

Idee disfunzionali del terapeuta cognitivo-comportamentale nella relazione con il paziente obeso

Silvia Facci¹

¹Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Verona

Riassunto

La letteratura scientifica negli ultimi anni ha evidenziato quanto l'obesità sia stigmatizzata e penalizzi chi ne è affetto in diversi e importanti domini della vita, come lavoro, istruzione, relazioni interpersonali e cure sanitarie. Sono stati inoltre evidenziati atteggiamenti negativi in diverse figure sanitarie, tra cui medici, infermieri, dietisti, psicologi, studenti di medicina e professionisti specializzati nel trattamento dell'obesità. Tali atteggiamenti negativi possono portare il paziente obeso a evitare o ritardare importanti visite mediche o a non aver fiducia nel professionista della salute. Poiché il ruolo dello psicologo è importante nella gestione del peso di questi pazienti, il presente lavoro ha lo scopo di indagare gli atteggiamenti e le opinioni nei confronti dell'obesità e delle persone con obesità in un campione di studenti in formazione della sede APC/SPC di Verona, confrontandolo con un campione rappresentativo della popolazione generale e valutando il ruolo delle principali variabili socio-demografiche.

Summary

Recent scientific literature says that obesity is stigmatized and penalizes who suffer from this, in several important domains of life, such as employment, education, relationship and health care. There were also shown negative attitudes in different medical figures, including doctors, nurses, dietitians, psychologists, medical students and professionals specialized in the treatment of obesity. These negative attitudes can lead the obese patient to avoid or delay important medical appointments or to do not trust in the health professional. Because the psychologist's role is important in weight management of these patients, this study aims to investigate the attitudes and the opinions towards the obesity and people with obesity in a sample of students of the Verona APC/SPC, comparing it to a representative sample of the general population and evaluating the role of the main socio-demographic variables.

Introduzione: perché occuparsi dello stigma in psicoterapia? Obesità: di chi è la colpa?

“Mangia meno e muoviti di più” è lo slogan che frequentemente viene consigliato a chi voglia perdere peso, si parli di cinque chili o cinquanta. Si tratta di un'idea senz'altro ragionevole ma estremamente e, come si vedrà in seguito, pericolosamente parziale, poiché non tiene conto dei complessi meccanismi coinvolti nella regolazione del peso corporeo.

È opinione condivisa che un'alimentazione inadeguata (non necessariamente solo eccessiva) e alti livelli di sedentarietà siano tra le cause principali del peso in eccesso, tuttavia non va dimenticato che sovrappeso e obesità sono fenomeni complessi e derivano da diverse cause: si tratta, infatti, di disturbi

cronici, in cui alle abitudini alimentari dell'individuo si intrecciano fattori genetici, psicologici, metabolici e ambientali (culturali ed economici).

Non tener conto della natura multifattoriale dell'obesità crea il rischio di considerare questa patologia come di esclusiva responsabilità (cioè colpa) dell'individuo. Una tale credenza, che spinge a vedere la persona come colpevole della sua condizione, spesso per pigrizia e scarsa forza di volontà, è tanto diffusa quanto difficilmente modificabile nella società occidentale: si tratta, in altri termini, di un paradigma basato sulla responsabilità personale (a lungo incoraggiato e difeso dalla stessa industria produttiva) da cui hanno preso vita interventi e programmi (mirati a educare ad una corretta alimentazione, ad una adeguata attività fisica, a resistere con la forza di volontà agli stimoli interni ed esterni che condurrebbero al consumo di cibo) che, a oggi, non si stanno rivelando efficaci.

D'altra parte, cogliendo l'astuta provocazione di Balko, Brownell e Nestle, dato che i tassi di obesità aumentano di anno in anno, c'è da chiedersi se oltre ad un'epidemia di obesità stiamo assistendo anche ad una epidemia di irresponsabilità (Balko, Brownell e Nestle, 2007).

