

Matricola: 0000949725

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Dietistica

**MINDFUL EATING:
UN TRATTAMENTO INNOVATIVO PER
IL PAZIENTE CON OBESITÀ**

**Tesi di Laurea in
Scienze Tecniche Dietetiche Applicate 5**

Presentata da:
Serena Medri

Relatrice:
Prof.ssa Maria Letizia Petroni

Correlatrice:
Dr.ssa Chiara Nuccitelli

**Prima Sessione
Anno Accademico: 2021-2022**

Sommario

ABSTRACT.....	4
OBESITA'	5
MANAGEMENT DEL PAZIENTE CON OBESITA'	7
PRIMO LIVELLO D'INTERVENTO	8
SECONDO LIVELLO D'INTERVENTO	9
TERZO LIVELLO D'INTERVENTO	10
DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E OBESITA'	12
CARATTERISTICHE DEI DISTURBI ALIMENTARI ASSOCIATI AD OBESITA'	12
INTERVENTO SUL PAZIENTE CON DISTURBI ALIMENTARI E OBESITA'	13
INTERVENTI SUL PAZIENTE CON OBESITA'	14
APPROCCIO DIETING	14
RACCOMANDAZIONI DIETETICHE.....	14
ESERCIZIO FISICO	16
EDUCAZIONE TERAPEUTICA.....	16
ALTRE MODALITA' DI INTERVENTO SUL PAZIENTE CON OBESITA'	18
APPROCCIO NON-DIETING SUL PAZIENTE CON OBESITA'	19
EMOTIONAL EATING	22
DEFINIZIONE.....	22
PREVALENZA.....	22
STRUMENTI DI VALUTAZIONE EMOTIONAL EATING.....	23
INTERVENTI PER EMOTIONAL EATERS	23
MINDFUL EATING E INTERVENTI BASATI SULLA MINDFULNESS	25
MINDFULNESS.....	25
INTERVENTI BASATI SULLA MINDFULNESS (MBI).....	26
MBIs E ALIMENTAZIONE	27
MINDFUL EATING	27
ALIMENTAZIONE INTUITIVA.....	28
COME MISURARE L'EFFETTO DEGLI MBI.....	29
EFFETTI DEL MINDFUL EATING	29
1. Incremento dell'autoregolazione	30
2. Ridotta reattività affettiva	30
3. Aumento dell'attenzione ai segnali di fame e sazietà	30
4. Mangiare lentamente	31
5. Miglioramento della memoria di lavoro	31

6. Riduzione dello stress.....	32
MINDFUL EATING NELLA PRATICA	32
A. MINDFULNESS FORMALE	33
B. MINDFULNESS INFORMALE	34
CORSO MINDFUL EATING	37
SELEZIONE DEI PAZIENTI	37
GLI INCONTRI	37
PRIMO INCONTRO	38
SECONDO INCONTRO	39
TERZO INCONTRO	41
QUARTO INCONTRO	43
QUINTO INCONTRO	44
SESTO INCONTRO	46
SETTIMO INCONTRO	46
OTTAVO INCONTRO	47
SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI	48
K-10	48
MEQ (Mindful Eating Questionnaire)	49
EOQ (Emotional Overeating Questionnaire)	50
BES (Binge Eating Scale).....	51
QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL CORSO CON EMOJI.....	55
ELABORAZIONE DATI.....	57
K10	57
MEQ	57
EOQ (Emotional Overeating Questionnaire)	58
BES	59
QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL CORSO CON EMOJI.....	59
RISULTATI	65
CONCLUSIONI.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	67

ABSTRACT

L'obesità è la patologia cronica più diffusa tra gli adulti e rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale. Il trattamento di questa patologia è fondamentale per il miglioramento della qualità della vita e per la riduzione dello sviluppo di complicanze nei i soggetti che ne sono affetti.

Gli interventi nutrizionali tradizionali per l'obesità si sono sempre concentrati su strategie che promuovono la perdita di peso attraverso la restrizione dietetica, dimostratasi però inefficace per il mantenimento del peso perso a lungo termine. Per questo motivo, negli ultimi anni sono emersi approcci "non dieting" che generalmente utilizzano concetti di mindfulness in risposta alla fame interna, sazietà, alle "voglie" e all'appetito, in contrapposizione alla restrizione calorica o al contenimento cognitivo.

Data l'evidenza in letteratura, del beneficio nell'utilizzo di interventi basati sulla mindfulness, come il mindful eating, per il trattamento del paziente con obesità; la SSD Nutrizione Clinica e Metabolismo dell'Ospedale Sant'Orsola ha progettato e svolto un corso di mindful eating con la finalità di migliorare la consapevolezza dei pazienti rispetto ai propri comportamenti alimentari. Per valutare l'efficacia di questo trattamento, ai pazienti sono stati somministrati dei questionari all'inizio e alla fine del corso: il K-10, l'EOQ, il MEQ, il BES e un questionario per la autovalutazione delle competenze acquisite. Purtroppo, a causa del ridotto numero di pazienti nel campione, è stato possibile effettuare solo delle valutazioni di tipo qualitativo, senza potere attribuire ad esse significatività statistica. Il corso è stato gradito dai pazienti e i parametri valutati dai questionari hanno subito un miglioramento a breve termine, pertanto, è opportuno continuare con questa modalità di trattamento e valutarne l'efficacia in un campione più grande, anche a lungo termine.

OBESITA'

L'obesità è una malattia metabolica cronica, caratterizzata da un aumento delle riserve di grasso corporeo. Nella pratica clinica si considera un paziente obeso attraverso:

- La valutazione dell'indice di massa corporea (stima indiretta di eccesso di adipe corporeo) stimato da $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$
- La valutazione del grasso intra-addominale, marker di un più alto rischio metabolico e cardiovascolare, che viene valutato con la circonferenza vita $>94\text{cm}$ negli uomini e $>80\text{cm}$ nelle donne.⁽¹⁾
- La valutazione della percentuale della massa grassa (FM), i cui cut off sono il 25% negli uomini e il 30% nelle donne. Il gold standard per la misurazione della FM è la DXA.

L'aumento dell'obesità è definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una "epidemia globale", rappresentando uno dei principali problemi di salute pubblica mondiale con conseguenze più gravi rispetto alla malnutrizione. È stato previsto che entro il 2030 il 60% della popolazione mondiale (3,3 miliardi) potrebbe essere in sovrappeso (2,2 miliardi) o obesa (1,1 miliardi) se la tendenza continuerà in questa direzione.

La percentuale di soggetti con obesità sta aumentando molto rapidamente in tutte le fasce d'età, guadagnando il primato della patologia cronica più diffusa tra gli adulti. Una volta instauratasi è molto difficile da trattare e predispone ad una serie di patologie sia a breve che a lungo termine. Si tratta di una delle principali cause di disabilità e morte, comporta un aumento del rischio di sviluppo di: diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, diverse forme di cancro e osteoartrite. Inoltre, più del 60% dei bambini in sovrappeso prima della pubertà continuerà ad esserlo anche nell'età adulta.⁽²⁾

L'obesità ha un'etiopatogenesi complessa: fattori biologici, comportamentali, sociali e ambientali interagiscono tra loro per lo sviluppo di questa patologia.⁽³⁾ Per questo motivo è fondamentale un approccio multidimensionale che garantisca un intervento contemporaneo sul fronte biologico (clinico-nutrizionale e attività fisica), psicologico e socioculturale.

Il trattamento del soggetto con obesità dovrebbe avere come finalità una perdita di peso realistica, il mantenimento del peso e la prevenzione delle ricadute. Inoltre, è importante non sottovalutare che, l'educazione del paziente finalizzata all'autogestione della patologia, ha un ruolo fondamentale nel decremento ponderale e nella stabilizzazione del peso nel tempo. Nella comunicazione con il paziente vanno sempre tenute presenti le comuni barriere all'apprendimento date da: rabbia, negazione, paura, ansia, credenze sulla salute,

differenze di linguaggio, disabilità fisiche, dolore, limitazioni cognitive, pratiche religiose, età, comorbidità, disponibilità economica e distanza dal centro clinico.^{(4) (5)}

Per quanto riguarda l'approccio da preferire, la terapia di gruppo (cognitivo-comportamentale orientata alla modifica degli stili di vita) sembra più efficace rispetto al trattamento individuale, in particolar modo se associata ad attività fisica.⁽⁶⁾ La letteratura scientifica dimostra che i gruppi, permettono processi di cambiamento e crescita personale, tramite le interazioni delle esperienze umane, dette "Fattori Terapeutici" che, interagiscono tra di loro con una rilevanza che varia in base al tipo di gruppo. Ad esempio, i fattori terapeutici che agiscono all'interno della terapia di gruppo di Mindful Eating sono:

-Infusione della Speranza: è la fiducia nei confronti del gruppo e nella possibilità che questo possa essere una reale opportunità di cambiamento.

-Universalità: è la sensazione di non sentirsi soli nelle proprie difficoltà, data dall'effetto solidaristico del gruppo.

-Informazione: sono le informazioni di educazione alimentare e terapeutica che permettono ai pazienti di modificare gli schemi di pensiero negativi e i propri atteggiamenti disfunzionali.

-Altruismo: è la condivisione di consigli o commenti tra i pazienti.

-Comportamento Imitativo: è la possibilità di imparare comportamenti più funzionali osservando gli altri membri del gruppo

-Catarsi: è la possibilità di poter esprimere apertamente le proprie emozioni all'interno del gruppo e di svolgere un'introspezione riflessiva.

-Coesione di gruppo: è la sperimentazione dell'accettazione e del sostegno da parte degli altri membri del gruppo.

-Fattori esistenziali: è l'insieme dei fattori collegati all'esistenza e al confronto con la nostra condizione umana che, aiuta i pazienti, a prendere contatto con i limiti (limiti di tempo, forza e salute).⁽⁷⁾

MANAGEMENT DEL PAZIENTE CON OBESITÀ⁽⁶⁾

Con “management del paziente con obesità” s’intendono gli interventi volti al miglioramento della salute generale dell’individuo, al di là dei soli risultati di perdita di peso. Questi interventi dovrebbero utilizzare un approccio decisionale condiviso con il paziente, per promuovere un rapporto sano con il cibo e una modifica dello stile di vita sostenibile e realistica.

Al fine di garantire una gestione integrata tra i diversi ambiti di competenza preventiva e clinico nutrizionale dei soggetti con sovrappeso o obesità, il Sistema Sanitario Nazionale ha realizzato una rete nutrizionale Territorio-Ospedale con percorsi preventivi diagnostico-terapeutici dedicati (PPDTA). Il percorso di presa in carico si articola in 3 livelli d’intervento e viene selezionato quello più adatto al paziente in base alla gravità della sua condizione clinica.⁽⁸⁾ La gravità di un paziente con sovrappeso o obesità può essere valutata utilizzando il sistema di stadiazione EOSS (Figura 1) che stratifica i pazienti in base alla severità delle comorbidità e alle barriere che si oppongono al trattamento di tipo metabolico, meccanico, mentale e sociale. Questo sistema permette di pianificare trattamenti su misura in funzione della gravità clinica del paziente.

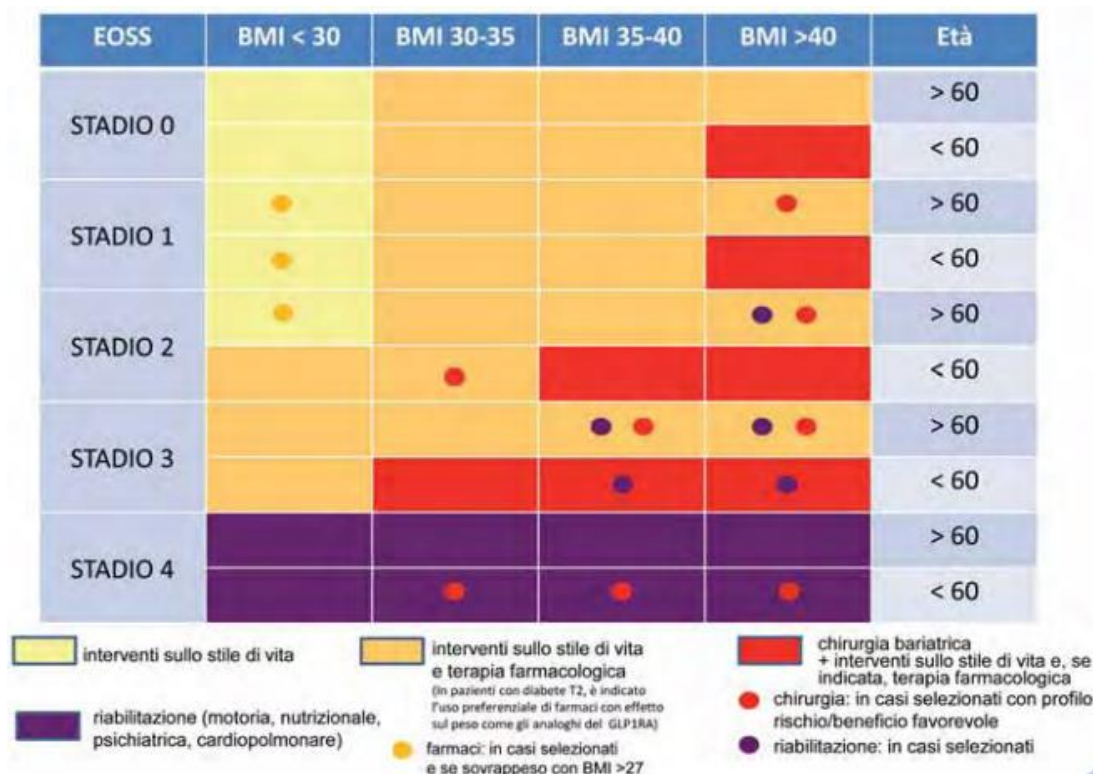


Figura 1: Edmonton Obesity Staging System (EOSS), dalle Linee Guida SIO ADI per il trattamento dell’obesità (2016-2017)

PRIMO LIVELLO D'INTERVENTO

Il primo livello d'intervento è rappresentato dall'assistenza territoriale, quindi dal medico di medicina generale o dal pediatra. La finalità di questo intervento è approcciare il paziente (chiedendogli prima il permesso di parlare della problematica dell'eccesso di peso) e sensibilizzarlo sulla problematica della sua condizione, evitando però di colpevolizzarlo o di minimizzare il suo disagio. Il medico potrà effettuare un primo livello di intervento oppure indirizzare direttamente il paziente a strutture o specialisti con i quali lavorare in sinergia al fine di una efficace monitorizzazione nel tempo.

Al primo contatto è opportuno svolgere:

1. Misurazione di peso e altezza, calcolo del BMI al fine di identificare il grado di sovrappeso ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$) o obesità ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$);
2. Misurazione della circonferenza addominale per valutare il rischio di obesità viscerale (parametri europei: per la donna $\geq 80 \text{ cm}$ e per gli uomini $\geq 94 \text{ cm}$) e circonferenza del collo per valutare il rischio di apnee notturne (uomini $>43 \text{ cm}$, donne $>41 \text{ cm}$);
3. Esame clinico: indagini ematochimiche per identificare la presenza di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, dislipidemia, diabete) o altre condizioni mediche correlate all'obesità come la sindrome delle apnee notturne o problematiche osteoarticolari;
4. Valutazione dello stile di vita: comportamento e abitudini alimentari, storia del peso (peso alla nascita, peso abituale, numero di perdite di peso $>5 \text{ Kg}$).

Nel caso in cui un operatore sia impossibilitato a prendere in carico un paziente con sovrappeso o con obesità, dovrebbe comunque documentarsi sulle disponibilità di ambulatori o centri obesità del SSN, con le quali avviare un contatto iniziale per garantire la continuità terapeutica.

Nello specifico, in questo livello di intervento, è opportuno la:

- Valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare e di diabete mellito di tipo 2;
- Ricerca dei sintomi/segni di insufficienza respiratoria in caso di obesità severa;
- Discussione delle motivazioni per intraprendere un percorso di perdita di peso e attività di counseling per la modifica degli stili di vita (attività fisica e abitudini alimentari); evitare raccomandazioni di tipo generico, preferendo consigli pratici personalizzati sulle abitudini di vita del paziente e sconsigliando le diete "fai da te";
- Calo ponderale del 10% del peso corporeo in 6-12 mesi con una restrizione di 0,5-1kg a settimana;

- Prescrizione di attività motoria moderata aerobica, nelle fasi iniziali almeno di 150 minuti a settimana;
- Sostenere e rinforzare l'eventuale trattamento intrapreso presso altri centri specialistici;
- Avviare la terapia farmacologica per le eventuali comorbidità.

L'obiettivo terapeutico, concordato all'inizio del trattamento con il paziente, è soddisfatto se la perdita di peso e la modifica dello stile di vita vengono stabilizzati per almeno due anni.

Nel caso di riuscita positiva il paziente viene inserito nel follow-up per almeno 5 anni; in caso contrario, viene inviato al livello d'intervento successivo.

SECONDO LIVELLO D'INTERVENTO

Il secondo livello d'intervento è rappresentato da un approccio specialistico maggiormente elaborato e complesso offerto da:

1. UO di Dietetica e Nutrizione Clinica (UO-DNC), Endocrinologia e UO con ambulatori di obesologia, dotati di risorse strumentali e organico multiprofessionale e multidisciplinare;
2. Centri privati accreditati/Specialisti ambulatoriali privati con documentata esperienza scientifica nel settore e in possesso degli stessi requisiti dei centri pubblici.

Al secondo livello dovrebbero accedere:

- a. Pazienti con situazioni che non possono essere trattate a livello di cure primarie, per dinamiche psicologico-psichiatriche o per necessità di approfondimenti diagnostici;
- b. Soggetti con obesità morbigena ($BMI >40 \text{ kg/m}^2$) o con obesità di grado inferiore con comorbidità o con malattia sistemica grave (ASA IV);
- c. Soggetti con obesità di I e II grado ($BMI 30-40 \text{ kg/m}^2$) che non hanno perduto o che hanno perduto poco peso ($<5\%$) o con weight cycling syndrome (ripetuti tentativi di perdita di peso $> 5 \text{ kg}$) o che non hanno avuto una riduzione sufficiente dei fattori di rischio;
- d. Soggetti con obesità da sottoporre a strategie più drastiche (es. trattamento VLCD, dieta chetogenica VLCKD, farmacologica, posizionamento di palloncino intragastrico, trattamento psichiatrico).

Percorso internistico-dietologico

1-Inquadramento diagnostico multidisciplinare

- Esami ematochimici;

- Valutazione nutrizionale qualitativa e quantitativa;
- Polisonnografia e ulteriori accertamenti diagnostici specialistici.

2-Inquadramento psicologico-psichiatrico

- Valutazione di cambiamenti recenti della qualità di vita percepita, in relazione alla condizione fisica ed emotiva;
- Screening per il sospetto di disturbi del comportamento alimentare (DCA), inquadramento del disturbo e dell'eventuale necessità di terapia psico-farmacologica;
- Invio alla consulenza psichiatrica

3- Trattamento medico nutrizionale, esercizio fisico

- Terapia dietetica personalizzata finalizzata al calo ponderale (0,5-1 Kg/settimana);
- Prescrizione di 150 minuti alla settimana di attività fisica moderatamente aerobica; ⁽⁹⁾
- Educazione terapeutica e terapia cognitivo comportamentale;
- Trattamento delle comorbidità;
- Trattamento dei disturbi psicologici (disturbo dell'immagine corporea, bassa autostima, disturbi del comportamento alimentare);
- Trattamento farmacologico dell'obesità.

