato in modo significativo, si passa al regime di mantenimento o, addirittura, ad una “dieta libera, controllata”:

Il paziente non sarà più obbligato ad un numero fisso di porzioni giornaliere, ma dovrà limitare i pasti a non più di 5 nella giornata e dovrà mantenere le buone abitudini acquisite.

7. SUPPORTO PSICOLOGICO

L’intervento dello psicologo si è articolato sostanzialmente in tre fasi.

1ª fase

Di concerto con i pediatri, è stato elaborato un piano d’azione volto a favorire e a mantenere nel tempo una sufficiente motivazione al programma dietetico.

In un caso, in particolare, lo psicologo, dopo aver proposto l’inserimento nel programma ad una ragazza obesa con la quale aveva avuto un colloquio a Scuola per altri motivi, ha prima dovuto contenere due meccanismi di difesa che la paziente aveva elaborato per fronteggiare la frustrazione derivante dal suo stato fisico:

la negazione [6], per mezzo della quale ella dichiarava, nonostante le pesanti ironie che subiva da parte dei coetanei, che la sua obesità non costituiva un problema per lei,

la razionalizzazione, ovvero una giustificazione automistificatoria in virtù della quale ella affermava che l’aspetto corporeo non conta nulla, mentre hanno importanza solamente la sensibilità e la simpatia.

Per lo psicologo non è stato tuttavia difficile far comprendere alla ragazza che le sue difese non rappresentavano un argine adeguato per contenere il costante malessere che la sua condizione le procurava. Così anch’ella ha aderito, con successivo compiacimento, al programma dietetico.

2ª fase

E’ stato effettuato un incontro di gruppo con i genitori dei ragazzi. In questa occasione i pediatri si sono soffermati sugli aspetti tecnici dell’iniziativa, hanno offerto delucidazioni sul modo di preparare i cibi, sulla corretta distribuzione degli alimenti nel corso della giornata e sulle assunzioni occasionali, soprattutto quelle favorite da altri esponenti della famiglia, in particolare le nonne, che spesso non condividono le finalità del protocollo dietetico.

Lo psicologo per parte sua ha favorito:

a) L’individuazione delle motivazioni che hanno portato i genitori a decidere la partecipazione al programma;

b) Il confronto fra diverse realtà familiari: sono infatti emerse similarità che hanno indotto una qual forma di “solidarietà” fra i genitori e hanno permesso uno scambio di esperienze e di consigli;

c) L’identificazione di difficoltà comuni nel fare accettare le nuove abitudini ai ragazzi: lo psicologo ha suggerito ai genitori alcune strategie per superare i problemi.

Successivamente ha trattato il fondamentale tema dell’auto-stima e di quanto sia importante per il bambino e l’adolescente il conseguimento di una positiva valutazione di sé. Ma, proprio perché questi soggetti non hanno molte occasioni all’interno della cultura occidentale di sperimentare la propria efficacia personale nell’ottenere ruolo e prestigio, è tanto più importante che essi non abbiano una percezione negativa del proprio corpo [7]. Infatti la frustrazione narcisistica che un aspetto sgradevole può produrre è sovente causa di vari fenomeni psicodisadattativi, come

a) la depressione infantile, che però non è facilmente riconoscibile,

b) l’inibizione comportamentale [8], che consiste in un rallentamento generalizzato delle funzioni cognitive e decisionali, e

c) i disordini alimentari, come la bulimia e l’anoressia, che rappresentano, da un lato, un modo passivo di ottenere una compensazione edonistica ad equilibrare di un continuo malessere interiore, dall’altro un modo attivo di ottenere una forma di potere su se stessi e di provocazione nei confronti del prossimo. Infine

d) una condizione di insufficiente autonomia, come quella di chi prova ripugnanza per la propria obesità, può favorire l’assunzione di una disposizione asociale della personalità, con tutti i correlati psichiatrici e giudiziari che da questa possono scaturire.

3ª fase

A distanza di due mesi, presenti la pediatra e lo psicologo, è stato organizzato un incontro con tutti i giovani pazienti. Durante questa riunione costoro sono stati invitati ad esprimere le loro emozioni e i loro giudizi, ad evidenziare le difficoltà riscontrate e a descrivere le sensazioni che produce il modificarsi progressivo della propria identità corporea. Sono stati altresì invitati a chiarire in qual misura i parenti li hanno ostacolati nella realizzazione del programma, ovvero se hanno ricevuto da questi incitamento o gratificazioni.

Questa condivisione dell’esperienza ha soddisfatto l’obiettivo di dimostrare al singolo che le difficoltà che egli ha incontrato sono di fatto comuni anche agli altri. Pertanto non è il caso di avvilirsi troppo per qualche occasionale cedimento o per aver provato ogni tanto una sensazione di incapacità e/o un desiderio di rinuncia.