In realtà, gli studi sull'obesità stanno delineando un ruolo sempre più certo della genetica nello sviluppo e nel mantenimento di questa condizione, sino a ipotizzare l'esistenza di un "gene risparmiatore" (Neel, 1962) vantaggioso, un tempo, per l'evoluzione (in grado, cioè, di permettere l'accumulo di grasso per sopravvivere ai periodi di carestia) ma inutile, anzi svantaggioso, oggi.

A onor del vero, tuttavia, è difficile pensare che le mutazioni genetiche e l'ereditarietà seguano evoluzioni così rapide come le statistiche sull'aumento dei casi di obesità registrati nelle ultime tre decenni ci suggeriscono.

L'idea oggi più accreditata e sostenibile è che differenze genetiche e metaboliche siano in grado di mediare le differenti risposte che gli individui danno all'ambiente.

Ed è proprio sull'ambiente che si stanno concentrando gli studi più recenti: l'obesità è risultata più elevata nelle zone in cui i fast food sono più diffusi (Morland e Evenson, 2009; Chou, Grossman e Saffer, 2004) tra coloro che hanno un più basso status socio-economico (French, Harnack e Jeffrey, 2000), ma anche tra i gruppi di popolazione che più spesso mangiano fuori casa, specie nelle strutture che incoraggiano un'alimentazione per eccesso (attraverso buffet o pubblicizzando promozioni di grandi quantità a poco prezzo), nonché nelle zone in cui gli abitanti percepiscono un ambiente sfavorevole all'attività fisica, a causa, per esempio, del traffico elevato, della mancanza di percorsi pedonali o ciclabili, della scarsità di strutture per lo sport (Casey, Elliott, Glanz, Haire-Joshu, Lovegreen, Saelens, Sallis e Brownson, 2008; Smoyer-Tomic, Spence, Raine, Amrhein, Cameron, Yassenovskiy, Cutumisu, Hemphill e Healy, 2008).

Dunque, se è vero che esiste una predisposizione genetica all'aumento di peso e alla difficoltà a perderlo, è pur vero che l'ambiente entro cui siamo immersi crea condizioni opposte a quelle che aiuterebbero il processo salutare (in particolare per quelle persone geneticamente predisposte), cosicché, mutuando una celebre metafora, si potrebbe dire che, come spesso accade, la genetica carica l'arma e l'ambiente preme il grilletto!

Brownell si riferisce a questo parlando di “ambiente tossico” (Brownell, 2005) per sottolineare la presenza di veri e propri fattori tossici nell’ambiente che inducono la popolazione ad assumere cibo in eccesso, poco salutare e/o a ridurre la quantità di attività fisica.

Un’azione sull’ambiente è dunque preziosa e irrinunciabile se l’obiettivo è ridurre in maniera significativa i comportamenti a rischio per la salute, come testimoniano, per esempio, gli interventi svolti contro il fumo di sigaretta (Rapporto 2011: Attività di prevenzione del tabagismo, <http://www.salute.gov.it>): riduzioni significative di questi comportamenti rischiosi si sono apprezzate proprio quando, parallelamente alle campagne informative ed educative, l’ambiente si è modificato per limitare la disponibilità del prodotto o le occasioni in cui questo era concesso (per esempio, ponendo limiti di età per l’acquisto delle sigarette e proibendo il fumo nei locali) e tassando il comportamento dannoso per la salute (per esempio, aumentando i costi delle sigarette).