4-Follow-up medico nutrizionale

- Follow-up negativo: se % di insuccesso $\geq 50\%$ a 36 mesi, inclusiva dei drop-out a 6 e 12 mesi. In questo caso è prevista una rivalutazione del processo di trattamento. ¹
- Follow-up positivo: se % di successo $\geq 50\%$ a 36 mesi, inclusiva dei drop-out a 6 e 12 mesi²

TERZO LIVELLO D'INTERVENTO

Il terzo livello d'intervento è rappresentato da un approccio specialistico ancora più complesso ed elaborato, garantito da:

- 1) UO Complesse/semplifici dipartimentali di Dietetica e Nutrizione Clinica, Endocrinologia e UO con ambulatori di obesologia, con presenza di DH/Day Service, in presidi con centri di endoscopia e chirurgia bariatrica;
- 2) Centri di Riabilitazione nutrizionale pubblici o privati accreditati (con le stesse caratteristiche del punto precedente)

¹ Se l'obiettivo terapeutico concordato con il paziente non viene soddisfatto; quindi, se a 36 mesi il calo ponderale è minore del 50% del calo previsto

² Se il calo ponderale a 36 mesi corrisponde almeno al 50% di quello previsto

A questo livello d'intervento dovrebbero accedere pazienti affetti da obesità morbigena (BMI >40 kg/m²) o obesità severa (BMI >35 kg/m²) con comorbidità, che non hanno risposto al trattamento dietetico, farmacologico e comportamentale. Si tratta di pazienti generalmente candidabili alla chirurgia bariatrica o con necessità di trattamenti residenziali riabilitativi.

Infatti, il terzo livello d'intervento, prevede la riabilitazione intensiva, residenziale o in DH ed è fondamentale per:

- Il trattamento delle disabilità e delle comorbidità correlate all'obesità attraverso la concentrazione di più interventi;
- L'impianto di devices endoscopici per la perdita di peso prima di un eventuale intervento di chirurgia bariatrica;
- La preparazione di pazienti candidati alla chirurgia bariatrica e, la riabilitazione e monitorizzazione post-operatoria.⁽¹⁰⁾

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E OBESITA'

Nella presa in carico del paziente con obesità è molto importante la valutazione ed il riconoscimento diagnostico di eventuali disturbi del comportamento alimentare.

Sebbene solamente il Binge Eating Disorder e la Bulimia Nervosa abbiano lo statuto nosologico di sindromi autonome nelle classificazioni attuali dei disturbi associati all'Obesità, esistono anche altri quadri alimentari disfunzionali che sono frequentemente associati a questa patologia. Tra questi vi sono: iperfagia, bramosie selettive, piluccamento, emotional eating, night eating e food addiction.

Per la valutazione iniziale e per l'analisi del decorso dei comportamenti alimentari disfunzionali associati all'obesità, i questionari autosomministrati e le interviste semistrutturate sono strumenti importanti.

CARATTERISTICHE DEI DISTURBI ALIMENTARI ASSOCIATI AD OBESITA'

-Binge Eating Disorder (BED)

I criteri diagnostici essenziali, secondo il DSM-5, sono:

A. Ricorrenti episodi di abbuffata

L'abbuffata è caratterizzata dal mangiare una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili e, dalla sensazione di perdita del controllo durante l'episodio.

B. Almeno 3 dei seguenti aspetti associati alle abbuffate:

- 1) Mangiare molto più velocemente del normale
- 2) Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
- 3) Mangiare da soli per l'imbarazzo legato alla grande quantità di cibo assunto
- 4) Sensazione di disgusto verso se stessi, di colpa e di depressione dopo l'abbuffata
- 5) Marcato disagio connesso alle abbuffate

C. Disagio marcato rispetto alle abbuffate

D. Frequenza delle abbuffate: in media avvengono almeno 1 volta alla settimana per almeno 3 mesi

E. Assenza di condotte compensatorie

La gravità si basa sulla frequenza media degli episodi di abbuffata alla settimana: lieve 1-3; moderata 4-7; grave: 8-13; estrema: ≥ 14 ⁽¹¹⁾

Il binge eating è caratterizzato da un legame specifico con l'Obesità; il riconoscimento di questo disturbo è importante sia per il trattamento medico che per quello chirurgico dell'Obesità.

-Iperfagia: mangiare abitualmente grandi quantità di cibo ai pasti o fuori da essi. A differenza del BED il paziente non ha la sensazione di perdere il controllo mentre mangia e generalmente si tratta di un comportamento egosintonico.⁽¹²⁾

-Piluccare (grazing, picking, nibbling): l'abitudine di mangiucchiare continuamente durante tutto l'arco della giornata. Si tratta, di un gesto distratto, compiuto sovrappensiero che contribuisce a una sostanziosa sottovalutazione della quantità di cibo assunta quotidianamente. In questi casi, sono strumenti utili il diario alimentare e interventi basati sull'attenzione consapevole (mindfulness-based).⁽¹³⁾

-Emotional Eating: impulso abituale a mangiare qualcosa per placare emozioni spiacevoli ma anche piacevoli. Alcuni studi però, portano a pensare che i grandi mangiatori emotivi (high emotional eaters), mangino soprattutto per emozioni negative e prediligano cibi dolci piuttosto che salati.^{(14) (15)}

-Food Addiction: bisogno compulsivo, ingovernabile e ripetuto nel tempo, di mangiare determinati cibi (generalmente dolci e grassi).

-Night Eating

Non esistono criteri diagnostici ufficiali per la Night Eating Syndrome (NES), ma studi recenti l'hanno associata alla presenza di almeno uno di questi due sintomi:

- Iperfagia serale: assunzione dopo cena di almeno 1/4 dell'introito calorico quotidiano;
- Risvegli con assunzione di cibo almeno 3 volte a settimana.

A questo disturbo generalmente si associano disturbi del sonno e umore depresso.⁽¹⁶⁾

INTERVENTO SUL PAZIENTE CON DISTURBI ALIMENTARI E OBESITA'

Il riconoscimento e la cura dei disturbi del comportamento alimentare è parte integrante del trattamento dell'obesità condotto secondo un modello multidisciplinare. Nella maggior parte dei casi, il setting di cura adeguato è ambulatoriale; trattamenti semiresidenziali o residenziali vanno riservati a casi in cui sono particolarmente gravi il grado di obesità, la sintomatologia specifica del disturbo alimentare e le comorbilità mediche o psichiatriche.⁽⁶⁾

INTERVENTI SUL PAZIENTE CON OBESITA'³⁽⁶⁾

APPROCCIO DIETING

La finalità della terapia non farmacologica dell'obesità è la modifica dello stile di vita del paziente, attraverso l'apprendimento di abitudini alimentari salutari e lo svolgimento di un'attività fisica compatibile con le sue condizioni cliniche.

Per quanto riguarda il calo ponderale, l'obiettivo dovrebbe essere quello di una perdita di peso del 10% rispetto al peso iniziale, soprattutto nel caso di obesità di I o II grado, o di franco sovrappeso, in un tempo che può variare da 4 a 6 mesi. Gli interventi dietetici devono sempre includere una componente di educazione alimentare, mentre gli interventi di tipo psicoterapico sono indicati solo in caso di un evidente sospetto di DCA.

RACCOMANDAZIONI DIETETICHE

Apporto energetico

La restrizione dietetica deve essere valutata in base al dispendio energetico giornaliero (TEE), che si ottiene misurando il metabolismo basale (BEE) del paziente e moltiplicando questo valore per 1,3 ($TEE = BEE * 1,3$).

Per ottenere il BEE il gold standard è la calorimetria indiretta, in alternativa è possibile calcolarlo ricorrendo alle formule predittive di Harris-Benedict o della OMS.

In genere, dal TEE viene applicata una restrizione energetica di 500-1000 kcal, tenendo presente di non prescrivere meno di 1300 kcal a livello ambulatoriale.

Macronutrienti

In seguito al calcolo dell'apporto calorico giornaliero è necessario valutare in che proporzione suddividere proteine, carboidrati e grassi.

PROTEINE

L'apporto proteico giornaliero raccomandato dalle Linee Guida SIO-ADI, nei pazienti senza nefropatia, è di 0,8-1g/kg*peso ideale (IBW)³, che corrisponde circa il 15% dell'energia giornaliera. Le The Joslin Clinical Nutrition Guidelines, invece, raccomandano un apporto di 1-1,5g/kg*peso corretto (ABW)⁴, quindi, a circa il 20-30% dell'intake giornaliero.⁽¹⁷⁾

Le proteine devono avere un buon valore biologico e provenire sia da fonti proteiche animali che vegetali.⁽¹⁸⁾

³ IBW: peso calcolato con un BMI di 22,5 kg/m²

⁴ ABW = IBW + 0,25 del peso in eccesso. Il peso in eccesso si calcola sottraendo al peso attuale il peso ideale.

CARBOIDRATI

I glucidi dovrebbero rappresentare il 50-55% dell'energia totale della dieta. In particolare, gli zuccheri semplici non dovrebbero superare il 10-12% dell'apporto calorico giornaliero, mentre la quantità di fibre consigliata è di 30g/die. Infatti, l'indice glicemico degli alimenti dovrebbe essere preso in considerazione durante la realizzazione dello schema dietetico, in quanto, una dieta a basso indice glicemico è importante per: la normalizzazione della glicemia; per garantire una maggiore sazietà post-prandiale; per il miglioramento dei parametri metabolici e per supportare il mantenimento del peso dopo una dieta ipocalorica. Non è consigliabile un apporto di carboidrati <120-130g/die nei pazienti con obesità non complicata.

GRASSI

I grassi non dovrebbero essere superiori al 30% dell'introito calorico giornaliero, in particolare:

- Grassi saturi <10% (nel caso di ipertrigliceridemia <8%);
- MUFA e i PUFA dovrebbero rappresentare entrambi un 10%;
- Grassi trans <2,5g/die;
- Colesterolo < 300mg/die (nel caso di ipercolesterolemia <200mg/die).

Non è consigliabile un apporto di grassi < 20-25g/die.

Schema dietetico

Il punto di riferimento per la scelta e la frequenza degli alimenti dovrebbe essere la Dieta Mediterranea. La scelta dovrebbe convergere principalmente su alimenti vegetali: cereali, legumi, frutta e verdura per quanto riguarda i carboidrati ed una quota delle proteine e, olio extravergine d'oliva come fonte di grassi da condimento. Per quanto riguarda le fonti proteiche animali, la scelta dovrebbe orientarsi prevalentemente su carni magre e pesce (almeno 2-3 volte a settimana preferendo il pesce azzurro),⁽¹⁹⁾ mentre il consumo di uova, formaggi, carne rossa e lavorata, dovrebbe essere meno frequente. Per completare l'apporto proteico e di calcio, deve essere garantito un consumo regolare di latte e derivati, preferibilmente "magri".

Nella giornata, la distribuzione dei pasti dovrebbe essere frazionata: è opportuno suddividere l'alimentazione in 3 pasti principali (colazione, pranzo e cena) e 1 o 2 spuntini (a metà mattina e al pomeriggio) in base alle preferenze del paziente.

Raccomandazioni dietetiche in particolari condizioni fisiopatologiche

-TERAPIA DIETETICA DELL'OBESITÀ IN ETÀ ADOLESCENZIALE: non ci sono particolari indicazioni se non quello di rinforzare i programmi di educazione alimentare, stimolare l'abitudine all'esercizio fisico regolare e garantire un adeguato apporto proteico, di minerali e vitamine.

-TERAPIA DIETETICA DELL'OBESITÀ IN GRAVIDANZA ED ALLATTAMENTO: deve essere garantito un adeguato apporto proteico e di alimenti ricchi di calcio con alta biodisponibilità. Non è opportuno prescrivere una dieta con un apporto calorico < 1600 kcal/die soprattutto nel III trimestre di gravidanza e durante l'allattamento

-OBESITÀ DI III GRADO (BMI >40kg/m²): si consiglia un apporto energetico di 1000kcal inferiore a quello abituale ed una particolare attenzione alla terapia farmacologica per le eventuali comorbidità. L'opzione chirurgica, in caso di insuccesso medico va attentamente considerata e proposta da un'equipe specializzata.

ESERCIZIO FISICO

La pratica regolare di attività fisica è sempre raccomandata, indipendentemente dal suo effetto sul peso, come importante strumento preventivo e terapeutico. Infatti, è importante ricordare che la prevenzione primaria dell'obesità inizia dal mantenimento e non dalla perdita di peso. Inoltre, l'associazione tra attività fisica e restrizione calorica, aiuta il paziente con obesità ad avere un bilancio energetico negativo, aumentando significativamente la perdita di peso. Per questo, nell'adulto sono raccomandati almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica aerobica d'intensità moderata, in sessioni della durata di almeno 10 minuti, oppure almeno 75 minuti di attività fisica aerobica d'intensità vigorosa (o una combinazione equivalente di attività fisica aerobica moderata e vigorosa).⁽²⁰⁾

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Secondo la definizione dell'OMS, l'educazione terapeutica è "l'insieme delle opportunità di apprendimento consapevolmente costruite, che comprendono alcune forme di comunicazione finalizzate a migliorare l'alfabetizzazione alla salute, ivi compreso l'aumento delle conoscenze e a sviluppare life skills che contribuiscano alla salute del singolo e della comunità".⁽²¹⁾

Lo scopo dell'educazione terapeutica nel paziente con obesità è quello di aumentare il senso di responsabilità, rendendolo così protagonista attivo della cura. Non sostituisce i trattamenti medici o chirurgici ma li affianca e li facilita, aumentando l'aderenza alla cura.

I cardini dell'educazione terapeutica sono:

a) Alleanza terapeutica

Attraverso la fiducia e il sostegno degli operatori, il paziente potrà ritrovare la motivazione, accettare la modifica dello stile di vita e le esigenze del trattamento. Questa sorta di "patto" tra le due parti ha dimostrato una buona efficacia nella gestione delle malattie croniche.

b) Aderenza terapeutica

S'intende il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo l'acquisizione di comportamenti adeguati relativi allo stile di vita e alla terapia farmacologica. Il paziente riuscirà a comportarsi nel modo più vantaggioso, solo se riesce a fare proprie le competenze gestionali complesse della patologia e della terapia, che però non possono essere trasmesse solo con l'atto della prescrizione.

c) Motivazione

La motivazione ha un ruolo fondamentale sia nel periodo della perdita di peso che in quello del mantenimento del peso perso. La motivazione al cambiamento può passare attraverso le diverse fasi dello schema (anche per più volte), per raggiungere infine un cambiamento stabile. Le fasi del cambiamento sono rappresentate da:

1. Contemplazione: in questa fase il soggetto è consapevole del problema, ma può accettare o rifiutare il cambiamento;
2. Determinazione: è una fase limitata nel tempo in cui il soggetto progetta un cambiamento per l'immediato futuro;
3. Azione: è la fase in cui inizia il cambiamento;
4. Mantenimento: in questa fase è avvenuto il cambiamento ma è necessario un lavoro attivo di consolidamento e di prevenzione delle ricadute
5. Ricaduta: se non si esce permanentemente dal problema, può comparire una ricaduta che dà avvio ad un nuovo processo.

Per avviare il percorso terapeutico la motivazione al cambiamento deve dunque pre-esistere nel paziente ma, al tempo stesso, il clinico ha la funzione di orientarla al progetto terapeutico proposto, così da garantire l'alleanza terapeutica.

d) Problem solving

Si tratta di un metodo di autoriflessione obiettiva che il paziente può attuare nei confronti dei propri comportamenti alimentari. Dall'applicazione del problem solving, il paziente può

acquisire le capacità di auto-osservazione e autocritica, fondamentali per imparare riconoscere e a fronteggiare situazioni a rischio, imparando così a gestire e a migliorare il proprio comportamento alimentare ed il proprio stile di vita in generale.

e) Empowerment

Si definisce empowerment il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute. Attraverso l'empowerment il paziente acquisisce la consapevolezza di poter modificare gli eventi della propria vita, di aumentare la propria autostima e di interpretare gli insuccessi, non come dei fallimenti, ma come delle dei momenti di apprendimento.

f) Medicina narrativa

Si tratta dell'utilizzo dell'autobiografia come strumento attraverso il quale trovare nuove strategie ed energie per affrontare la propria patologia. La redazione di una biografia della propria malattia stimola il paziente all'autocura e alla responsabilizzazione.

ALTRE MODALITA' DI INTERVENTO SUL PAZIENTE CON OBESITA'

Tutte le principali linee guida sull'obesità⁽⁶⁾⁽²²⁾ indicano con molta chiarezza che il primo passo della terapia è rappresentato dalla modificazione degli stili di vita attraverso l'intervento nutrizionale, l'incremento dell'attività fisica strutturata e le modifiche comportamentali. Tuttavia, quando questa prima strategia risulta insufficiente o del tutto inefficace è possibile ricorrere anche alla terapia farmacologica, utilizzando farmaci di provata efficacia ed approvati dall'Agenzia Italiana del Farmaco per il trattamento dell'obesità.

Un altro strumento a cui si può ricorrere è la nutraceutica ossia ad alimenti o loro parti con effetti benefici sulla salute. I meccanismi con cui questi possono coadiuvare il calo di peso corporeo sono principalmente la stimolazione del metabolismo basale, l'inibizione del senso della fame, l'inibizione/rallentamento di digestione e assorbimento di glucidi e lipidi. L'effetto dei nutraceutici non è usualmente tale da poter mascherare una non adesione del paziente alla prescrizione dietetico-comportamentale, ma può incentivarne l'aderenza accelerando il conseguimento dei risultati sperati.

Inoltre, si può prendere in considerazione la chirurgia bariatrica, nei pazienti adulti (età 18-60 anni) con obesità grave (BMI >40 kg/m² o BMI >35 kg/m² se in presenza di comorbidità associata) in cui precedenti tentativi di perdere peso e/o di mantenere la perdita di peso con tecniche non chirurgiche siano falliti e in cui vi sia disponibilità ad un prolungato follow-up post-operatorio.

In presenza di grave malnutrizione per eccesso, la Riabilitazione Metabolica-Nutrizionale-Psicologica rappresenta un approccio all'obesità, laddove il livello di disabilità è elevato e la qualità di vita è penalizzata. Infatti, comorbidità somatica e psicopatologica, disabilità, ridotta qualità complessiva di vita nelle varie fasi del ciclo esistenziale sono le componenti principali dell'evoluzione clinica dell'obesità. Inoltre, in aggiunta alle note complicanze mediche dell'obesità, tale condizione risulta molto spesso associata a un ridotto benessere psicofisico, a disturbi delle condotte alimentari, a bassa stima di sé e a depressione, conseguenze anche del grave e insidioso stigma sociale che colpisce chi è affetto da questa patologia.

La riabilitazione è quindi "un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative".

APPROCCIO NON-DIETING SUL PAZIENTE CON OBESITA'

Le persone che convivono con obesità sono spesso stigmatizzate e giudicate per le loro scelte alimentari, le loro porzioni e i loro comportamenti alimentari.

Gran parte degli sforzi di marketing sociale, di sanità pubblica e di messaggistica clinica sull'alimentazione si sono sempre concentrati sul "mangiare meno" o sulla scelta di cibi "buoni" rispetto a cibi "cattivi". Come risultato di ciò, si è rafforzata la nozione che la perdita di peso e/o la "salute" possano essere ottenuti solo attraverso la restrizione calorica, la privazione di cibo e/o le pratiche di "dieta". Queste narrazioni semplicistiche spesso trascurano l'evidenza che la perdita di peso può non essere sostenibile a lungo termine, non a causa di scelte personali o alla mancanza di forza di volontà, ma piuttosto per via di meccanismi biologici o fisiologici che proteggono l'organismo dalla perdita di peso.⁽²³⁾⁽²⁴⁾

L'industria delle diete e il campo della ricerca sulla perdita di peso hanno quindi falsamente pubblicizzato la dieta, il cibo o le abitudini alimentari come colpevoli dell'aumento di peso, contribuendo al pregiudizio e allo stigma delle persone affette da obesità. Quindi, è necessario un cambiamento di paradigma in tutti gli aspetti della ricerca sulla nutrizione, nelle politiche, nell'educazione e nella promozione della salute per sostenere le persone di tutti i pesi, le forme e le dimensioni del corpo a mangiare bene senza giudizi, critiche o pregiudizi sul cibo e sui comportamenti alimentari.