Comunque, per consolidare il più possibile una buona motivazione, lo psicologo ha suggerito che con le opportune differenze in ordine all’età e all’obiettivo ponderale da raggiungere, per ogni successo ottenuto con la dieta i ragazzi avrebbero ricevuto un premio dai loro genitori, consistente in una piccola somma di danaro. Sono emersi i seguenti elementi:

a) una buona accettazione della dieta, anche se in qualche caso la rinuncia a certi cibi è stata accolta con qualche difficoltà.

b) un incremento dell'autostima per le approvazioni ottenute da amici e parenti

8. RISULTATI PRELIMINARI E CONCLUSIONI

Nel periodo settembre '98 - luglio '99 sono stati arruolati nello studio 35 pazienti, di età compresa fra i 4 e i 22 anni: 17 femmine e 18 maschi.

Tra le femmine, 16 hanno avviato il programma dietetico per calo ponderale ed una quello per mantenimento peso.

Tra i maschi, 15 hanno avviato il programma di calo ponderale (4 sono poi passati al mantenimento peso) e 3 quello per il mantenimento.

A luglio 99, sul totale dei pazienti, 2 proseguivano il trattamento con buoni e talvolta ottimi risultati.

15 pazienti avevano abbandonato il programma per problemi di salute dei genitori (3), infortunio personale (1), scarsa collaborazione e comprensione del problema da parte della famiglia (11).

In quest'ultimo gruppo si segnala che sono stati solo 2 gli "abbandoni" dopo 6 mesi di trattamento; tutti gli altri sono avvenuti assai prima, addirittura dopo il primo incontro, ciò a significare che, se è presente un impegno consapevole di tutto il gruppo familiare, è possibile ottenere dei buoni risultati grazie alla costanza nell'applicazione della dieta e nella regolarità dei controlli ambulatoriali.

La nostra esposizione è relativa a 17 pazienti seguiti in follow up per almeno un semestre.

Come mostra il **grafico n.1**, in tutti i casi si è ottenuta una riduzione talora marcata del BMI, a testimonianza che un approccio "diverso" al problema dell'obesità giovanile, caratterizzato da un'efficace collaborazione con il gruppo familiare e da un costante impegno degli operatori sanitari, realizza obiettivi di salute che un approccio esclusivamente dietetico spesso, com'è nella esperienza di tutti, non riesce a raggiungere.

Infatti i pazienti e/o le loro famiglie hanno più volte necessitato d'appoggio psicologico (incoraggiamenti, sollecitazioni telefoniche, convincimento, comprensione, rimproveri, lodi) da parte del medico, dando così vita ad un rapporto di reciproca fiducia.

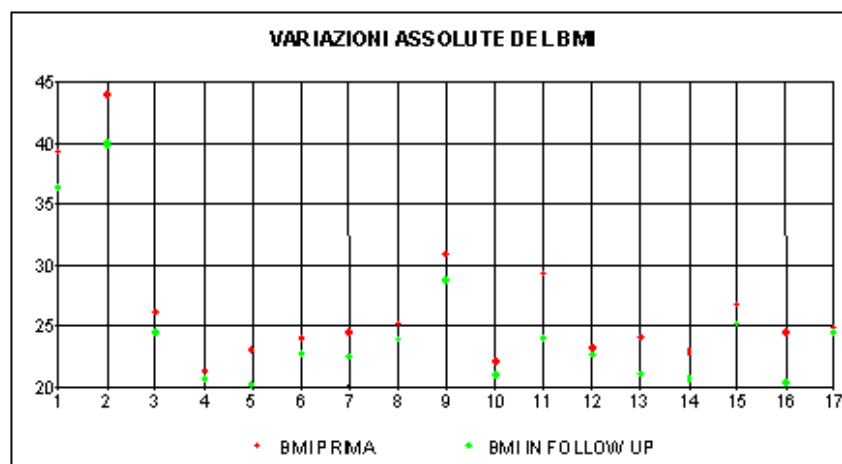


Grafico 1. Per ciascuno dei 17 casi è riportato il BMI di prima della cura e di dopo l'inizio del trattamento.

Bibliografia

- Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations, Pediatrics, 102, 98, e29.
- Dietz WH, Robinson TN. Use of the body mass index as a measure of overweight in children and adolescents. J Pediatr. 1998; 132:191-193.
- Coppa GV et al. Il bambino con obesità, Prospettive in pediatria, 1998, 110: 67-102.
- Gruppo di studio "obesità" della S.I.E.D.P. Obesità essenziale, proposta di cartella clinica in età pediatrica, Medico e Bambino, 1992, 9: 574.
- Hammer LD et al. Standardized percentile curves of body-mass index for children and adolescents. Am J Dis Child, 145:259, 1991.
- Brenner C, Breve corso di psicoanalisi, Martinelli editore, 1997, 108.
- Cassano G, "Disturbi della condotta alimentare" in Trattato italiano di psichiatria, Masson editore, 1994, 2143.
- Scaglione F, Demartini G, Dugnani S, Antidepressivi nel bambino, Imago giornale italiano di psicopatologia e psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, Idelson editore, 1993, 208.
- Toolan JM "La depressione nei bambini e negli adolescenti" in Problemi psicosociali dell'adolescenza, Boringhieri editore, 1973, 377.