Principali bias sul peso e loro conseguenze sulla persona stigmatizzata

“Ritenere di non avere pregiudizi è il più comune dei pregiudizi”, diceva tempo fa un filosofo colombiano (Nicolás Gómez Dávila, 1913 – 1994) e non c’è da dargli torto dato che ci nutriamo quotidianamente e inconsapevolmente di immagini e stimoli che plasmano le nostre idee e le nostre teorie sulle persone e sul mondo: nei telefilm, negli spot e nelle foto sui giornali, persino nei cartoni animati e nelle stesse campagne contro l’obesità, la persona obesa è spesso raffigurata attraverso immagini e atteggiamenti stereotipati, per esempio mentre assume grandi quantità di cibo poco sano, mentre mangia cibo spazzatura davanti alla tv o seduta in sedili troppo stretti per le sue misure, non di rado è mostrata trasandata o comunque mal vestita, con abiti non della giusta taglia, in generale, poco curata; mentre non mangia mai una mela o un’insalata, non passeggia o fa sport, a ben guardare, raramente è protagonista di storie d’amore romantiche, quanto al massimo di sceneggiati umoristici (White, Brown e Ginsburg, 1999). Per giunta, molti spot pubblicitari tendono ad enfatizzare l’idea che il peso sia facilmente modificabile e che il successo nella perdita di peso sia semplicemente una questione di sforzo e volontà personale.

Non stupisce, allora, che anche nella “vita reale” le persone con obesità possano essere considerate pigre, poco motivate, con scarsa autodisciplina e sciatte; ma anche meno competenti sul lavoro e meno aderenti ai programmi terapeutici, meno coscienti, meno gradevoli, meno emotivamente stabili e meno estroverse rispetto alle persone normopeso (Teachman, Gapinski, Brownell, Rawlins e Jeyaram, 2003).

Questi atteggiamenti negativi possono tradursi in veri e propri pregiudizi verso l’obesità e le persone obese che la ricerca mostra in aumento insieme ai casi di obesità (Andreyeva, Puhl e Brownell, 2008).

Da un punto di vista cognitivo, si tratta di idee irrazionali (bias) che possono avere una forte ricaduta sul comportamento, traducendosi, per esempio, in ineguaglianze negli ambienti di lavoro,

nell'accesso ai servizi sanitari, nell'istruzione, nelle relazioni interpersonali, nella selezione di giurie e nelle adozioni (Puhl e Brownell, 2001).

In particolare negli ambienti di lavoro, le persone obese tendono ad essere assunte meno e licenziate con maggior facilità, ad essere pagate di meno, ad ottenere meno promozioni; inoltre, si è stimata una netta tendenza da parte dei colleghi a preferire un compagno di lavoro normopeso (Roehling, Pilcher, Oswald e Bruce, 2008).

Neppure l'ambiente sanitario (medici, infermieri, psicologi, dietisti) sembra immune da pregiudizi: due importanti review (Phul e Heuer, 2009; Puhl et al., 2001) hanno dimostrato come i professionisti della salute abbiano atteggiamenti negativi nei confronti dei loro pazienti obesi che, più spesso dei normopeso, sono considerati pigri, lenti e oziosi, non aderenti al programma terapeutico, poco disciplinati e poco "resistenti", con scarsa forza di volontà, scarso autocontrollo e poca autostima. Inoltre, anche tra i professionisti della salute sembra radicata l'idea che la persona sia la principale (se non unica) responsabile del proprio eccesso di peso (nonostante le comprovate e diffuse conoscenze rispetto alla natura multifattoriale della patologia).

Da una ricerca che esaminava l'esperienza di stigma relativo al peso di oltre duemila donne americane, è emerso che il medico è tra le prime figure (secondo solo ai familiari e seguito dai compagni di classe) da cui le donne ricordano di avere più frequentemente ricevuto commenti inappropriati e sprezzanti relativi al loro peso (Puhl e Brownell, 2006).

Atteggiamenti negativi sono emersi anche in professionisti della salute che lavorano a diretto contatto con pazienti affetti da obesità.

Nel 2003, Schwartz (Schwartz, Chambliss e Brownell, 2003) condusse un'interessante indagine su clinici e ricercatori recatisi ad un convegno internazionale sull'obesità: i risultati hanno dimostrato che anche tra chi è abituato a trattare/studiare la patologia è forte la tendenza a considerare l'individuo obeso come globalmente più pigro, sciocco, indegno ("*lazy, stupid, worthless*"), estendendo il bias addirittura a caratteristiche che afferiscono all'intelligenza e al valore personale. Nello stesso studio, inoltre, è emerso che il più forte predittore in grado di identificare un bias di questo tipo è la giovane età dei professionisti, dato rispetto al quale gli autori dello studio hanno proposto due letture, non necessariamente escludentisi: da un lato, sembra presumibile che i giovani professionisti siano "figli del loro tempo", dando così voce all'associazione, tipica delle ultime decadi, per cui "magro è bello e volere è potere"; d'altro canto, sembra plausibile anche che i più anziani possano aver fatto tesoro di una maggior esperienza professionale e di vita con persone di tutte le taglie.