L'obesità è sempre stata definita utilizzando un indice di massa corporea (BMI) ≥ 30 kg/m². Sebbene l'aumento del grasso corporeo possa avere implicazioni importanti per la salute e il benessere, la presenza di questo non implica necessariamente o predice in modo affidabile uno stato di cattiva salute. Per questo, le linee guida canadesi, per la pratica clinica dell'obesità nell'adulto, definiscono l'obesità come "una malattia cronica complessa in cui il grasso corporeo anormale o in eccesso compromette la salute, aumenta il rischio di complicazioni mediche a lungo termine e riduce la durata della vita".⁽²³⁾ Quindi, una diagnosi di obesità nella pratica clinica richiede una valutazione completa, per attenuare i pregiudizi involontari sul peso o lo stigma che possono esistere se si utilizza il solo il peso o il BMI. Per quanto riguarda gli interventi nutrizionali tradizionali per l'obesità, questi si sono sempre concentrati su strategie che promuovono la perdita di peso attraverso la restrizione dietetica. Invece, gli obiettivi degli interventi nutrizionali dovrebbero essere: la salute del paziente, la riduzione del rischio di patologie croniche, il miglioramento della qualità della vita e non solamente la perdita di peso corporeo. Il termine "intervento nutrizionale" viene utilizzato al posto di "dieta" per riferirsi ad approcci basati sull'evidenza per migliorare i risultati di salute, invece di ideali di perdita di peso spesso associati al termine "dieta".

Una sana alimentazione è importante per la salute e il benessere di tutti, a prescindere dal peso, dalla corporatura o dallo stato di salute. Nel contesto della gestione dell'obesità, l'approccio nutrizionale migliore è quello che un individuo può mantenere a lungo termine per ottenere risultati legati alla salute e/o al peso.⁽²⁵⁾

Gli interventi nutrizionali dovrebbero focalizzarsi su modelli alimentari personalizzati, dovrebbero garantire un rapporto positivo con il cibo e puntare su una buona qualità degli alimenti. Inoltre, dovrebbero essere adattati ai valori, abitudini e preferenze dei pazienti per ottenere un approccio dietetico che sia sano, efficiente, adeguato dal punto di vista nutrizionale, culturalmente accettabile per il paziente e che garantisca un'aderenza a lungo termine. Per questo motivo, alcune persone possono preferire un approccio basato sui macronutrienti (che consiste in un'assunzione alta/moderata/bassa di carboidrati, proteine e/o grassi), restrizione calorica, food-based o non-dieting.

La restrizione calorica può ottenere buoni risultati a breve termine (<12 mesi) per quanto riguarda la perdita di peso, ma non sembra essere sostenibile a lungo termine (>12 mesi).⁽²⁶⁾ Infatti, la restrizione calorica potrebbe influenzare vie neurobiologiche che controllano l'appetito, la voglia di cibo e la regolazione del peso corporeo e quindi determinare un aumento dell'introito calorico e del peso.⁽²⁷⁾ Inoltre, la restrizione calorica, se non ben

bilanciata può anche risultare carente in micronutrienti e determinare malnutrizione. Per questo, è importante includere anche una valutazione valori biochimici per introdurre in caso di necessità degli integratori di vitamine e minerali.⁽²⁸⁾

Per quanto riguarda gli approcci non dietetici, questi comprendono un insieme di concetti descritti in letteratura che offrono agli operatori sanitari alternative agli interventi mirati alla perdita di peso.⁽²⁹⁾ Questi approcci spesso rifiutano le pratiche di dieta rivolte alla perdita di peso e utilizzano tipicamente concetti di mindfulness in risposta alla fame interna, alla sazietà, alle voglie e all'appetito invece che alla restrizione calorica o al contenimento cognitivo. I componenti di un approccio non dietetico possono includere i seguenti concetti: peso neutrale, peso inclusivo, mindful eating, interventi basati sulla mindfulness, accettazione della taglia o del corpo.

Gli interventi basati sulla mindfulness che mirano all'autoconsapevolezza, in particolare della fame, della sazietà e della soddisfazione del gusto, si sono dimostrati efficaci nella gestione delle abbuffate e nei disturbi alimentari influenzando positivamente i comportamenti alimentari e la perdita di peso. In generale, gli interventi che si concentrano su esiti diversi dalla perdita di peso hanno un impatto minore sulla stigmatizzazione del peso; migliorano la qualità della vita e la percezione corporea; danno buoni risultati dal punto di vista cardiovascolare e sul peso corporeo; implementano l'attività fisica; riducono la restrizione cognitiva e migliorano i comportamenti alimentari. Inoltre, includere pratiche di mindful-eating può aiutare i pazienti con food-craving, che utilizzo il cibo come compenso e migliora le sensazioni di fame e sazietà.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

EMOTIONAL EATING

Sebbene i programmi tipici di gestione del peso si siano dimostrati efficaci nel promuovere la perdita di peso attraverso la restrizione calorica e la promozione dell'attività fisica, è stato dimostrato che i partecipanti a tali programmi riprendono più dell'80% del peso perso entro 5 anni. Questo ciclo del peso è stato associato a fattori comportamentali come l'alimentazione emotiva: un comportamento che generalmente non viene affrontato nei programmi convenzionali di perdita di peso.⁽³²⁾

DEFINIZIONE

L'alimentazione emotiva è definita come la "propensione a mangiare in risposta a emozioni positive e negative" piuttosto che a stimoli biologici innati. Sebbene il termine si riferisca spesso all'alimentazione come mezzo per far fronte a emozioni negative, include anche quella per emozioni positive, come mangiare per migliorare un umore già buono; in quanto in queste situazioni le emozioni continuano a guidare l'alimentazione.

L'emotional eating può quindi essere definito come un vero e proprio meccanismo di coping, utilizzato per sopprimere, in generale, pensieri ed emozioni negativi. Infatti, il consumo di "comfort food" fornisce un sollievo temporaneo dagli stati emotivi negativi, probabilmente grazie ai loro effetti sul sistema di ricompensa del cervello. Questo rinforzo negativo contribuisce all'apprendimento emotivo: lo stress e le emozioni negative vengono associati agli effetti gratificanti del consumo di comfort food e, con la ripetizione, questa risposta diventa abituale. Tuttavia, evitare o sopprimere le emozioni può sollevare lo stato d'animo a breve termine mentre, a lungo termine, rende il soggetto progressivamente sempre meno in grado di autoregolarsi emotivamente e di tollerare gli stati d'animo negativi, determinando un aumento del disagio emotivo e intensi sensi di colpa ⁽³³⁾

PREVALENZA

È stato riscontrato che più della metà dei soggetti affetti da obesità presenta caratteristiche di alimentazione emotiva e comportamenti alimentari disfunzionali come l'abbuffata e l'alimentazione disinibita/non controllata.⁽³⁴⁾ Infatti, coloro che utilizzano l'alimentazione come strategia di coping hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare Binge Eating. Questi comportamenti alimentari disfunzionali sono stati a loro volta associati alla depressione, all'aumento di peso, al fallimento della perdita di peso e alla ripresa del peso; la letteratura scientifica riporta che gli emotional eaters hanno la metà delle probabilità di

una perdita di peso del 10% (come previsto dal trattamento comportamentale standard per la perdita di peso), rispetto a chi non mangia emotivamente. Inoltre, dato che gli emotional eaters, sono particolarmente propensi a consumare cibi ad alto contenuto di grassi, zuccheri e calorie in risposta a emozioni negative, hanno un rischio maggiore di sviluppare diabete e malattie cardiovascolari. ⁽³⁵⁾

Quindi, è importante studiare l'emotional eating per via dei suoi effetti sulla salute degli individui e sugli interventi per la perdita di peso. Infatti, le forme di intervento tradizionali, come i programmi comportamentali per la perdita di peso, hanno mostrato scarsa efficacia nel ridurre l'alimentazione emotiva e la disinibizione interna. Questo, probabilmente perché non affrontano le sfide della perdita di peso specifiche di chi mangia emotivamente, ovvero l'utilizzo del cibo per la regolazione delle emozioni. ⁽³⁶⁾

STRUMENTI DI VALUTAZIONE EMOTIONAL EATING

Tra gli strumenti più comuni utilizzati per misurare l'alimentazione emotiva vi sono:

- Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ)

È un questionario formato da 18 item suddivisi in 3 sottoscale: restrizione cognitiva, alimentazione incontrollata/disinibizione e fame. ⁽³⁷⁾

- Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)

È un questionario self-report di 33 item che valuta diversi aspetti del comportamento alimentare su tre sottoscale: alimentazione controllata, alimentazione emotiva e alimentazione esterna.

Il DEBQ si concentra quindi sull'alimentazione in risposta a emozioni negative, ma non positive, come stress, ansia e depressione. Nei contesti di ricerca generalmente si utilizza un punteggio di cut off pari a 3,25 per definire gli emotional eaters. ⁽³⁸⁾

- Emotional Eating Scale (EES)

È un questionario che chiede ai partecipanti di identificare la misura in cui 25 emozioni stimolano il desiderio di mangiare, da nessun desiderio (1) a un impulso irrefrenabile (5). Le emozioni elencate includono irritazione, rabbia, preoccupazione, disagio, tristezza, impotenza e altre. I punteggi degli item sono raggruppati in tre sottoscale di alimentazione emotiva: rabbia/frustrazione, ansia e depressione. ⁽³⁹⁾

INTERVENTI PER EMOTIONAL EATERS

Sebbene non esista una definizione specifica di cosa costituisca un "intervento per l'alimentazione emotiva", si è visto che alcuni interventi per la perdita di peso possono avere

effetti positivi sulla regolazione emotiva. Tra questi abbiamo: l'attività fisica, gli interventi basati sulla Mindfulness (MBI), l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), la Cognitive Behaviour Therapy (CBT) e la Dialectical Behaviour Therapy (DBT).⁽³⁶⁾

Complessivamente, i risultati suggeriscono che interventi come il CBT, la dieta, l'esercizio fisico e la mindfulness potrebbero portare a una perdita di peso significativa, ma solo dopo 1 anno dall'intervento. ⁽⁴⁰⁾⁽³²⁾ Questo ritardo potrebbe essere dovuto al tempo necessario per affinare le abilità di autoregolazione attraverso la pratica, affinché la perdita di peso sia significativa. Questo aspetto è supportato da studi precedenti in cui l'autoregolazione è risultata essere un mediatore della relazione tra umore, stress e alimentazione emotiva.

In particolare, gli interventi puramente basati sulla mindfulness hanno mostrato una maggiore efficacia rispetto alla combinazione di CBT e mindfulness, CBT e dieta e/o esercizio fisico. ⁽⁴¹⁾ ⁽³⁷⁾

MINDFUL EATING E INTERVENTI BASATI SULLA MINDFULNESS

Dato che i metodi tradizionali utilizzati per contrastare l'eccesso di peso corporeo e promuoverne una sana regolazione sono solamente parzialmente efficaci, e che l'obesità continua a comportare costi elevati a livello individuale, nazionale e globale, è necessario valutare gli approcci emergenti e alternativi al fine di determinare strategie maggiormente adeguate per affrontare questa sfida di salute pubblica.

Dal momento che anche i fattori psicologici contribuiscono all'incremento ponderale, negli ultimi anni è aumentato l'interesse verso la mindfulness e altri trattamenti basati su questa -come il *mindful eating* - per la gestione delle abitudini alimentari e il controllo del peso corporeo.

MINDFULNESS

La mindfulness ha le sue origini negli insegnamenti buddisti, ma il suo utilizzo come terapia o intervento può essere fatto risalire alla fine degli anni '70 quando Kabat-Zinn sviluppò un programma chiamato Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), per aiutare le persone a far fronte a malattie fisiche e stress.⁽⁴³⁾ Due decenni dopo, Williams e colleghi hanno adattato questo programma in una terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT) per la depressione e l'ansia, un trattamento ancora oggi raccomandato dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Regno Unito. Da allora, la mindfulness è stata applicata sempre più spesso a contesti terapeutici e laici, al punto che il termine è entrato a far parte del nostro linguaggio quotidiano.⁽⁴⁴⁾

Dare una definizione della mindfulness è difficile, perché è vista più come un processo che come un costrutto unitario. È stata definita come "la consapevolezza che emerge prestando attenzione in modo mirato, nel momento presente e senza giudizio, al dispiegarsi dell'esperienza momento per momento".⁽⁴⁵⁾ È quindi caratterizzata da tre punti principali:

- 1) La consapevolezza del momento presente
- 2) L'accettazione
- 3) Il decentramento

Come illustrato nella Figura 2, queste tre componenti possono essere viste come una costruzione reciproca. Ad esempio, è possibile utilizzare la consapevolezza del momento presente senza accettazione o decentramento, ma l'inverso sarebbe difficile, poiché non si può accettare o decentrarsi dall'esperienza se non se ne è consapevoli.

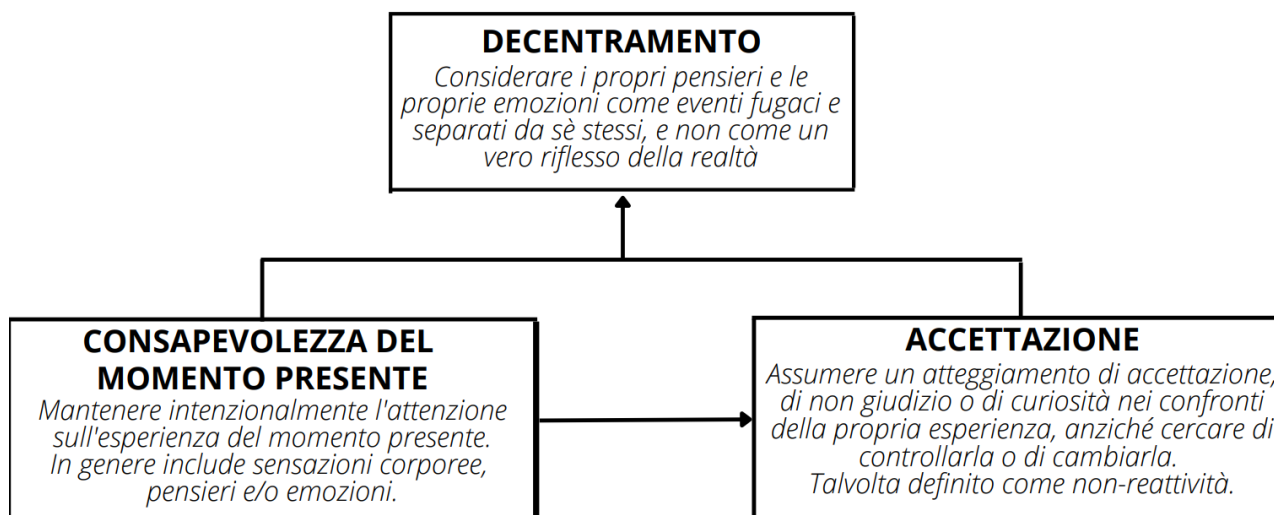


FIGURA 2: Le componenti della mindfulness (traduzione S. Medri, M.L. Petroni (K. Taylor, 2022). ⁽⁴⁶⁾

Quindi, a differenza delle strategie cognitive che si basano su processi neurali per alterare l'elaborazione cognitiva, la mindfulness la limita e, sostiene rappresentazioni più basate sui sensi e l'accettazione di pensieri ed emozioni negative. Inoltre, riduce la valutazione soggettiva e autoreferenziale e, si ritiene che eserciti i suoi effetti attraverso diverse componenti, tra cui: la regolazione dell'attenzione, la consapevolezza viscerosomatica, la regolazione delle emozioni e l'autopercezione, che insieme migliorano l'autoregolazione. Infatti, uno degli obiettivi principali della mindfulness è quello di ridurre lo stato di "pilota automatico", ovvero i momenti in cui si è inconsapevoli dei singoli momenti della vita. La riduzione del tempo trascorso con il "pilota automatico", aumenta la consapevolezza dei segnali fisici interni che possono ottimizzare la salute, attraverso un maggiore controllo sullo stile di vita. ⁽⁴⁷⁾

INTERVENTI BASATI SULLA MINDFULNESS (MBI)

L'uso secolare del termine "mindfulness" si è discostato dalle sue origini buddiste dove la mindfulness era finalizzata all'esplorazione spirituale; ora nei contesti laici l'obiettivo della mindfulness è il trattamento di un problema particolare. Infatti, mentre gli insegnamenti buddisti affermano che i diversi aspetti della mindfulness non possano essere facilmente estratti e utilizzati in modo isolato, nella comunità scientifica questo viene fatto. Inoltre, nella pratica laica, in genere vengono fatti brevi esercizi basati sulla meditazione mindfulness durante la giornata piuttosto che in lunghi periodi di pratica di meditazione formale. ⁽⁴⁶⁾

Dato che nell'utilizzo attuale della mindfulness vengono estratti diversi aspetti per essere utilizzati in modo isolato, bisogna fare attenzione a limitare le conclusioni delle ricerche scientifiche alle pratiche studiate, piuttosto che estenderle alla mindfulness in generale. ⁽⁴⁸⁾

Gli MBI hanno in comune l'insegnamento formale delle pratiche di meditazione mindfulness, l'incoraggiamento esplicito a sviluppare una pratica quotidiana e il requisito che gli insegnanti abbiano una formazione formale approfondita sulla mindfulness e sulla loro pratica quotidiana. ⁽⁴⁸⁾

Il Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) è stato il primo intervento creato basato sulla mindfulness. Si tratta di un intervento multicomponente che fornisce un addestramento sistematico alle pratiche formali di meditazione e all'applicazione informale della mindfulness nella vita quotidiana, include anche stretching dolce e yoga consapevole, e la psicoeducazione sugli effetti dello stress sulla salute. Se inizialmente veniva utilizzato per far fronte allo stress e alle malattie fisiche, ultimamente sono stati sviluppati degli adattamenti dell'MBSR per una varietà di condizioni, come la prevenzione delle ricadute della depressione ricorrente e delle dipendenze. ⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁴⁷⁾

MBIs E ALIMENTAZIONE

La mindfulness è stata applicata anche all'alimentazione attraverso interventi Mindfulness-Based (MBI) multicomponente progettati per la gestione dei disturbi alimentari o dell'obesità. Questi tipi di interventi includono tipicamente esercizi basati sulla mindfulness insieme ad altre strategie cognitive e/o comportamentali. Possono includere anche componenti educative e spesso comprendono una serie di workshop di gruppo integrati da "compiti a casa". Tuttavia, possono anche essere erogati a livello individuale e, più recentemente, attraverso mezzi digitali come le app per smartphone.

Alcuni di questi interventi sono maggiormente incentrati sulla mindfulness, come l'MBSR e il Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT), mentre altri includono in maggior misura contenuti non legati alla mindfulness, come l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e la Dialectical Behaviour Therapy (DBT). ⁽⁴⁶⁾

MINDFUL EATING

Il mindful eating è essenzialmente l'applicazione della mindfulness a pensieri, emozioni, sensazioni corporee e comportamenti legati all'alimentazione. Con l'alimentazione consapevole non c'è impulsività, né distrazioni o automaticità e, neanche un'interferenza data dalle emozioni, ma solamente un attento atto di mangiare. In particolare, il mindful eating consiste nello scegliere consciamente cosa mangiare, nello sviluppo di una consapevolezza fisica e psicologica della fame e della sazietà e dell'alimentarsi in base a questi stimoli. ⁽²⁹⁾

Come per la mindfulness, i cardini fondamentali del mindful eating sono: consapevolezza del momento presente, accettazione e decentramento.

La consapevolezza del momento presente è indirizzata:

- Alle proprietà sensoriali del cibo: cioè porre attenzione a come il cibo appare, all'odore, al gusto, alla sua texture e temperatura;
- Alle sensazioni fisiche interiori: cioè porre attenzione alla fame e alla sazietà ma anche a come variano le nostre sensazioni corporee in base al cibo che mangiamo (ad esempio la stanchezza dopo un pasto abbondante)
- A ciò che ci porta a mangiare: cioè notare ciò che ci spinge a mangiare o che suscita in noi la sensazione di fame o di desiderio (ad esempio uno stato d'animo).

Quando si parla di accettazione si fa riferimento:

- All'accettazione delle "voglie"/desideri: ossia adottare un atteggiamento non giudicante nei confronti di questi. Le cause di questi desideri possono essere interne come uno stato d'animo basso o un pensiero particolare.
- All'accettazione e/o decentramento dei pensieri legati al cibo: ossia adottare un atteggiamento non giudicante nei confronti di questi. Piuttosto si chiede di osservarli ed esplorarli piuttosto che cercare di alleviarli o controllarli.

Quando si parla di decentramento si fa riferimento anche al "decentramento dalle voglie", cioè vederle come pensieri transitori separati da noi stessi. ⁽⁴⁶⁾

Il mindful eating può essere considerato come approccio per affrontare i comportamenti alimentari non salutari e la regolazione del peso, in quanto prende in considerazione le risposte ai segnali interni ed esterni con lo scopo di ridurre "il pilota automatico". Al contrario, infatti, prendere decisioni alimentari con il pilota automatico contribuisce alla sovralimentazione e all'aumento dell'apporto calorico in quanto comporta una significativa sottostima e/o assenza di monitoraggio di quanto si è mangiato.

ALIMENTAZIONE INTUITIVA

Sebbene i termini mindful eating e intuitive eating siano talvolta usati in modo intercambiabile, esistono differenze significative. Infatti, pur essendo simili e complementari, l'alimentazione intuitiva non include la pratica della meditazione e incoraggia l'accettazione del peso a qualsiasi dimensione, senza concentrarsi sulla perdita di peso. Altri cardini dell'intuitive eating sono il rifiuto delle "diete" e la non suddivisione degli alimenti in "buoni" o "cattivi".

Nonostante queste differenze, l'alimentazione intuitiva può essere un altro approccio emergente utile per la gestione e del peso. ⁽²⁹⁾

COME MISURARE L'EFFETTO DEGLI MBI

La possibilità di misurare la mindfulness è importante per la ricerca dei suoi effetti. Tuttavia, la misurazione è difficile perché la mindfulness si riferisce a processi interni piuttosto che a comportamenti fisici, quindi non può essere osservata direttamente.

1. MEQ

Sviluppato da Framson et al. (2009), la versione originale del MEQ era formato da 28 item con 5 sottoscale relative a: consapevolezza, distrazione, risposta emotiva, stimoli esterni e disinibizione. Tuttavia, data la sovrapposizione del questionario con altri costrutti (come l'alimentazione emotiva ed esterna), Clementi et al. (2017) hanno eliminato gli item per produrre una versione a 20 item con 2 sottoscale relative a: consapevolezza degli effetti del cibo sul corpo e sui sensi, tendenza a mangiare in risposta alla fame e alla sazietà.

2. MES

Il MES è stato sviluppato per cercare di allinearsi meglio con i sottocomponenti delle misure generiche di mindfulness e per attingere al costrutto di accettazione. Il questionario, composto da 28 item, presenta 6 sottoscale: accettazione, consapevolezza, non reattività, agire con consapevolezza, routine e alimentazione non strutturata.

3. MEBS

Il MEBS è stato sviluppato da Winkens et al. (2018) è formato da 17 item si concentra esclusivamente sulla consapevolezza del momento presente.

4. MEI

Peitz et al. (2021) hanno sviluppato un questionario di 30 item con 7 sotto-scale per incorporare ulteriori sfaccettature del mindful eating relative: alla consapevolezza delle motivazioni alimentari; al senso di interconnessione mentre si mangia.

In conclusione, esiste una sostanziale variazione tra le diverse misure dell'alimentazione consapevole. Pertanto, è importante assicurarsi che la misura selezionata catturi sufficientemente le caratteristiche chiave di interesse.

EFFETTI DEL MINDFUL EATING

Molti studi suggeriscono che gli effetti della mindfulness sull'alimentazione non siano immediati o che tendono a verificarsi in determinati sottogruppi di partecipanti o in contesti

specifici. Perciò, affinché il campo progredisca, c'è la necessità di capire i meccanismi alla base di qualsiasi effetto in quanto ci aiuterebbe a determinare quando è più probabile che le strategie di mindful eating siano utili, cioè, per quali tipi di individui e in quali circostanze. Di seguito sono riportate le diverse teorie e i meccanismi d'azione della mindfulness che sembrano particolarmente rilevanti per i comportamenti alimentari.

1. Incremento dell'autoregolazione

La consapevolezza del momento presente può portare ad un aumento della motivazione interna che a sua volta stimola la persona ad attuare atteggiamenti congruenti al raggiungimento degli obiettivi. Questo, consente al soggetto di regolare il proprio comportamento senza controllo. Questo processo ha varie fasi: dalla presa di coscienza del comportamento incongruente (rispetto all'obiettivo) e delle sue conseguenze, all'osservazione dei risultati del comportamento controllato con sforzo, fino all'esplorazione di nuovi comportamenti autonomamente motivati e dei loro risultati. Questo approccio potrebbe essere più efficace per ridurre l'alimentazione disadattiva e prevenire l'aumento di peso piuttosto che favorire la perdita di peso.

La teoria prevede anche che questo approccio sia più efficace tra coloro che sono altamente motivati a cambiare il proprio comportamento e che sono in grado di impegnarsi in una sostanziale consapevolezza del momento presente per un periodo prolungato. ⁽⁵¹⁾

2. Ridotta reattività affettiva

La consapevolezza del momento presente verso gli stimoli che ci inducono a mangiare (come la fame o la presenza di cibo nell'ambiente) potrebbe portare a un aumento dell'intake in assenza di accettazione e decentramento. Queste due attitudini, infatti, sono fondamentali per modulare l'attenzione verso gli stimoli interni ed esterni e, quindi, riducono la nostra reattività. ⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾

3. Aumento dell'attenzione ai segnali di fame e sazietà

L'enterocezione si riferisce al modo in cui percepiamo, interpretiamo e integriamo i segnali corporei interni: un deficit di questa può riscontrarsi sia ai disturbi alimentari non associati all'obesità che all'obesità. ⁽⁵⁵⁾

Le informazioni enterocettive più direttamente rilevanti, alle quali la mindfulness può migliorare l'attenzione, sono quelle relative alla fame e alla sazietà. L'aumento dell'attenzione verso queste informazioni potrebbero influenzare i comportamenti alimentari. ⁽⁵⁶⁾

Tuttavia, gli effetti potrebbero verificarsi solo tra coloro che hanno una sufficiente capacità di rilevare accuratamente tali segnali; in altre parole, tali strategie potrebbero avere scarso effetto su coloro che presentano deficit nell'accuratezza enterocettiva. Ciò potrebbe includere i soggetti affetti da anoressia e bulimia in quanto, la letteratura suggerisce che questi gruppi possono avere deficit nella percezione della fame e della sazietà.

Gli effetti dell'aumento dell'attenzione enterocettiva dipenderanno anche dal contesto; come detto in precedenza, mentre una maggiore attenzione alla sazietà potrebbe aiutare a prevenire la sovralimentazione, una maggiore attenzione alla fame potrebbe essere controproducente per chi cerca di mantenere un deficit energetico per perdere peso. ⁽⁵⁷⁾

4. Mangiare lentamente

Le ricerche dimostrano che mangiare più lentamente è associato a una minore assunzione di cibo.⁽⁵⁶⁾ Ciò può essere dovuto al fatto che questa pratica aumenta l'esposizione oro-sensoriale del cibo favorendo il rilascio di ormoni intestinali che riducono l'appetito.⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁹⁾

Pertanto, chiedere alle persone di prestare attenzione alle proprietà sensoriali del cibo mentre mangiano potrebbe portare a una riduzione dell'assunzione calorica grazie ad un rallentamento del ritmo di consumo e ad un aumento del senso di sazietà. Se così fosse, questa strategia sarebbe più efficace per chi di norma mangia velocemente e/o in situazioni in cui le persone sono portate a mangiare più rapidamente (ad esempio quando sono affamate, quando mangiano cibi altamente appetibili o quando hanno fretta).

Dato che il mindful eating cerca di aumentare il piacere verso il cibo, esso potrebbe quindi rappresentare uno strumento per promuovere un'alimentazione rallentata.⁽⁶⁰⁾

5. Miglioramento della memoria di lavoro

Con memoria di lavoro ci si riferisce alla capacità del cervello di conservare e manipolare le informazioni per brevi periodi di tempo al fine di svolgere compiti complessi come la comprensione e il ragionamento. È stato dimostrato che la memoria di lavoro è importante sia per la regolazione delle emozioni che per il processo decisionale, ma è compromessa da fattori come lo stress, l'eccitazione emotiva e la privazione del sonno. Diversi studi ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶²⁾ hanno rilevato che la meditazione mindfulness può aiutare a prevenire questo tipo di declino della memoria di lavoro, il che potrebbe influenzare l'alimentazione:

- a) Migliorando il processo decisionale relativo al cibo,
- b) Regolando il desiderio di cibo
- c) Regolando le emozioni in generale.

Tuttavia, i benefici sulla memoria di lavoro sembrano emergere solo dopo un allenamento più intensivo alla meditazione mindfulness; pertanto, la pratica quotidiana della meditazione

mindfulness potrebbe essere più adatta a coloro che soffrono o sono a rischio di disturbi della memoria di lavoro, ma che sono anche in grado di sostenere una pratica di meditazione quotidiana costante.⁽⁶³⁾

6. Riduzione dello stress

Un altro modo in cui la mindfulness potrebbe influenzare indirettamente il comportamento alimentare è la riduzione dello stress e di altri stati d'animo negativi, tra cui l'insoddisfazione corporea. È stato infatti dimostrato che, lo stress aumenta il consumo di cibi non salutari, mentre l'insoddisfazione corporea è un fattore di rischio verso i disturbi alimentari.⁽⁶⁴⁾

Le strategie e gli interventi basati sulla mindfulness possono promuovere il benessere, ridurre lo stress e l'insoddisfazione corporea. Ovviamente queste strategie sono più adatte a coloro che sono stati identificati come soggetti più a rischio di sovralimentazione in risposta a queste emozioni.⁽⁶⁵⁾⁽⁵¹⁾⁽⁶⁶⁾

In conclusione, è evidente che esiste un'ampia gamma di processi diversi attraverso i quali la mindfulness potrebbe influenzare i comportamenti alimentari. Stabilire i modi in cui la mindfulness influenza l'alimentazione dovrebbe essere un obiettivo chiave per la ricerca futura, poiché diversi meccanismi hanno implicazioni diverse per il modo in cui potremmo sviluppare e adattare gli interventi di mindful eating. In particolare, alcune pratiche potrebbero essere più adatte ad affrontare il problema dell'alimentazione disadattiva e della sovralimentazione piuttosto che a favorire la perdita di peso.⁽⁴⁶⁾

MINDFUL EATING NELLA PRATICA

Studiando la letteratura degli interventi basati sulla mindfulness, in particolare sul mindful eating è evidente una discrepanza nei risultati: sebbene gli interventi basati sul mindful eating abbiano dimostrato effetti positivi significativi sul peso e sui comportamenti alimentari (ad esempio Smith et al. 2018)⁽⁶⁷⁾, altri non lo hanno fatto.⁽⁶⁸⁾ Questo può essere il risultato della mancata standardizzazione nel campo dell'alimentazione consapevole e quindi di un alto livello di eterogeneità nei tipi di pratiche utilizzate. Infatti, mentre alcune ricerche promuovono l'alimentazione consapevole attraverso pratiche formali come la meditazione⁽⁶⁹⁾, altri lo fanno attraverso pratiche informali che si rivolgono a specifici processi legati all'alimentazione, come il "food-craving".⁽⁷⁰⁾

Quindi, per iniziare a standardizzare il campo, è essenziale che i ricercatori inizino a identificare le pratiche di mindful eating congruenti con le concettualizzazioni generali della

mindfulness per valutarne gli effetti specifici sulla salute. Infatti, la mindfulness si basa su due elementi principali:

- L'attenzione: la capacità di portare la consapevolezza del presente a tutti i pensieri, le emozioni e le sensazioni fisiche che accompagnano le esperienze legate all'alimentazione;
- L'atteggiamento: la capacità dell'individuo di assumere un atteggiamento non giudicante nei confronti delle proprie esperienze alimentari e di rispondere a queste con accettazione e atteggiamento non giudicante.

Questi due elementi o sfaccettature sono descritti come la “cosa” e il “come” della mindfulness e si presume che svolgano un ruolo nella gestione efficace del peso e nella regolazione dell'alimentazione. Le pratiche basate sul mindful eating devono quindi aiutare un individuo a imparare a portare l'attenzione focalizzata sul presente alle proprie esperienze legate al cibo, coltivando al contempo una consapevolezza non giudicante e non valutativa dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni fisiche evocate da queste esperienze legate al cibo.

A. MINDFULNESS FORMALE

La mindfulness formale, o pratica di meditazione, può essere descritta come l'approccio contemplativo tradizionale alla coltivazione della mindfulness. Questa forma di allenamento viene praticata in momenti specifici durante la settimana.

Durante le pratiche formali, i partecipanti sono incoraggiati a focalizzare la loro attenzione sulle esperienze del momento (ad esempio, il respiro) e a notare quando la mente vaga. Quando ciò accade, sono incoraggiati a guidare delicatamente la loro attenzione verso il momento presente, utilizzando un atteggiamento curioso e di accettazione non-giudicante. Sono stati osservati tre tipi di approcci negli studi che includevano la pratica formale:

- 1) Meditazioni incentrate sul respiro: i partecipanti sono incoraggiati a praticare i principi fondamentali, cioè a notare quando la mente vaga e riportarla delicatamente al respiro.
- 2) Meditazioni incentrate sul corpo (body-scan meditation): i partecipanti sono incoraggiati a portare la consapevolezza alle esperienze sensoriali del proprio corpo in modo non giudicante.
- 3) Meditazioni orientate all'autocompassione: i partecipanti sono stati incoraggiati ad aumentare la loro capacità di perdono, auto-accettazione e gentilezza, verso sé stessi e gli altri.

Tutti e tre gli approcci sono conformi alle concettualizzazioni generali della mindfulness perché combinano insieme sia gli elementi di consapevolezza che di elementi di atteggiamento.

B. MINDFULNESS INFORMALE

La pratica informale della mindfulness può essere intesa come un approccio contemplativo non tradizionale per sviluppare la consapevolezza. A differenza della pratica di meditazione formale, le pratiche informali sono integrate nelle attività quotidiane, come mangiare o pulire i piatti.

Negli studi inclusi sono stati identificati quattro tipi diversi di pratiche informali che possono essere suddivise in quattro grandi categorie:

- 1) Consapevolezza verso le proprietà sensoriali del cibo: i partecipanti sono incoraggiati a prestare attenzione al gusto, alla consistenza e all'odore del cibo.
- 2) Consapevolezza dei segnali omeostatici di fame e sazietà: i partecipanti sono incoraggiati a portare consapevolezza di questi segnali e a mangiare in base alle proprie esigenze fisiologiche;
- 3) Consapevolezza dei fattori scatenanti di consumo di cibo: i partecipanti sono incoraggiati a sviluppare una maggiore consapevolezza degli stati interni (ad esempio emozioni, pensieri) ed esterni (ad esempio esperienze sociali e ambientali) che spingono a mangiare in modo incontrollato;
- 4) L'atteggiamento: i partecipanti sono incoraggiati a sviluppare una maggiore accettazione e curiosità non giudicante nei confronti delle esperienze legate al cibo.

Quindi, le prime 3 categorie si sono concentrate sul cosa (attenzione) della mindfulness, mentre l'ultima si è concentrata sul come (atteggiamento).

Più della metà degli studi inclusi (68,4%) ha utilizzato esercizi informali che hanno incoraggiato una maggiore consapevolezza delle proprietà sensoriali del cibo e dei segnali omeostatici della fame. Gli esercizi meno utilizzati sono stati quelli orientati all'atteggiamento. Ai partecipanti non è stato chiesto solo di dirigere la loro attenzione sulle esperienze legate al cibo, ma sono stati anche incoraggiati a relazionarsi con queste esperienze in modo aperto, curioso e non giudicante. ⁽⁷¹⁾

TABELLA 1: Descrizione e risultati di studi recenti di programmi basati sul Mindful Eating (Carrière et. al 2022)⁽⁷¹⁾

Study	Participant type (N)	Age (% female)	Tx group (n)	C group (n)	Tx length (Tx session)	Tx hrs	% Att	Outcome measures (MM)	Significant Tx results [MMresults]
Jafari 2020	Overweight and obese undergraduate women who binge eat (24)	n/a (100.0)	ME-App (24)	-	4 wks (every day; self-paced)	0.24	8	BW, EDE-QI, BES, IES-2, DRS, TPB, CQ, Frequency of App Usage (CAMS-BMI)	(-) EDE-QI (-) BES (+) IES-2 (-) DRS
Kristeller and Hallett 1999	Obese women (21)	46.5 (100.0)	MBEAT (21)	-	6 wks (6)	15	14.3	BES, BDI, BAI, BW, BMI (time spent meditating)	(-) BES (-) BDI (-) BAI Binges decreased in frequency, from 4.02/week to 1.57/week ($p < .001$), and in severity
Manziros and Wilson 2014 (study #2)	Overweight students (136)	21.1 (58.3)	CC (27)	AC (34)	5 wks (1)	-	47.1	CBA, SC, ATQ, BW; (MAAS)	(-) BW (+) SC (-) ATQ (-) CBA [(+) MAAS]
Mason et al. 2018	Overweight and obese adult women (104)	46.1 (100.0)	ME (104)	-	4 wks (every day; self-paced)	2.3-4.7	25	BMI, EMA, FCQ, RBED, PEM, IE, self-report overeating behavior	(-) FCQ (-) Self-report overeating behavior
Schnepper et al. 2019	Overweight and obese adults (46)	35.5 (73.9)	ME (23)	WLC (23)	8 wks (4)	-	6.5	BMI, DEBQ, FCQ, InES	(-) BMI (-) FCQ (-) DEBQ (+) InES
Simonsen et al. 2020	Overweight and obese adults (24)	24 (50.0)	MIND (8)	EAT (8) SLOW (8)	1 wk (2 lab visits)	-	0	EI, SWF, PANAS, TFEQ; (MEQ)	No sig. changes
Smith et al. 2018	Obese post-menopausal women (40)	58.5 (100.0)	MEAL (20)	SC (20)	6 wks (6)	12	10	BW, BMI, WHR, IL-6, CRP, BES, BFI, PWBS, PANAS, BRS; (KIMS)	(-) BW (-) BMI (-) WHR (-) BES (-) IL6 (-) CRP
Sites et al. 2015	Overweight or obese adults (31)	44.9 (88.5)	ME (10)	WLC (16)	4 wks (1)	1.5	16.1	BW, blood glucose/cholesterol test, kilocalories and grams of fat in meals purchased, type and frequency of lunch purchases; (MEQ- shortened to 10 items)	(-) In calories and fat per lunch [(+) MEQ]
Wnuk et al. 2018	Bariatric patients (28)	55.4 (100.0)	MBEAT (28)	-	8 wks (8)	16	21.4	BMI, PHQ-9, GAD-7, BES, EES, DERS, program satisfaction, amount of days/week, minutes/day of mindfulness (FFMQ)	(-) PHQ-9 (+) DERS

TABELLA 2: I programmi di mindful eating nella pratica (Carrière et. al 2022) ⁽⁷¹⁾

Authors	Formal mindfulness			Informal Mindfulness			Non-specific mindful eating exercises	Collective meal	Homework
	Body focused meditations	Breath-focused meditations	Compassion-focused meditations	Attitude	Awareness of sensory properties of food	Awareness of hunger and satiety cues			
Jafari 2020				✓	✓	✓	✓		
Kristeller and Hallett 1999		✓	✓			✓	✓		✓
Mantzios and Wilson 2014				✓		✓			✓
Mason et al. 2018	✓		✓	✓		✓			
Schnepper et al. 2019	✓	✓		✓					✓
Simonson et al. 2020				✓		✓	✓		
Smith et al. 2018	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Stites et al. 2015				✓	✓	✓	✓		
Wnuk et al. 2018	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

CORSO MINDFUL EATING

Viste le evidenze scientifiche sugli effetti benefici del mindful eating nella gestione dell'obesità e dell'alimentazione emotiva, la SSD Nutrizione Clinica e Metabolismo (direttore Prof. L. Pironi) dell'Ospedale Sant'Orsola ha progettato e svolto un corso sul mindful eating per migliorare la consapevolezza dei pazienti rispetto ai propri comportamenti alimentari.