Anche uno studio condotto su un campione di studenti di scienze motorie, infine, ha evidenziato attitudini e opinioni particolarmente negative nei confronti delle persone con obesità, dato da tenere in considerazione se si pensa che talvolta istruttori e allenatori sportivi sono tra i primi a cui questi soggetti si rivolgono per perdere peso e migliorare lo stile di vita (Chambliss, Finley e Blair, 2004).

Ma che cosa accade nella sfera emotiva e nelle scelte di chi è vittima di tali pregiudizi?

Sebbene la letteratura in questo ambito sia appena agli inizi, sembra emergere che l'essere esposto allo stigma possa avere conseguenze negative a livello psicologico, sulla salute fisica e sul piano sociale.

A livello psicologico, la letteratura documenta come lo stigma possa aumentare la vulnerabilità alla depressione (Wadden, Sarwer, Fabricatore Jones, Stack e Williams, 2007), diminuire l'autostima, innalzare i livelli di insoddisfazione corporea (Annis, Cash e Hrabosky, 2004) e favorire il binge eating disorder (Puhl, Moss-Racusin e Schwartz, 2007).

Rispetto alla salute fisica, inoltre, lo stigma sul peso può portare a ritardare o addirittura a rinunciare a importanti visite di prevenzione e di controllo e questa tendenza sembra crescere al crescere dell'indice di massa corporea (in seguito, IMC) del soggetto, indipendentemente dai fattori generalmente associati alla scarsa attenzione verso la salute, come i bassi livelli di istruzione o di reddito (Mitchell, Padwal, Chuck e Klarenbach, 2008); inoltre, può condurre a interrompere anzitempo un programma dietetico (Phul *et al.*, 2007).

Sul piano sociale, infine, lo stigma pare facilitare l'esclusione e l'isolamento, diminuire la qualità delle relazioni interpersonali, rischiando di impattare negativamente anche sul reddito economico e sui risultati accademici (Phul *et al.*, 2001).

Ciò che conta, in questa sede e nel lavoro di cura con la persona obesa in psicoterapia, è come il bias sul peso sin qui descritto possa influenzare il comportamento del terapeuta (scelte terapeutiche, tempo dedicato al paziente, aspetti verbali e non verbali della comunicazione) e, malgrado le intenzioni, compromettere il trattamento di questi pazienti.

L'interesse nasce dal fatto che, con buona probabilità, anche il terapeuta cognitivo – comportamentale potrebbe, pur nella corretta applicazione delle sue tecniche, non essere immune da questi atteggiamenti negativi e pregiudicare (apparentemente senza spiegazione) il proprio lavoro. A questo proposito, verranno descritti i risultati di una ricerca condotta sugli studenti dell'Associazione di Psicologia Cognitiva e della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona (APC e SPC – Project Di Pauli 2011 – 2012).

Obiettivi di questo lavoro sono dunque: 1) ipotizzare quali potrebbero essere le credenze che lo psicoterapeuta ha/potrebbe avere rispetto alla persona con obesità (alla luce della ricerca sui terapeuti in formazione della Scuola e della letteratura); 2) fornire esempi su come queste credenze potrebbero manifestarsi attraverso il comportamento verbale e non verbale e dunque compromettere o inficiare il lavoro con il paziente obeso e gli obiettivi terapeutici; 3) proporre strategie attraverso cui monitorare ed eventualmente correggere tali bias (quali pensieri e quali emozioni controllare; quale atteggiamento e linguaggio preferire).