SELEZIONE DEI PAZIENTI

Il corso è stato proposto a 12 pazienti seguiti dalla SSD. Le pazienti, in questo caso tutte donne, sono state selezionate sulla base:

- Del loro colloquio clinico: in cui erano stati riportati episodi di emotional eating
- Del punteggio alla BES: non soddisfaceva i criteri del BED, cioè si tratta di pazienti che non hanno un disturbo alimentare franco, ma era comunque un punteggio patologico ma sottosoglia per diagnosi di BED (17-27)

Inoltre, queste pazienti avevano già partecipato a corsi di educazione alimentare svolti dalla struttura e quindi, avevano già alcune competenze alimentari di base.

Di 12 pazienti però, solo in 9 hanno iniziato il corso e, solo in 8 l'hanno concluso.

L'età media delle pazienti era 62 anni (range: 51-71) con BMI associato, nella maggior parte dei casi, ad obesità. (BMI medio = 34 kg/m², range: 29-43kg/m²)

GLI INCONTRI

Gli incontri sono stati 8, svolti in un'aula virtuale attraverso l'applicazione Microsoft Teams. Alle pazienti era richiesto di partecipare con la videocamera accesa e di collocarsi in una stanza in cui potessero essere da sole, senza fonti di distrazione o di disturbo. Gli incontri, svolti da due psicologhe, avevano una durata di due ore con cadenza settimanale e sono stati svolti da aprile a giugno. Ogni appuntamento era guidato da un tema e suddiviso in una prima parte teorica e una seconda parte pratica di meditazione mindful.

Prima dell'inizio del corso è stata inviata una lettera motivazionale, alle pazienti selezionate, per spiegare: gli obiettivi del corso, l'importanza di una partecipazione attiva, cosa fossero gli esercizi esperienziali (meditazione) e l'importanza dello svolgimento degli esercizi per casa. Questo, è stato fondamentale per attuare un'ulteriore scrematura e far partecipare al corso solo chi fosse realmente interessato,

PRIMO INCONTRO

TEMA: mindfulness e utilità del mindful eating

Nel primo incontro si è partiti innanzitutto con un giro di presentazioni iniziali per rompere il ghiaccio: alle pazienti è stato chiesto di descriversi attraverso tre aggettivi positivi e di condividere con le altre quelle che erano le loro aspettative sul corso.

Di seguito, è stato fatto un discorso introduttivo su:

- Che cos'è il mindful eating
- Qual è l'utilità del mindful eating
- Come può essere applicato il mindful eating nella vita quotidiana
- Quali sono i benefici del mindful eating

La lezione è proseguita con la spiegazione di quello che influisce le nostre scelte alimentari, cioè: emozioni, pensieri, mass media, abitudini. Sottolineando che utilizzare il cibo in modo disfunzionale, in alcuni casi, vuol dire usarlo in modo consolatorio per modulare emozioni negative (tristezza, rabbia, ansia, etc). Il cibo, così facendo, perde la funzione di nutrimento e diventa sempre più un modo per gratificarci ed alleviare le nostre sofferenze.

In seguito a questa parte di lezione è stato chiesto un confronto alle pazienti per capire se si rispecchiassero nelle situazioni disfunzionali prima descritte.

La lezione si è conclusa con l'esercizio dell'uvetta, una prima introduzione alla meditazione mindfulness il cui scopo è quello di mettere in evidenza la presenza del "pilota automatico" durante l'atto del mangiare. A cui sono state poi allegate delle informazioni per praticare al meglio la meditazione.

Al termine di ogni lezione vengono assegnati i "compiti a casa". Si sottolinea l'importanza di svolgere i compiti assegnati per trarre maggior giovamento dal corso. Inoltre, si è chiesto di compilare il "Mindfulness test" e di fare un pasto (colazione) in modo consapevole.

Mindfulness test

Quando hai difficoltà ad essere consapevole, hai anche difficoltà a mangiare in modo consapevole. Di seguito trovi alcuni stati in cui normalmente le persone agiscono. Metti una X accanto agli items che sembrano appartenerti.

	Ci sono volte in cui non sono veramente attento a quello che sto provando o facendo. Mi sento un robot mentre mi muovo
	Trovo difficile accettare me stesso e le cose che mi circondano, così come sono. A volte spero che le cose siano diverse
	A volte faccio degli errori perché non presto attenzione a quello che sto facendo
	Spesso evito le cose che mi provocano dolore, oppure procrastino in modo da non avere niente a che fare con ciò che mi infastidisce
	A volte sono così preso dai miei pensieri che mi isolo anche se sto in mezzo ad altre persone
	Quando sono per strada, non noto le cose che mi circondano, cammino senza guardare
	A volte guido la macchina o il motorino senza realmente sapere dove sto andando
	Non ascolto veramente quello che gli altri mi dicono, oppure trovo molto difficile ascoltare gli altri per molto tempo
	Spesso stilo mentalmente una lunga lista di cose da fare in momenti inopportuni come a lavoro, al cinema, ecc.
	Non ricordo mai i nomi delle persone nuove con cui entro in contatto
	Mi annoio nelle attività quotidiane
	A volte guido o agisco in modo automatico
	Penso molto al futuro e spesso il risultato è che non mi godo il momento presente
	Spesso non ricordo se ho fatto o meno una cosa (tipo prendere le chiavi, il cellulare, spegnere la tv)
	Spesso penso: "Ok, e ora? Passiamo al prossimo compito!"
	Penso che sarò felice quando avrò raggiunto tutti i miei obiettivi; trovo molto difficile vedere quello che ho già fatto

Tratto da Susan Albers, 2013

SECONDO INCONTRO

Tema: Mindful eating, che cosa significa mangiare con consapevolezza?

All'inizio della lezione ci si confronta su com'è andata la settimana, sul Mindfulness Test e sul pasto consapevole. In seguito, viene svolta la parte teorica della lezione:

-Cosa significa mangiare con consapevolezza, quindi con attenzione e intenzione.

-Intervento di educazione alimentare svolto da una dietista in cui è stato spiegato perché mangiare con intenzione è importante, e che significa:

- Prendersi del tempo per scegliere il cibo;
- Consumare 5 pasti al giorno;
- Saper comporre dei pasti equilibrato (piatto di Harvard)
- Prendersi del tempo per cucinare e fare la spesa in modo consapevole.

-Perché mangiare con attenzione è importante, e che significa:

- Entrare in sintonia con i colori, gli odori, i sapori, i suoni, la temperatura e la consistenza del cibo;
- Mangiare lentamente ascoltando i segnali del corpo che indicano i livelli di fame e sazietà;
- Mangiare facendo solo quello, riducendo al minimo tutte le distrazioni esterne;

-Elenco di una serie di comportamenti che possono aiutare a sviluppare un atteggiamento più consapevole nei confronti del cibo, dando maggiore dignità al nostro pasto, come:

- Apparecchiare sempre la tavola, anche si consuma solo uno spuntino e/o da soli;
- Prima di mangiare allontanare ogni fonte di distrazione (tv; cellulare; giornale, PC) ed evitare di compiere altre azioni mentre si mangia (ad esempio lavorare, leggere le mail, rispondere al telefono);
- Tenere gli occhi sul piatto e la mente presente;
- Preparare una porzione adeguata e, prima di servirsi di nuovo, mettersi in ascolto del proprio corpo e dei segnali che invia chiedendosi se ne si ha davvero bisogno;
- Allontanare i piatti di portata, il cestino del pane o il pacco dei biscotti in modo tale che se si decide di servirsi di nuovo, è perché si ha ancora fame o se ne vuole ancora, ci si deve alzare compiendo un'azione volontaria.
- Ritagliarsi il tempo sufficiente per mangiare con calma e tranquillità: mangiare è un bisogno che ha a che fare con la cura di sé.

-Messa in evidenza delle 3 basi del mindful eating, cioè:

- 1) Sintonizzarsi sulle caratteristiche fisiche del cibo (colori, odori, sapori, suoni, temperatura, texture);
- 2) Sintonizzarsi sulle abitudini e processi dell'alimentarsi (prestare attenzione al pilota automatico);
- 3) Sintonizzarsi sui trigger che portano a mangiare.

-Viene spiegato che in un'alimentazione salutare non esistono cibi proibiti e che nelle giuste quantità qualsiasi alimento è "concesso".

La lezione prosegue con l'esercizio di meditazione mindfulness con le patatine, il cui obiettivo era quello di attivare i 5 sensi, mantenendo la consapevolezza sul momento presente.

Alla fine della lezione sono stati assegnati i compiti per casa: fare 2 pasti consapevoli nella settimana e cominciare ad osservarsi rispetto al pasto consapevole. Vengono inviate anche le istruzioni per il pasto consapevole come compito da svolgere per la settimana successiva.

b. Istruzioni per il pasto consapevole

Sedetevi a tavola e liberatevi da ogni distrazione: spegnete la televisione e mettete via il giornale.

Non preoccupatevi se ci sono rumori che non potete eliminare: potete farli rientrare nell'esercizio!

Iniziate a chiedervi: Ho realmente fame? Mi sto annoiando? Ho voglia di mangiare? Quali sensazioni sento nel corpo? Sento che la mia pancia è vuota? Lo stomaco brontola? È fame o golosità?

Prima ancora di iniziare a prendere un boccone, fate un paio di respiri profondi, inspirando dal naso ed espirando dalla bocca, tanto per permettere alla mente di assestarsi.

Adesso utilizzate i vostri sensi con curiosità!

Notate il colore del cibo che avete davanti, la consistenza, il profumo e il gusto.

Provate a notare quando sentite veramente il sapore del cibo e quando non lo assaporate veramente, ma è un semplice gesto meccanico.

Notate se emerge un senso di impazienza, un desiderio di finire di mangiare oppure state pensando a tutte le cose che avete da fare o, ancora, notate come la mente giudica il cibo che avete davanti magari paragonandolo ad un altro alimento.

Notate anche cosa succede alle vostre emozioni e ai vostri pensieri quando mangiate e come decidete di smettere o di continuare.

TERZO INCONTRO

Tema: gli stimoli che ci spingono a mangiare.

L'incontro inizia con un confronto tra le varie pazienti sui compiti per casa, analizzando le difficoltà incontrate nei pasti durante i pasti consapevoli.

La lezione prosegue con la parte teorica:

-Gli stimoli che portano ad alimentarsi: sensoriali, biologici, mentali, sociali ed emotivi.

-Le emozioni e la loro funzione: le emozioni sono il frutto dell'interpretazione dei fatti della realtà, che è influenzata a sua volta dalle esperienze evolutive che ciascuno di noi ha fatto nella propria vita. Dunque, esistono varie interpretazioni della realtà. Per questo è importante ascoltarsi, capire di cosa si ha veramente bisogno, senza tentare di modificare le emozioni che si provano.

Poi l'incontro prosegue con l'esercizio di meditazione mindful con i taralli: si chiede alle pazienti di notare quali sensazioni provavano nel mangiare consapevolmente, soffermandosi sul concetto di come assaporare il cibo quando si mangia. Si spiega che per mangiare in modo consapevole è necessario avere sette abilità: consapevolezza,

osservazione, essere nel momento presente, essere consapevoli del contesto, non giudizio, lasciare andare, accettazione.

La lezione si conclude con l'assegnazione degli esercizi per casa: fare almeno un pasto mindfulness e compilare le schede sugli stimoli che ci spingono a mangiare e la scheda sulle emozioni.

LA SCALA DEGLI STIMOLI CHE TI SPINGONO A MANGIARE

Questa settimana presta attenzione agli stimoli che ti spingono a mangiare in assenza di consapevolezza, elencandoli dal più difficile da affrontare al meno difficile.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

f. Esercizio: quali emozioni provo?

Le emozioni sono fenomeni complessi, costituiti da numerose componenti: eventi, interpretazioni degli eventi, risposte fisiologiche, espressioni, impulsi ad agire.

Le principali emozioni sono: rabbia, tristezza, felicità, paura, ansia, amore, invidia, gelosia, senso di colpa, disgusto, vergogna.

La ricerca scientifica ha dimostrato che nominare le emozioni provate aiuta a gestirle in modo più efficace.

Quali sono le emozioni che provo più frequentemente?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Durante la settimana osservati e chiediti: Cosa mi ha spinto a fare la mia emozione?

Situazione	Emozione	Azione

QUARTO INCONTRO

Tema: le 4 fondamenta del mangiare consapevole

L'incontro inizia con un confronto sui compiti per casa, analizzando i risultati dati dalla compilazione delle schede e gli eventuali progressi fatti nel mettere in atto un pasto consapevole.

La lezione prosegue poi con la parte teorica:

-Distinzione tra fame fisiologica ed emotiva;

-Distinzione dei vari livelli di consapevolezza mentre mangiamo, cioè:

- Mindfulness della mente: essere consapevoli del gusto, consistenza, profumo, e suono del cibo mentre si mangia;
- Mindfulness del corpo: ascoltare il proprio corpo mentre si mangia: sintonizzarsi sui morsi della fame, sui brontolii dello stomaco, sulla distensione dello stomaco.
- Mindfulness delle emozioni: essere consapevoli delle emozioni che ci spingono ad iniziare e smettere di mangiare;
- Mindfulness dei pensieri: essere consapevoli dei pensieri mentre si mangia e se questi erano giudicanti o critici.

Poi, l'incontro prosegue con l'esercizio mindfulness applicato alle emozioni, che ha l'obiettivo quello di aiutare le pazienti di imparare a riconoscere e gestire le proprie emozioni. La lezione si conclude con l'assegnazione degli esercizi per casa: fare almeno un pasto consapevole usando la scheda di alimentazione consapevole e compilare la scheda sugli stimoli che portano a mangiare.

b. Scheda Alimentazione Consapevole

		Indice di fame	Come si sente il mio corpo? Quale emozione provo?	Indice di consapevolezza	Indice di chiacchiericcio mentale
Colazione	Prima:				
	Dopo:				
Spuntino	Prima:				
	Dopo:				
Pranzo	Prima:				
	Dopo:				
Merenda	Prima:				
	Dopo:				
Cena	Prima:				
	Dopo:				

i. Segnali che indicano quando "iniziare a mangiare" e quando "smettere di mangiare"

Prenditi un attimo per riflettere su quali segnali stai seguendo. Una volta che hai cominciato o finito di mangiare chiediti cosa ti ha suggerito di farlo poi scrivilo:

Pensieri o eventi che mi portano a iniziare a mangiare (ad esempio: "Mi siedo al tavolo" o "apro il frigorifero"):

Emozioni che mi portano a iniziare a mangiare (ad esempio: "Mi sento annoiato, stressato o arrabbiato" - copioni che ti portano ad agire automaticamente l'impulso di mangiare):

Pensieri o eventi che mi portano a smettere di mangiare (ad esempio: "Non posso mangiare quello - è così calorico. Se lo mangio comprometto l'intera dieta"):

Emozioni che mi portano a smettere di mangiare (ad esempio: "Mi sento ansioso, pesante o motivato a fare un cambiamento"):

QUINTO INCONTRO

Tema: assaporare i segnali di sazietà

L'incontro inizia con un confronto sui compiti per casa, si chiede alle pazienti una riflessione sulla compilazione delle schede e sui loro progressi nel mettere in atto un pasto consapevole. Poi, si prosegue domandando e discutendo con le pazienti di qual è l'impatto che il pilota automatico, la distrazione e il multitasking hanno sulla loro fame e alimentazione.

In seguito, inizia la parte teorica dell'incontro, si parla dei diversi tipi di fame:

- 1) Fame degli occhi;
- 2) Fame del naso;
- 3) Fame della bocca;
- 4) Fame delle orecchie;
- 5) Fame del tatto;
- 6) Fame dello stomaco;
- 7) Fame cellulare;
- 8) Fame della mente (quando mangiamo basandoci sulle nostre convinzioni);
- 9) Fame del cuore (mangiare emotivamente).

L'incontro si conclude assegnando i compiti per casa: fare almeno un pasto consapevole a settimana usando la scheda dell'alimentazione consapevole, completare prima di un pasto la scheda sul tipo di fame e dopo un pasto quella sul punto di soddisfazione.

Abbiamo 9 tipi di fame, ognuna associata ad ogni parte del corpo:

- 1) Fame degli occhi;
- 2) Fame del naso;
- 3) Fame della bocca;
- 4) Fame delle orecchie;
- 5) Fame del tatto;
- 6) Fame dello stomaco;
- 7) Fame cellulare;
- 8) Fame della mente;
- 9) Fame del cuore.

Prima di mangiare o bere, chiedi a ciascuna parte se ha fame.

Se la risposta è sì, domanda a quella parte quanto è affamata da 0 a 10.

Questa pratica fatta con sistematicità aiuta a fermarsi prima di ogni pasto, imparando a decidere se mangiare o meno basandosi su più informazioni.

TROVA IL PUNTO DI SODDISFAZIONE

Immaginiamo che stai per mangiare un biscotto, un cracker, una mandorla o un cioccolatino. È probabile che uno non sia sufficiente. Non ti sentirai davvero soddisfatto. Ma mangiandone 10, come magari avrai fatto in passato è troppo. Mangiare così tanto in passato ti ha portato a stare male.

Quindi la prossima volta che mangi questi cibi prova a domandarti:

- Posso ridurre il numero semplicemente di 1 o 2 unità?
- Se 10 erano troppe, 7 sono "abbastanza"?
- È una quantità soddisfacente?

Continua a praticare fino a quando non trovi la quantità giusta per te

SESTO INCONTRO

Tema: Scegliere cosa mangiare, segnali di sazietà e portare il mindful eating nei contesti sociali

L'incontro inizia con un confronto sui compiti per casa, si chiede alle pazienti una riflessione sulla compilazione delle schede e i loro progressi nel mettere in atto un pasto consapevole.

Poi, la lezione prosegue con la parte teorica:

-Mindful eating shopping: il mindful eating comincia dal supermercato. L'obiettivo durante la spesa è quello di comprare cibi che promuovono un'alimentazione consapevole. Per farlo bisogna essere consapevoli dei propri desideri e non giudicarsi per essi, né concedersi ad essi senza pensarci.

-Mindful eating nei contesti sociali: bisogna cercare di disinserire il pilota automatico e cercare di essere più consapevoli del momento presente anche nelle situazioni al di fuori del nostro comfort zone.

-Come fare le porzioni: bisognerebbe riempire il piatto di una quantità un po' inferiore rispetto a quella decisa dagli occhi. Mangiando con lentezza poi si deciderà se riempirlo ancora.

-Segnali di sazietà: interni ed esterni.

L'incontro prosegue con la meditazione mindful sul gusto, utilizzando un alimento trigger e mangiandolo in modo consapevole

La lezione si conclude con l'assegnazione dei compiti per casa: fare almeno un pasto consapevole, mettere in atto i suggerimenti di questo incontro e compilare la scheda di alimentazione consapevole per un pasto.

SETTIMO INCONTRO

Tema: il critico interiore e i pensieri sabotatori

L'incontro inizia con un confronto sui compiti per casa, si chiede alle pazienti una riflessione sulla compilazione delle schede e i loro progressi nel mettere in atto un pasto consapevole.

La lezione prosegue con la parte teorica: tutti noi abbiamo una voce interiore detta "critico inconsapevole", che può assumere ruoli diversi a seconda del contesto in cui si manifesta:

- Giudice
- Punitore
- La zona pericolosa
- La presa in giro
- Il libro delle diete
- L'autosabotaggio

Dopo un momento di confronto con le pazienti su quanto spiegato, si prosegue con la meditazione mindful del perdono, il cui obiettivo è quello di imparare a prendersi cura di sé stessi con gentilezza.

La lezione si conclude con l'assegnazione dei compiti per casa: fare almeno un pasto consapevole alla settimana utilizzando la scheda del pasto consapevole, fare autonomamente la meditazione del cioccolato e utilizzare la scheda dei pensieri sabotatori se necessario.

d. I Pensieri Sabotanti

Nota quando i pensieri sabotanti spuntano nella tua mente.

Per esempio, "Sento che non resisterò", "Se accetto quell'invito, andrò a finire sicuramente male", "Se ne mangio uno/una, significa che ho fallito", "Non devo lasciare nulla nel piatto", "O non ne mangio nessuno o li mangio tutti", "Sono un fallimento" (cfr. Homework VI incontro, "Il post-it").

Questi pensieri possono compromettere il tuo mindful eating.

L'obiettivo è di allontanare le nostre decisioni da questi pensieri che si presentano in maniera inflessibile e che condizionano la nostra alimentazione. Anche se potresti non volerlo fare, devi porre attenzione a questi pensieri sabotanti.

Proviamo a lavorare per rendere meno rigidi questi pensieri!

1. Quando questi pensieri fanno capolino nella tua mente, smetti di fare quello che stai facendo. Rivolgiti a questi pensieri in modo mindful. Ripeti a te stesso "Oh, di nuovo quel pensiero!" e trascrivilo.

2. Scrivi come ti sentiresti se decidessi di dare retta al pensiero sabotante

3. Ora fai un respiro profondo. Focalizzati per un momento solo sul respiro e cerca un'alternativa razionale a quel pensiero.

Ad esempio:

• Ecco di nuovo il mio autosabotante: "Non devo lasciare nulla nel piatto"

✓ Se non ho fame, posso lasciare qualcosa nel piatto. Lo posso conservare per domani. La prossima volta ne prenderò un po' meno

• Il pensiero sabotante è entrato nella mia mente: "O non ne mangio nessuno o li mangio tutti".

✓ Posso trovare la quantità giusta per me usando la mindful eating

OTTAVO INCONTRO

Tema: conclusione del corso, previsione delle ricadute.

L'incontro inizia con un confronto sui compiti per casa, si chiede alle pazienti una riflessione sulla compilazione delle schede e sui loro progressi nel mettere in atto un pasto consapevole.

In seguito, viene fatto un esercizio di meditazione mindful (body-scan meditation).

La lezione si conclude chiedendo alle pazienti di fare un bilancio della loro esperienza, chiedendo cosa hanno imparato, se il corso ha soddisfatto le loro aspettative e quali sono stati gli ostacoli maggiori. Ecco alcuni commenti:

“Il corso mi è piaciuto molto, sarei interessata a svolgerlo nuovamente”

“Questo corso mi ha dato maggiore consapevolezza e nuove nozioni. Sento dei cambiamenti a livello psicologico. Dovrebbe essere obbligatorio per tutti, anche per gli uomini”

“Il corso mi è piaciuto molto, soprattutto l’approccio calmo delle dottoresse. Il problema potrebbe essere la continuità. È un argomento che smuove molto”

SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI

Per valutare l’efficacia e il gradimento del corso da parte delle pazienti, è stato loro richiesto di compilare 5 questionari:

- K-10
- MEQ
- EOQ
- BES
- Questionario di valutazione del corso con emoji

I questionari sono stati proposti: prima dell’inizio del corso e alla fine del corso.

K-10 ⁽⁷²⁾

Il Kessler 10 (K10) è stato sviluppato come strumento di screening per stress psicologico non specifico e malattie mentali serie nella popolazione inglese. In seguito è stato adottato nel resto del mondo come strumento di screening misura nelle strutture di cure primaria e di salute mentale.

Il K-10 comprende 10 domande alle quali si può dare una risposta utilizzando una scala che va da 1 a 5 (1 = mai – 5 = sempre), il punteggio finale di questo questionario è la somma di queste risposte e va da 10 a 50.

Le domande seguenti riguardano quante volte si è sentito il paziente durante l’ultimo mese nel modo descritto:

1. Sfinito senza un valido motivo
2. Nervoso

3. Così nervoso che nulla poteva calmarla
4. Disperato
5. Inquieto e agitato
6. Così irrequieto da non potersi sedere tranquillo
7. Depresso
8. Ha sentito che tutto era faticoso
9. Così triste che nulla poteva confortarla
10. Si è sentito senza valore

PUNTEGGIO:

-In caso di punteggio <20: la probabilità che il paziente soffra di un vero e proprio disturbo di depressione o di ansia è minima; è molto probabile che si tratti di un disagio psicologico legato allo stress. È importante comunque approfondire con altre domande.

-In caso di K10 con punteggio ≥ 20 bisogna considerare per quali item si sono registrati i punteggi più elevati:

a) Se per gli item 2,3,5,6: è possibile un disturbo d'ansia.

I Punteggi 2,3,5,6 vanno calibrati rispetto a quelli della depressione che sono più numerosi: è sufficiente moltiplicare il punteggio ottenuto dalla somma di questi per 1,5.

b) Se per gli item 1,4,7,8,9,10: possibile disturbo dell'umore (depressione).

MEQ (Mindful Eating Questionnaire)⁽⁷³⁾

Il MEQ è una breve autovalutazione, che può aiutare gli operatori sanitari a prevenire o affrontare il rischio di sovrappeso e obesità monitorando le abilità alimentari consapevoli acquisite durante il trattamento.

Il MEQ comprende 20 domande alle quali si può dare una risposta utilizzando una scala da 1 a 4 (1= "mai/raramente"; 2="a volte"; 3 ="spesso"; 4 ="di solito/semprè") in base a come il paziente abitualmente si comporta:

1. Quando vado ai buffet tendo a mangiare troppo*
2. Se ad una festa ci sono tante cose buone da mangiare, mi accorgo quando sento la voglia di mangiare più di quanto dovrei*
3. Riconosco quando la pubblicità del cibo mi invoglia a mangiare*
4. Quando la porzione del ristorante è troppo grande, smetto di mangiare quando mi sento pieno.

5. Quando mangio uno dei miei piatti preferiti non riesco a riconoscere quando ne ho mangiato abbastanza. *
6. Se non costa molto di più, prendo la porzione più grande del cibo e della bibita, a prescindere da quanta fame ho. *
7. Noto quando ci sono sapori impercettibili nei cibi che mangio.
8. Se ci sono avanzi che mi piacciono, ne prendo un'altra porzione anche se sono pieno/a.*
9. Quando sto mangiando un pasto piacevole, noto se mi fa sentire rilassato/a
10. Pilucco o spilluzzico senza accorgermi che sto mangiando.
11. Quando mangio un abbondante pasto, mi accorgo che mi fa sentire pesante e pigro*
12. Smetto di mangiare quando sono pieno anche quando sto mangiando qualcosa che adoro
13. Apprezzo il modo in cui il cibo si presenta nel mio piatto.
14. Se c'è del buon cibo ad una festa, continuo a mangiare anche se sono pieno*
15. Noto quando i cibi e le bevande sono troppo dolci
16. Prima di mangiare mi prendo un momento per apprezzare il colore ed il profumo del cibo
17. Assaporo ogni boccone di cibo che mangio
18. Riconosco quando mangio pur non avendo fame.
19. Mi accorgo quando sto mangiando da un piatto di dolci solo perché è lì a portata di mano.
20. Noto quando il cibo che mangio influenza il mio stato emotivo

*Punteggi da rovesciare

CALCOLO DEI PUNTEGGI

- RICONOSCIMENTO: sommare gli item: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14
- CONSAPEVOLEZZA: sommare gli item 3, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20

Punteggi più alti sono associati a maggior riconoscimento e/o consapevolezza.

EOQ (Emotional Overeating Questionnaire) ⁽⁷⁴⁾

L'EOQ è un breve questionario di 6 domande che misura la frequenza della sovralimentazione in risposta 5 emozioni negative (ansia, tristezza, solitudine, stanchezza, rabbia) e un'emozione positiva (felicità). La frequenza si riferisce a quanti giorni negli ultimi 28 giorni è avvenuto un episodio di sovralimentazione definito come "mangiare una quantità

insolitamente grande di cibo, date le circostanze": 0="mai"; 1 ="1-5 giorni"; 2="6-12 giorni"; 3="13-15 giorni"; 4="16-22 giorni"; 5="23-27 giorni"; 6="tutti i giorni"

Ansia	0	1	2	3	4	5	6
Tristezza	0	1	2	3	4	5	6
Solitudine	0	1	2	3	4	5	6
Stanchezza	0	1	2	3	4	5	6
Rabbia	0	1	2	3	4	5	6
Felicità	0	1	2	3	4	5	6

PUNTEGGIO: alti punteggi sono associati a BED, minor benessere mentale e bassa capacità di alimentarsi in modo consapevole.

Le risposte ai primi 5 items possono essere valutate insieme per la sovralimentazione in risposta ad emozioni negative mentre, la felicità, potrebbe essere presa separatamente e interpretata come un indicatore di un eccesso di cibo in risposta ad emozioni positive.

BES (Binge Eating Scale)⁽⁷⁵⁾

Il BES è un questionario di autovalutazione che esplora il comportamento alimentare individuale e il rapporto che la persona ha con il cibo.

La compilazione di questo questionario deve essere effettuata mettendo una crocetta su quella affermazione che sembra più adatta nel descrivere la propria condizione emotiva. Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario porre la crocetta su una sola delle 4 possibilità.

PUNTEGGIO: il totale si ottiene come somma dei singoli item. Punteggio normale <17

BES per la valutazione psicometrica del sintomo di abbuffate compulsive: la diagnosi di BED è molto probabile se il punteggio complessivo >27; la presenza di sintomi di binge eating è possibile se >17; improbabile se <17.

DOMANDA 1

1. Non penso consciamente al mio peso e alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone.
2. Mi preoccupo del mio aspetto, ma questo non mi rende normalmente insoddisfatto/a di me stesso/a.

3. Sono consapevole del mio aspetto e del mio peso, e questo mi rende deluso/a di me stesso/a.

4. Sono molto consapevole del mio peso e spesso provo forte vergogna e disgusto per me stesso/a. Perciò cerco di evitare di incontrare altre persone

DOMANDA 2

1. Non ho difficoltà a mangiare lentamente, seduto/a in maniera corretta.

2. Mi sembra di trangugiare il cibo. Nonostante ciò, non finisco per sentirmi troppo pieno/a per aver mangiato eccessivamente.

3. Talvolta, tendo a mangiare velocemente e dopo mi sento troppo pieno/a.

4. Ho l'abitudine di ingollare il cibo quasi senza masticarlo. Quando faccio così, di solito, mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo.

DOMANDA 3

1. Quando voglio, sono capace di controllare i miei impulsi verso il cibo.

2. Penso di avere minor controllo sul cibo rispetto alla maggior parte delle persone.

3. Mi sento totalmente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo.

4. Siccome mi sento totalmente incapace di controllare il mio rapporto con l'alimentazione, sto cercando disperatamente di raggiungere il controllo sul cibo.

DOMANDA 4

1. Non ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiato/a.

2. Qualche volta mangio quando sono annoiato/a, ma spesso riesco a distrarmi e a non pensare al cibo.

3. Ho una vera abitudine di mangiare quando sono annoiato/a, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo.

4. Ho una forte abitudine di mangiare quando sono annoiato/a. Niente riesce a farmi smettere.

DOMANDA 5

1. Quando mangio qualcosa, di solito è perché ho fame.

2. Talvolta mangio qualcosa d'impulso, senza avere veramente fame.

3. Mangio regolarmente per soddisfare una sensazione di fame, pur non avendo davvero bisogno fisicamente del cibo. In queste occasioni, non riesco neanche a gustare quello che mangio.

4. Anche se non ho fisicamente fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatto/a solo quando riesco a mangiare qualcosa per riempirmi la bocca, come un pezzo di pane. Qualche volta, quando questo succede, risputo il cibo per non ingrassare.

DOMANDA 6

1. Non mi sento per nulla in colpa, ne' provo odio per me stesso/a, dopo aver mangiato troppo.
2. Talvolta, mi sento in colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo.
3. Quasi sempre vivo un forte senso di colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo.

DOMANDA 7

1. Quando sono a dieta, non perdo mai del tutto il controllo sul cibo, anche dopo periodi in cui ho mangiato troppo.
2. Quando sono a dieta e mangio un cibo "proibito", sento che ormai ho "sgarrato" e mangio ancora di più.
3. Quando sono a dieta e mangio troppo spesso mi dico: "Ormai hai sgarrato, perchè non vai fino in fondo?" Quando questo succede, mangio ancora di più.
4. Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un'abbuffata. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni.

DOMANDA 8

1. Raramente mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.
2. Circa una volta al mese, mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.
3. Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti.
4. Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male e ho la nausea.

DOMANDA 9

1. La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo.
2. Qualche volta dopo aver mangiato troppo, cerco di ridurre al minimo le calorie, per compensare l'eccesso di calorie che ho mangiato.
3. Abituamente mangio troppo di notte. Solitamente non ho fame la mattina e mangio troppo la sera.
4. Da adulto, ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto/a diete "da fame", a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni.

DOMANDA 10

1. Di solito riesco a smettere di mangiare quando voglio. So quando è ora di dire basta.
2. Talvolta avverto un impulso incontrollabile a mangiare.

3. Frequentemente avverto forti impulsi a mangiare, che sembro incapace di controllare, mentre altre volte riesco a controllarmi.

4. Mi sento incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non riuscire a smettere di mangiare volontariamente.

DOMANDA 11

1. Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento pieno/a.

2. Di solito posso smettere di mangiare quando mi sento pieno/a, ma talvolta mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a.

3. Per me è un problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito mi sento sgradevolmente pieno/a dopo aver finito di mangiare.

4. Siccome per me è un problema smettere di mangiare, qualche volta devo provocarmi il vomito per avere sollievo.

DOMANDA 12

1. Quando sono con altri (incontri familiari, occasioni sociali), mi sembra di mangiare come quando sono da solo/a.

2. Talvolta quando sono con gli altri non mangio quanto vorrei, perchè sono consapevole del mio disagio verso il cibo.

3. Spesso mangio poco quando ci sono altre persone, perchè mangiare di fronte ad altri mi imbarazza molto.

4. Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che per farlo scelgo i momenti in cui nessuno mi vede. In effetti, mangio di nascosto.

DOMANDA 13

1. Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino.

2. Faccio tre pasti al giorno e normalmente anche degli spuntini.

3. Quando faccio molti spuntini, salto i pasti regolari.

4. Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari.

DOMANDA 14

1. Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare non desiderati.

2. Almeno qualche volta, la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare i miei impulsi a mangiare.

3. Sento che spesso passo molto tempo a pensare a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare di più.

4. Mi sembra che per la maggior parte del mio tempo la mia mente sia occupata da pensieri sul mangiare. Mi sembra di essere continuamente in lotta per non mangiare.

DOMANDA 15

1. Non penso molto al cibo
2. Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo.
3. Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo.
4. La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare.

DOMANDA 16

1. Di solito so se sono affamato/a oppure no. Prendo la giusta porzione per saziarmi.
2. Occasionalmente sono incerto/a se ho fisicamente fame oppure no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vorrebbe per saziarmi.
3. Anche se sapessi quante calorie dovrei mangiare, non ho un'idea precisa di quanto sarebbe una "normale" quantità di cibo per me.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL CORSO CON EMOJI

Si tratta di un questionario redatto dalla SSD Nutrizione Clinica e Metabolismo dell'Ospedale Sant'Orsola per la autovalutazione delle aree di bisogno educativo e delle competenze acquisite dalla partecipazione ai corsi.



Per l'analisi dei dati si associa punteggio pari a 1 alla prima emoji (triste) e punteggio pari a 5 alla quinta emoji (felice).

- Le affermazioni date prima del corso sono:
- Riesco a strutturare la giornata in tre pasti principali ed eventuali due spuntini
- Riesco a distinguere la differenza tra fame nervosa e fame fisiologica
- Riesco a tenere sotto controllo la fame nervosa
- Mi sento sazio/a dopo i pasti
- Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento pieno
- Controllo la durata del pasto mangiando più lentamente
- Scelgo di consumare i pasti consapevolmente lontano da fonti di distrazione (es. televisione, pc, cellulare...)
- Scelgo in maniera consapevole cosa consumo durante il pasto al ristorante:
- Sono soddisfatto del mio stile di vita
- Trovo importante impegnarmi per mantenere/raggiungere uno stile di vita sano
- Sono fiducioso/a nelle mie capacità di mantenere uno stile di vita sano

- Mi impegno per migliorare il mio stato di salute
- Sono supportato/a nel mio percorso di dimagrimento da famiglia ed amici
- Mi sono posto/a un obiettivo realistico legato al peso
- Sono consapevole di come mangio
- Ho un buono stile alimentare

Le affermazioni da sottoporre al paziente alla fine del corso sono:

- Riesco a strutturare la giornata in tre pasti principali ed eventuali due spuntini
- Riesco a distinguere la differenza tra fame nervosa e fame fisiologica
- Riesco a tenere sotto controllo la fame nervosa
- Mi sento sazio/a dopo i pasti
- Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento pieno
- Controllo la durata del pasto mangiando più lentamente
- Scelgo di consumare i pasti consapevolmente lontano da fonti di distrazione (es. televisione, pc, cellulare...)
- Scelgo in maniera consapevole cosa consumo durante il pasto al ristorante:
- Sono soddisfatto del mio stile di vita
- Trovo importante impegnarmi per mantenere/raggiungere uno stile di vita sano
- Sono fiducioso/a nelle mie capacità di mantenere uno stile di vita sano
- Mi impegno per migliorare il mio stato di salute
- Sono supportato/a nel mio percorso di dimagrimento da famiglia ed amici
- Mi sono posto/a un obiettivo realistico legato al peso
- Questo corso mi ha aiutato ad assumere consapevolezza di come mangio
- Questo corso mi ha aiutato a migliorare il mio stile alimentare

Tesi non notificata al Comitato Etico in quanto finalizzata all'acquisizione di competenze di natura metodologica per il raggiungimento di finalità didattiche.

ELABORAZIONE DATI

L'elaborazione dati è stata svolta su Excel mettendo a confronto gli score dei questionari somministrati prima del corso e dopo del corso

K10

Nel questionario fatto compilare prima del corso, in base ai punteggi individuali, sono stati calcolati:

- Media = 22,6
- Mediana = 21,15
- Punteggio minimo = 14
- Punteggio massimo = 32
- Punteggio ≥ 20 rilevato in 5 pazienti
- Disturbo d'ansia rilevato in 2 pazienti
- Depressione rilevata in 3 pazienti

Nel questionario fatto compilare dopo lo svolgimento del corso, in base ai punteggi individuali, sono stati calcolati:

- Media = 19,6
- Mediana = 18
- Punteggio minimo = 18
- Punteggio massimo = 28
- Punteggio ≥ 20 rilevato in 3 pazienti
- Disturbo d'ansia rilevato in 2 pazienti
- Depressione rilevata in 1 paziente

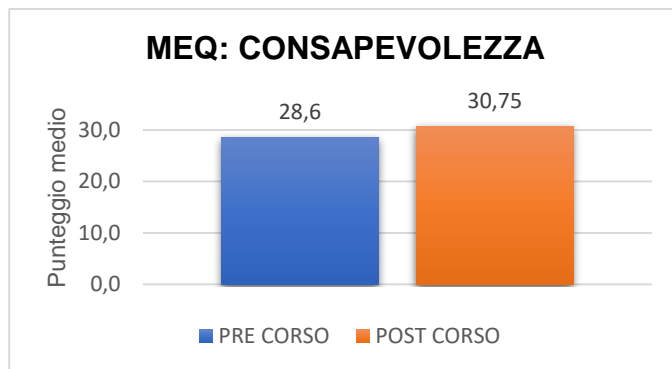
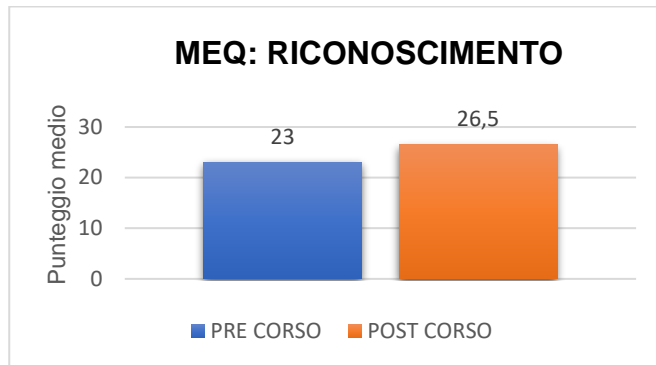
MEQ

In base ai punteggi individuali, sono stati calcolati:

- Punteggio medio pre-corso = 51,6
- Punteggio medio post-corso = 57,25
- Punteggio medio riconoscimento pre-corso = 23
- Punteggio medio riconoscimento post-corso = 26,5

-Punteggio medio consapevolezza pre-corso = 28,6

-Punteggio medio consapevolezza post-corso = 30,75



EOQ (Emotional Overeating Questionnaire)

Nel questionario fatto compilare prima del corso, in base ai punteggi individuali, sono state calcolate le medie delle sottoscale:

-Ansia = 2

-Solitudine = 1,5

-Stanchezza = 1,1

-Rabbia = 0,6

-Felicità = 0,4

Nel questionario fatto compilare dopo lo svolgimento del corso, in base ai punteggi individuali, sono state calcolate le medie delle sottoscale:

-Ansia = 2,4

-Solitudine = 2,4

-Stanchezza = 2,3

-Rabbia = 1,6

-Felicità = 0,8

BES

Nel questionario fatto compilare prima dello svolgimento del corso:

-Punteggio ≥ 27 rilevato in 7 pazienti

-Media = 31,3

-Mediana = 31

-Range 26-40

Nel questionario fatto compilare dopo dello svolgimento del corso:

-Punteggio ≥ 27 rilevato in 4 pazienti

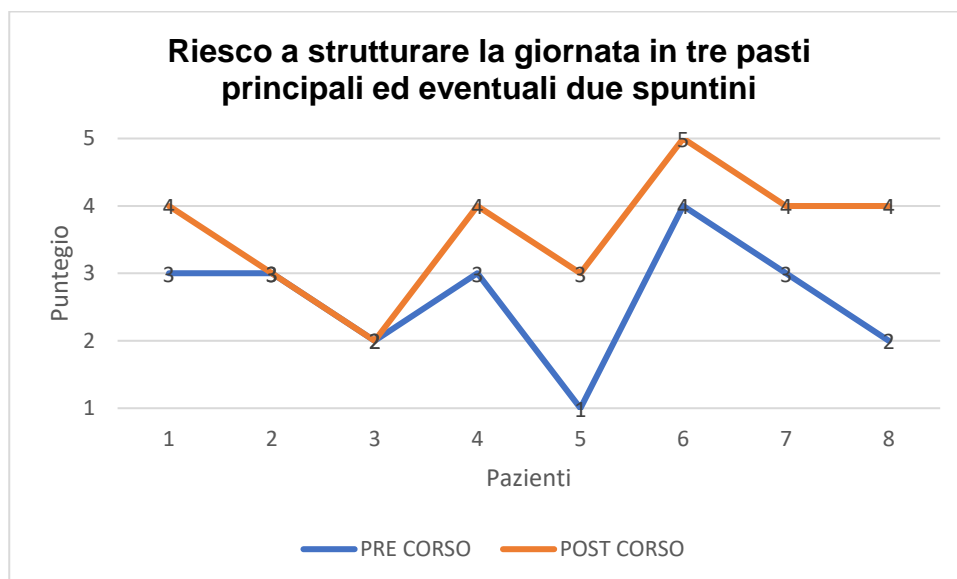
-Media = 28,8

-Mediana = 27,5

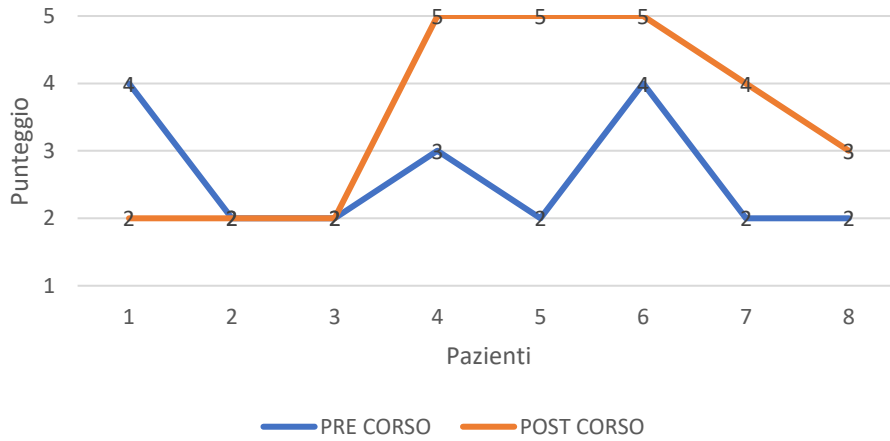
-Range 24-33

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL CORSO CON EMOJI

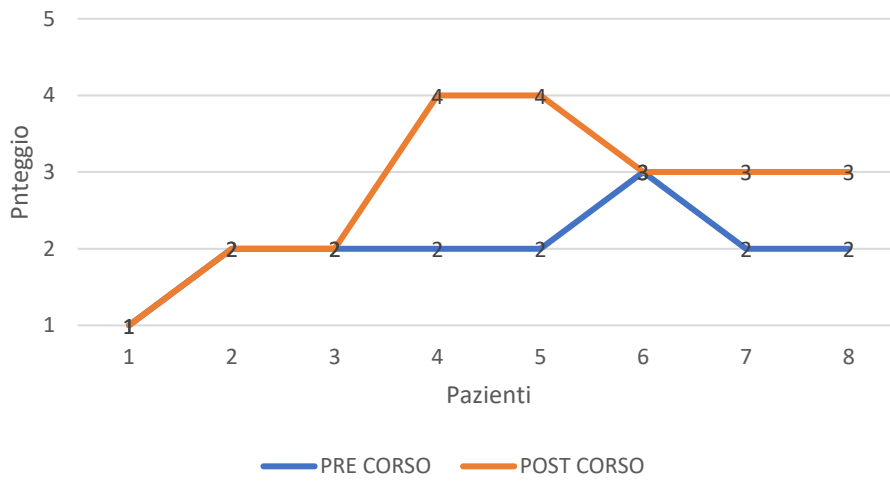
Di seguito sono riportati i risultati al questionario nominativo con emoji prima del corso e dopo il corso. Ogni grafico contiene le risposte pre e post corso delle pazienti alle domande.



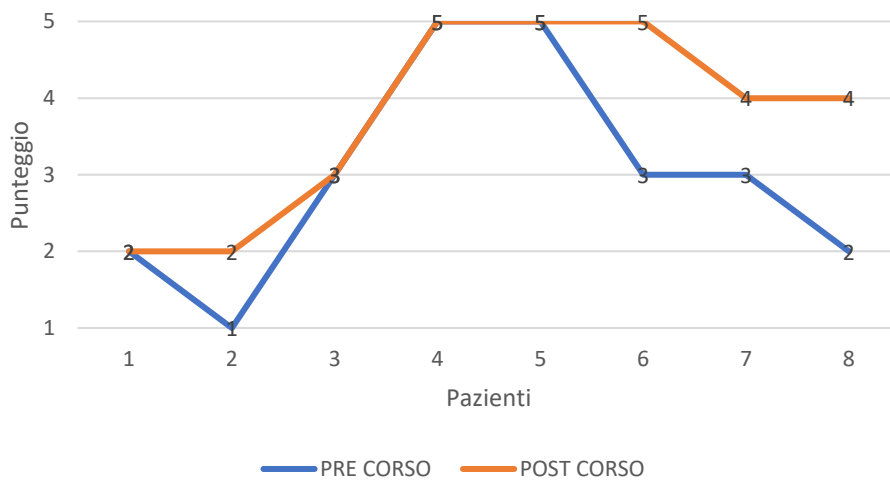
Riesco a distinguere la differenza tra fame nervosa e fame fisiologica



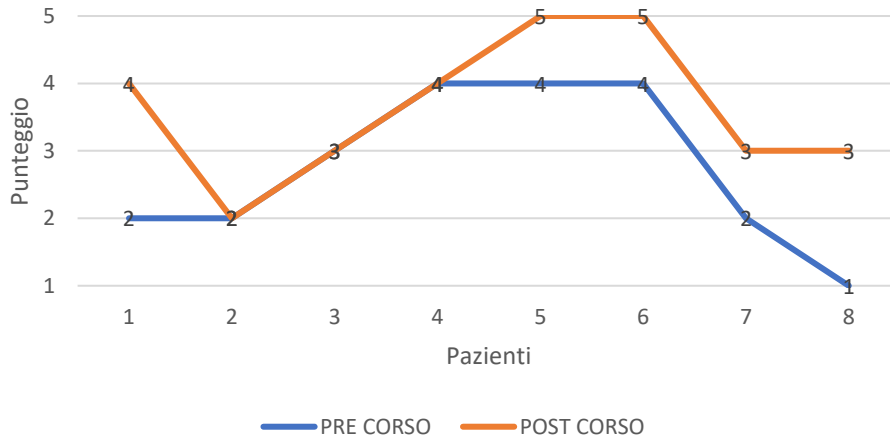
Riesco a tenere sotto controllo la fame nervosa



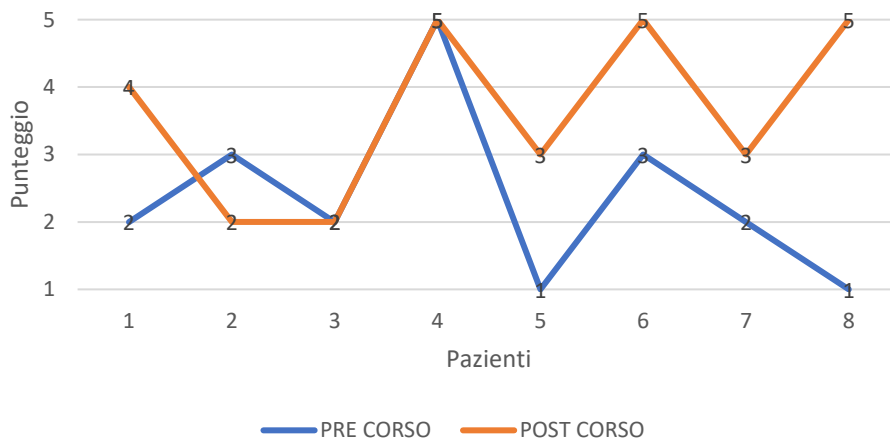
Mi sento sazio/a dopo i pasti



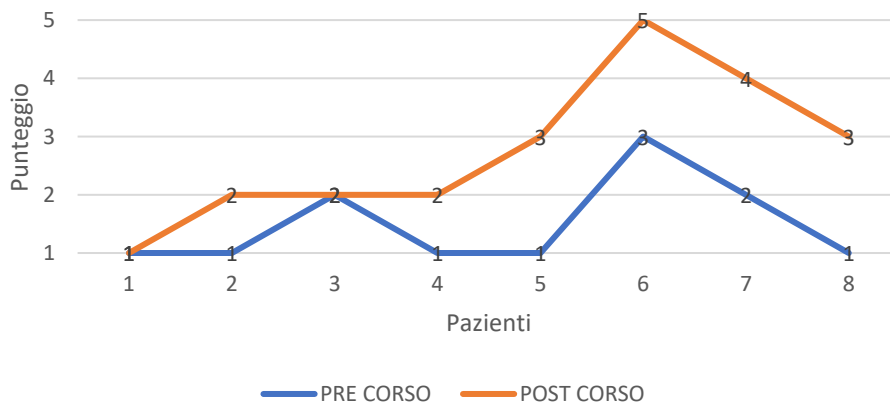
Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento pieno



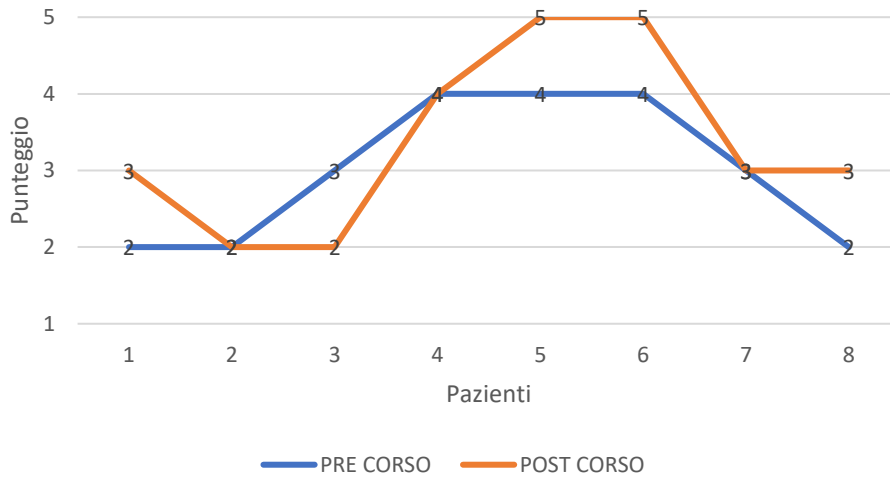
Controllo la durata del pasto mangiando più lentamente



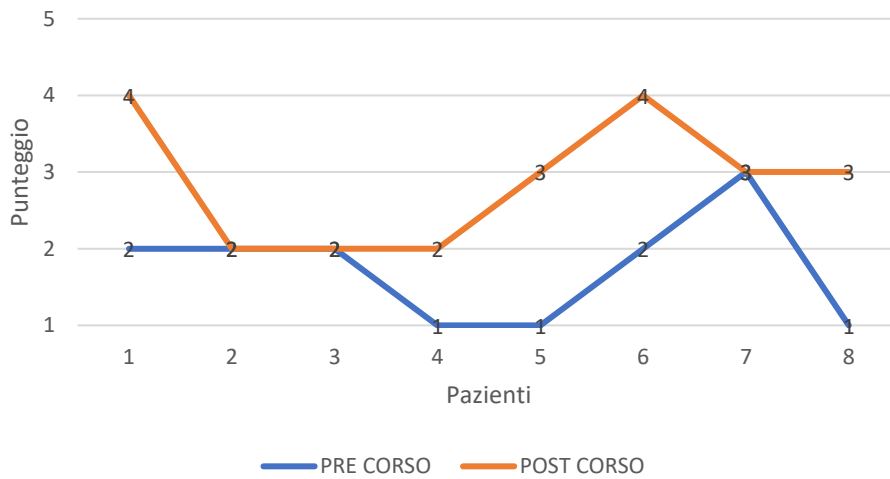
Scelgo di consumare i pasti consapevolmente lontano da fonti di distrazione (es. televisione, pc, cellulare...)



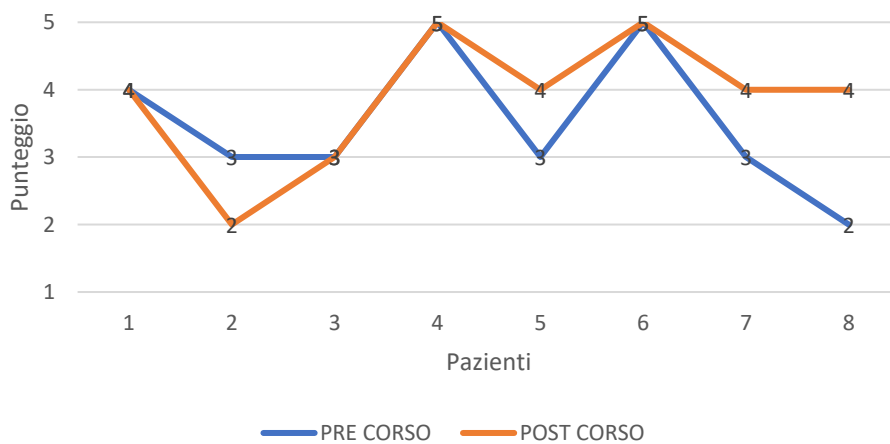
Sono consapevole di come mangio



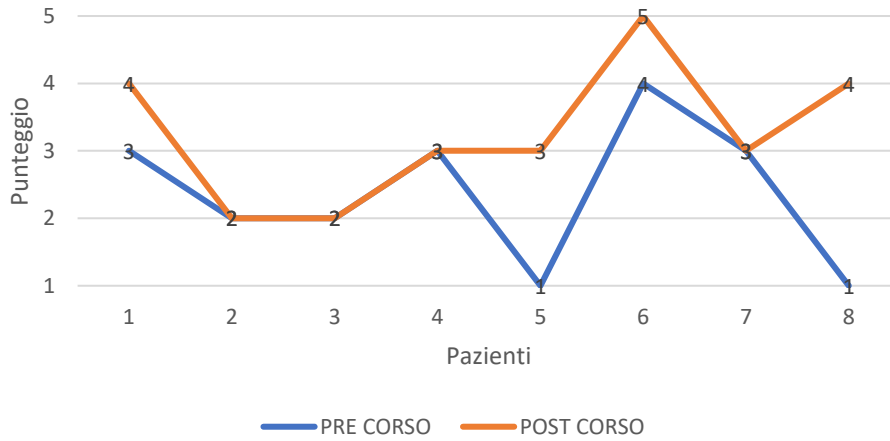
Sono soddisfatto/a del mio stile di vita



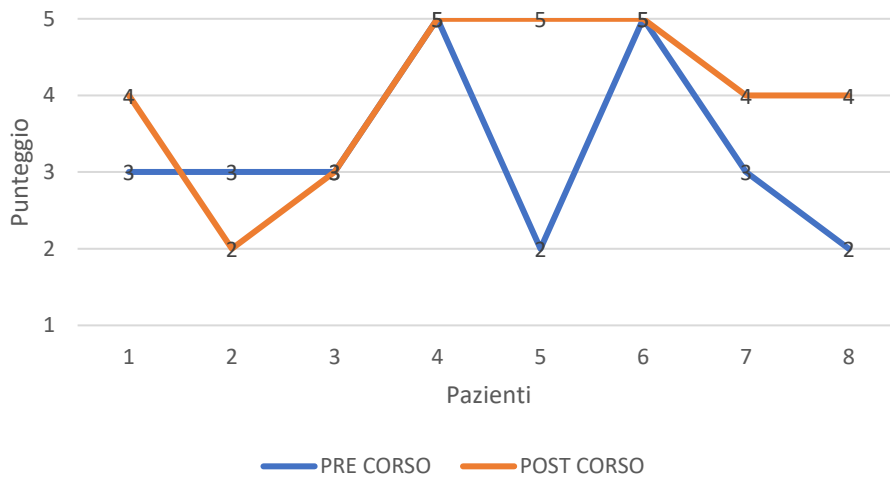
Trovo importante impegnarmi per mantenere/raggiungere uno stile di vita sano



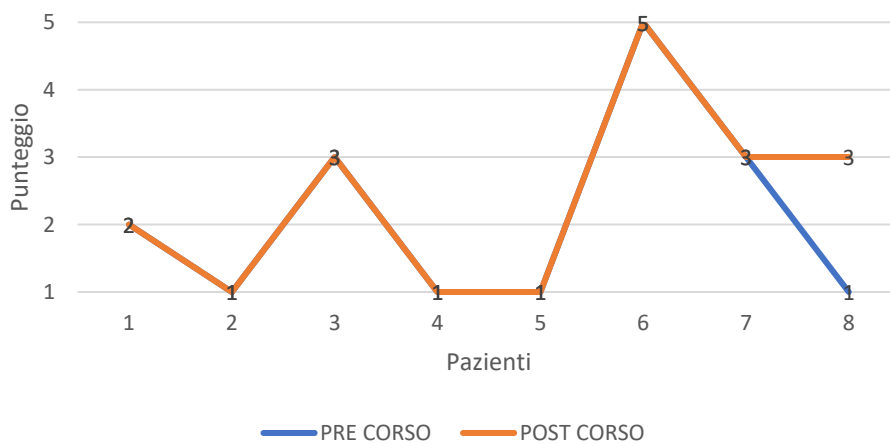
Sono fiducioso/a nelle mie capacità di mantenere uno stile di vita sano



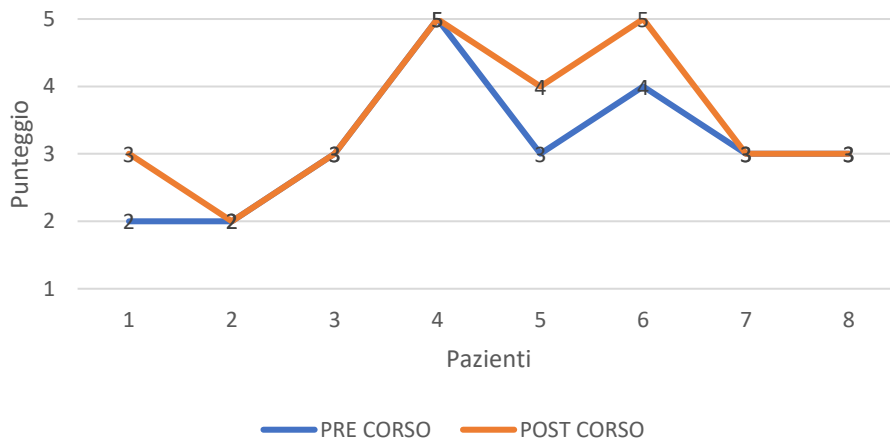
Mi impegno per migliorare il mio stato di salute



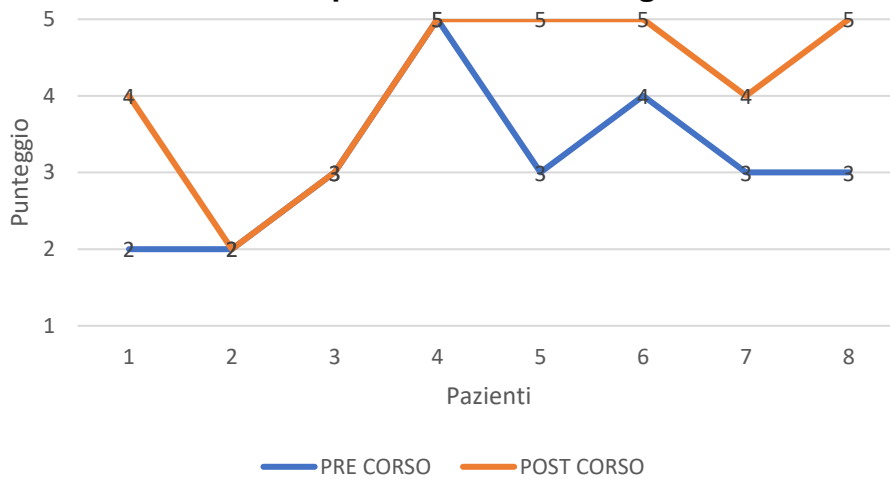
Sono supportato/a nel mio percorso di dimagrimento da famiglia ed amici



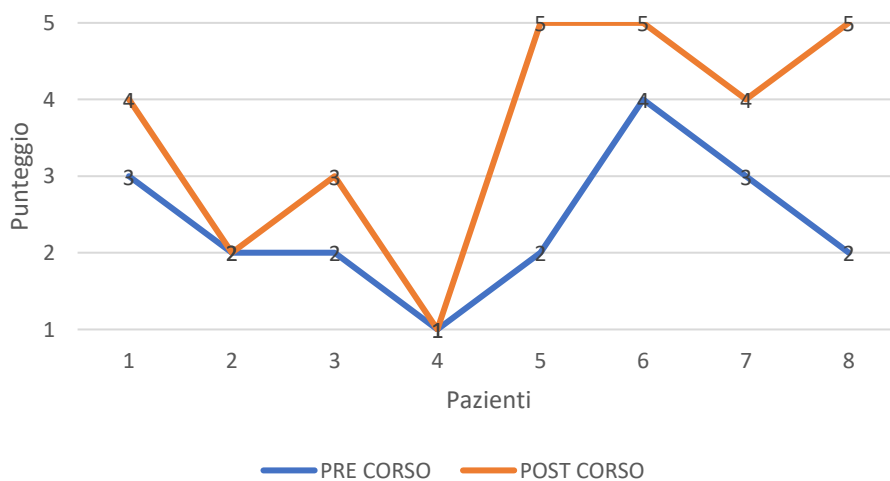
Mi sono posto/a un obiettivo realistico legato al peso



Sono consapevole di come mangio



Ho un buon stile alimentare



RISULTATI

Si premette che, stante il ridotto numero di pazienti nel campione e lo scopo esplorativo della analisi, è stato possibile effettuare solo delle valutazioni di tipo qualitativo, senza potere attribuire ad esse significatività statistica.

Confrontando i risultati della compilazione è visibile un miglioramento nei punteggi delle pazienti in seguito allo svolgimento del corso sul mindful eating.

Nel K-10 c'è stata sia una riduzione della media del punteggio totale delle pazienti (22,6-19,6), sia del numero delle pazienti che superavano il cut off critico (5-3).

Nel MEQ è aumentato sia il punteggio totale medio (51,6-57,25), sia quello delle sottoscale della consapevolezza (23-26,5) che del riconoscimento (28,6-30,75).

Nel BES c'è stata una riduzione sia del punteggio medio (31,3-28,8), che del punteggio massimo (40-35) e anche delle pazienti che superavano il cut off critico (7-4).

Nel questionario nominativo delle emoji è visibile un miglioramento delle risposte verso un punteggio indice di maggiore consapevolezza alimentare.

Diversamente dagli altri questionari, nell'EOQ è visibile un aumento dei punteggi e quindi un peggioramento delle condizioni delle pazienti. L'aumento dei punteggi però, potrebbe essere stato determinato, non da un aumento delle abbuffate, ma da un aumento della consapevolezza riguardo alle emozioni che scaturiscono questi episodi di sovralimentazione.

CONCLUSIONI

Sebbene il campione delle pazienti sia esiguo per avere delle evidenze statistiche, dall'analisi esplorativa sembrerebbe che, a breve termine, il mindful eating abbia una ricaduta positiva sulla salute e sulla consapevolezza alimentare. Oltre a rappresentare un approccio promettente, il corso è stato anche particolarmente apprezzato dalle pazienti, come si evince dai commenti positivi che hanno lasciato; pertanto, è opportuno proseguire con questo tipo di programmi per aumentare le competenze sul mindful eating nel maggior numero possibile di pazienti con bisogno educativo in questo ambito e valutare in un campione più ampio e rappresentativo quelli che saranno i risultati anche a lungo termine.

Anche se il corso è stato svolto da due psicologhe, il ruolo della dietista non è meno importante. In questo caso, infatti, le pazienti avevano già svolto corsi di educazione alimentare presso la SSD, quindi partivano con competenze alimentari pregresse. È

importante che il dietista svolga un programma di educazione alimentare propedeutico allo svolgimento del gruppo Mindful Eating: questo garantirebbe una migliore acquisizione delle competenze di mindfulness e contribuirebbe a sviluppare e mantenere un atteggiamento realistico nei confronti del cibo. Inoltre, durante il corso, la figura del dietista può rafforzare le competenze alimentari necessarie e contribuire a risolvere i dubbi e le perplessità in ambito alimentare delle pazienti. Inoltre, in seguito ad una formazione appropriata e certificata, anche il dietista può assumere il ruolo di conduttore in questo tipo di trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. List of basic sources in English for a medical faculty library. (2010).
2. Frühbeck, G. *et al.* Obesity: The Gateway to Ill Health - an EASO Position Statement on a Rising Public Health, Clinical and Scientific Challenge in Europe. *Obes Facts* **6**, 117–120 (2013).
3. Farooqi, I. S. & O’Rahilly, S. Genetics of Obesity in Humans. *Endocrine Reviews* **27**, 710–718 (2006).
4. Durant, N. H., Bartman, B., Person, S. D., Collins, F. & Austin, S. B. Patient provider communication about the health effects of obesity. *Patient Education and Counseling* **75**, 53–57 (2009).
5. Fong RL, Bertakis KD, Franks P. Association between obesity and patient satisfaction. *Obesity (Silver Spring)*. 2006 Aug;14(8):1402-11. doi: 10.1038/oby.2006.159. PMID: 16988083.
6. SIO-ADI. Standard italiani per la cura dell’Obesità (2016-2017).
7. Carrera, Rosanna, Antonella Ravazzolo, , Irvin D. Yalom, , Melyn Leszcz, Irvin David Yalom, and Irvin D. Leszcz. *Teoria E Pratica Della Psicoterapia Di Gruppo*. 5.th ed. Torino: Bollati Boringhieri, 2009. Print. Manuali Di Psicologia Psichiatria Psicoterapia.
8. Ministero della Salute. Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell’obesità. (2022).
9. Swift, D. L., Johannsen, N. M., Lavie, C. J., Earnest, C. P. & Church, T. S. The Role of Exercise and Physical Activity in Weight Loss and Maintenance. *Progress in Cardiovascular Diseases* **56**, 441–447 (2014).
10. Fried, M. *et al.* Interdisciplinary European Guidelines on Metabolic and Bariatric Surgery. *Obes Facts* **6**, 449–468 (2013).

11. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 5th edition. Fifth edn. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
12. Heymsfield, S. B. *et al.* Hyperphagia: Current concepts and future directions proceedings of the 2nd international conference on hyperphagia: Hyperphagia Directions. *Obesity* **22**, S1–S17 (2014).
13. Levin, M. E., Dalrymple, K., Himes, S. & Zimmerman, M. Which facets of mindfulness are related to problematic eating among patients seeking bariatric surgery? *Eating Behaviors* **15**, 298–305 (2014).
14. van Strien, T. *et al.* Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite* **66**, 20–25 (2013).
15. Raspopow, K., Abizaid, A., Matheson, K. & Anisman, H. Anticipation of a psychosocial stressor differentially influences ghrelin, cortisol and food intake among emotional and non-emotional eaters. *Appetite* **74**, 35–43 (2014).
16. Allison, K. C. *et al.* Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int. J. Eat. Disord.* NA-NA (2009) doi:10.1002/eat.20693.
17. Hamdy O, Ganda OP, Maryniuk M, Gabbay RA; Members of the Joslin Clinical Oversight Committee. CHAPTER 2. Clinical nutrition guideline for overweight and obese adults with type 2 diabetes (T2D) or prediabetes, or those at high risk for developing T2D. *Am J Manag Care.* 2018 Jun;24(7 Spec No.):SP226-SP231. PMID: 29938995.
18. Hill AM, *et al.* Type and amount of dietary protein in the treatment of metabolic syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2015 Oct; 102 (4): 757-70.
19. Chung, H. *et al.* Frequency and Type of Seafood Consumed Influence Plasma (n-3) Fatty Acid Concentrations. *The Journal of Nutrition* **138**, 2422–2427 (2008).

20. Stegenga, H., Haines, A., Jones, K., Wilding, J., & On behalf of the Guideline Development Group. Identification, assessment, and management of overweight and obesity: summary of updated NICE guidance. *BMJ* **349**, g6608–g6608 (2014).
21. World Health Organization. Health Promotion Glossary. (1998).
22. Yumuk, V. *et al.* European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts* **8**, 402–424 (2015).
23. Mann, T. *et al.* Medicare's search for effective obesity treatments: Diets are not the answer. *American Psychologist* **62**, 220–233 (2007).
24. Sumithran, P., Delbridge, E. & Kriketos, A. Long-Term Persistence of Hormonal Adaptations to Weight Loss. *The New England Journal of Medicine* **8** (2011).
25. Koliaki, C. *et al.* Defining the Optimal Dietary Approach for Safe, Effective and Sustainable Weight Loss in Overweight and Obese Adults. *Healthcare* **6**, 73 (2018).
26. Nackers, L. M. *et al.* Effects of prescribing 1,000 versus 1,500 kilocalories per day in the behavioral treatment of obesity: A randomized trial: Caloric prescription in behavioral treatment. *Obesity* **21**, 2481–2487 (2013).
27. Hall, K. D. *et al.* Energy balance and its components: implications for body weight regulation. *The American Journal of Clinical Nutrition* **95**, 989–994 (2012).
28. Jessica Zibellini, Radhika V Seimon, Crystal MY Lee, Alice A Gibson, Michelle SH Hsu, Sue A Shapses, Tuan V Nguyen, Amanda Sainsbury. Does Diet-Induced Weight Loss Lead to Bone Loss in Overweight or Obese Adults_ A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. (2015).
29. Warren, J. M., Smith, N. & Ashwell, M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr. Res. Rev.* **30**, 272–283 (2017).

30. Ruffault, A. *et al.* The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice* **11**, 90–111 (2017).
31. O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D. & Black, D. S. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review: Mindfulness interventions for eating behaviours. *Obes Rev* **15**, 453–461 (2014).
32. Chew, H. S. J., Sim, K. L. D., Choi, K. C. & Chair, S. Y. Relationship between self-care adherence, time perspective, readiness to change and executive function in patients with heart failure. *J Behav Med* **43**, 1–11 (2020).
33. Fulwiler, C., Brewer, J. A., Sinnott, S. & Loucks, E. B. Mindfulness-Based Interventions for Weight Loss and CVD Risk Management. *Curr Cardiovasc Risk Rep* **9**, 46 (2015).
34. Wang, H. *et al.* Incidence rates and predictors of diabetes in those with prediabetes: the Strong Heart Study. *Diabetes Metab. Res. Rev.* **26**, 378–385 (2010).
35. López-Guimerà, G. *et al.* CLOCK 3111 T/C SNP Interacts with Emotional Eating Behavior for Weight-Loss in a Mediterranean Population. *PLoS ONE* **9**, e99152 (2014).
36. Frayn, M. & Knäuper, B. Emotional Eating and Weight in Adults: a Review. *Curr Psychol* **37**, 924–933 (2018).
37. Cappelleri, J. C. *et al.* Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International Journal of Obesity* **33**, 611–620 (2009).
38. Nagl, M., Hilbert, A., de Zwaan, M., Braehler, E. & Kersting, A. The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric Properties, Measurement Invariance, and Population-Based Norms. *PLoS ONE* **11**, e0162510 (2016).
39. Schneider, K. L. *et al.* The emotional eating scale. Can a self-report measure predict observed emotional eating? *Appetite* **58**, 563–566 (2012).

40. Miller, A. L., Lo, S. L., Bauer, K. W. & Fredericks, E. M. Developmentally informed behaviour change techniques to enhance self-regulation in a health promotion context: a conceptual review. *Health Psychology Review* **14**, 116–131 (2020).
41. Pedro J Teixeira, Marlene N Silva, Sílvia R Coutinho, António L Palmeira, Jutta Mata, Paulo N Vieira, Eliana V Carraça, Teresa C Santos, Luís B Sardinha. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. (2009).
42. Burke, J. F., Sussman, J. B., Kent, D. M. & Hayward, R. A. Three simple rules to ensure reasonably credible subgroup analyses. *BMJ* h5651 (2015)
doi:10.1136/bmj.h5651.
43. Kabat-Zinn, J. Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. (2013).
44. NICE guideline. Depression in adults: treatment and management Published: 29 June 2022 www.nice.org.uk/guidance/ng222.
45. Kabat-Zinn, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* **10**, 144–156 (2003).
46. Tapper, K. Mindful eating: what we know so far. *Nutrition Bulletin* **47**, 168–185 (2022).
47. Lofgren, I. E. Mindful Eating: An Emerging Approach for Healthy Weight Management. *American Journal of Lifestyle Medicine* **9**, 212–216 (2015).
48. Grossman, P. & Van Dam, N. T. Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of *sati* in western psychology and science. *Contemporary Buddhism* **12**, 219–239 (2011).
49. Bowen, S. *et al.* Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse* **30**, 295–305 (2009).

50. Williams, J. M. G. *et al.* Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **82**, 275–286 (2014).
51. Taylor, V. A. *et al.* Awareness drives changes in reward value which predict eating behavior change: Probing reinforcement learning using experience sampling from mobile mindfulness training for maladaptive eating. *JBA* **10**, 482–497 (2021).
52. Schumacher, S., Kemps, E. & Tiggemann, M. Cognitive defusion and guided imagery tasks reduce naturalistic food cravings and consumption: A field study. *Appetite* **127**, 393–399 (2018).
53. Tapper, K. & Ahmed, Z. A Mindfulness-Based Decentering Technique Increases the Cognitive Accessibility of Health and Weight Loss Related Goals. *Front. Psychol.* **9**, 587 (2018).
54. Wilson, E., Senior, V. & Tapper, K. The effect of visualisation and mindfulness-based decentering on chocolate craving. *Appetite* **164**, 105278 (2021).
55. Khalsa, S. S. *et al.* Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* **3**, 501–513 (2018).
56. Robinson, E. *et al.* A systematic review and meta-analysis examining the effect of eating rate on energy intake and hunger. *The American Journal of Clinical Nutrition* **100**, 123–151 (2014).
57. Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K. & Critchley, H. D. Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology* **104**, 65–74 (2015).
58. Krop, E. M. *et al.* Influence of oral processing on appetite and food intake – A systematic review and meta-analysis. *Appetite* **125**, 253–269 (2018).
59. Hawton, K. *et al.* Slow Down: Behavioural and Physiological Effects of Reducing Eating Rate. *Nutrients* **11**, 50 (2018).

60. Simonson, A. P., Davis, K. K., Barone Gibbs, B., Venditti, E. M. & Jakicic, J. M. Comparison of mindful and slow eating strategies on acute energy intake. *Obes Sci Pract* **6**, 668–676 (2020).
61. Jha, A. P., Witkin, J. E., Morrison, A. B., Rostrup, N. & Stanley, E. Short-Form Mindfulness Training Protects Against Working Memory Degradation over High-Demand Intervals. *J Cogn Enhanc* **1**, 154–171 (2017).
62. Jha, A. P. *et al.* Bolstering Cognitive Resilience via Train-the-Trainer Delivery of Mindfulness Training in Applied High-Demand Settings. *Mindfulness* **11**, 683–697 (2020).
63. Jha, Amishi. Peak mind: find your focus, own your attention, invest 12 minutes a day. Hachette UK, 2021.
64. Hill, D. *et al.* Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review* **16**, 280–304 (2022).
65. Keng, S.-L. & Ang, Q. Effects of Mindfulness on Negative Affect, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating Urges. *Mindfulness* **10**, 1779–1791 (2019).
66. Yu, J., Song, P., Zhang, Y. & Wei, Z. Effects of Mindfulness-Based Intervention on the Treatment of Problematic Eating Behaviors: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* **26**, 666–679 (2020).
67. Bruce W. Smith, Brian M. Shelley, Anita L. Sloan, Kathleen Colleran & Kelly Erickson. A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Mindful Eating Intervention for Post-menopausal Obese Women. (2017).
68. Stites, S. D. *et al.* Pre-ordering lunch at work. Results of the what to eat for lunch study. *Appetite* **84**, 88–97 (2015).
69. Mantzios, M. & Wilson, J. C. Making concrete construals mindful: A novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & Health* **29**, 422–441 (2014).

70. Mason, A. E., Jhaveri, K., Cohn, M. & Brewer, J. A. Testing a mobile mindful eating intervention targeting craving-related eating: feasibility and proof of concept. *J Behav Med* **41**, 160–173 (2018).
71. Carrière, K., Siemers, N. & Knäuper, B. A Scoping Review of Mindful Eating Interventions for Obesity Management. *Mindfulness* **13**, 1387–1402 (2022).
72. Stolk, Y., Kaplan, I. & Szwarc, J. Clinical use of the Kessler psychological distress scales with culturally diverse groups: The Kessler Scales with Culturally Diverse Groups. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* **23**, 161–183 (2014).
73. Clementi, C., Casu, G. & Gremigni, P. An Abbreviated Version of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of Nutrition Education and Behavior* **49**, 352-356.e1 (2017).
74. Casu, G., Gremigni, P. & Masheb, R. M. Emotional overeating questionnaire: a validation study in Italian adults with obesity, overweight or normal weight. *Eat Weight Disord* **25**, 1747–1754 (2020).
75. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav.* 1982;7(1):47-55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7. PMID: 7080884.