Il bias in psicoterapia, ovvero, possibili idee disfunzionali del terapeuta e loro influenza nella terapia cognitivo – comportamentale con il paziente obeso.

La ricerca APC – SPC

In ambito internazionale, la ricerca relativa alle credenze del personale sanitario riguardo l'obesità, in parte discussa nel capitolo precedente, è vivace, ricca di spunti sia di riflessione sia di lavoro e ha posto in luce alcuni bias di pensiero nei confronti dei quali ciascuno di noi, specie se medico o psicoterapeuta, vorrebbe (e dunque tende a) sentirsi immune.

In ambito italiano, tuttavia, questo sembra un terreno per molti aspetti ancora inesplorato, nonostante sia nota la rilevanza degli aspetti non verbali che, nascendo dalle credenze e dagli atteggiamenti del curante, si veicolano nella relazione con il paziente.

In aggiunta, gli studi condotti in maniera specifica sugli psicoterapeuti sono molto pochi anche nella ricerca internazionale. A conoscenza di chi scrive, infatti, in letteratura si trovano due pubblicazioni relative allo stigma tra gli psicologi (Hassel, Amici, Thurston, & Gorsuch, 2001; Davis-Coelho, Waltz, e Davis-Coelho, 2000), in grado però di aprire scenari interessanti. In questi studi, gli psicologi venivano assegnati in maniera casuale a due condizioni sperimentali: i due gruppi leggevano due descrizioni in tutto identiche, fatta eccezione per l'indicazione del peso del soggetto (in una, il paziente era normopeso, in una, era affetto da obesità). Ciò nonostante, gli psicologi tendevano a valutare il paziente con obesità più patologico, con sintomi più severi, con atteggiamenti più negativi, proponendo per lui prognosi peggiori rispetto a quelle ipotizzate per il paziente normopeso.

Ad oggi, invece, nessuno studio pubblicato ha indagato gli atteggiamenti e gli eventuali bias degli psicoterapeuti in formazione.

L'interesse su questi temi e, dunque, la voglia di dare un primo contributo in ambito nazionale sono stati i principali motori del project, condotto dal dott. Daniele Di Pauli, durante il corso di Psicoterapia Cognitiva di Verona (Associazione di Psicologia Cognitiva e Scuola di Psicoterapia Cognitiva), e frequentato da studenti provenienti dalle quattro annualità. È nel corso di questi incontri che è nata ed è stata condotta la ricerca qui descritta.

Obiettivi

I macro – obiettivi della ricerca sono stati due: da un lato, si intendeva far emergere se e come il pregiudizio nei confronti dell'obesità si modificasse a seconda delle principali variabili socio – demografiche, ovvero sesso, età, titolo di studio, IMC, lavoro nel campo dei disturbi del comportamento alimentare (in seguito, DCA) o dell'obesità, contatto con familiari/partner con una di queste patologie, personale esperienza di una di queste patologie, esperienza di dieta; d'altra parte, interessava capire se l'essere uno psicoterapeuta cognitivo – comportamentale portasse ad atteggiamenti più positivi verso le persone obese e l'obesità rispetto al campione di popolazione generale.

Nello specifico, rispetto alle variabili socio – demografiche ci si aspettava che l'essere stati a contatto con persone obese (per lavoro o perché familiari) diminuisse il bias, a seguito di un'esperienza più diretta e globale con l'individuo.

Per lo stesso motivo, ci si attendeva che anche l'essere personalmente in sovrappeso od obesi avesse una qualche influenza sugli atteggiamenti e le opinioni relative alle cause della patologia e, in particolare, che questa condizione diminuisse il bias.

Inoltre, ci si attendeva che l'avere un'immagine corporea negativa potesse influenzare negativamente anche gli atteggiamenti e le opinioni rispetto alle persone con obesità.

Per brevità e per coerenza con gli obiettivi del presente elaborato, in questa sede si darà maggior spazio alla discussione relativa ai futuri psicoterapeuti cognitivo – comportamentali.

Strumento

Ai fini dell'indagine e della conferma delle ipotesi iniziali, è stata costruita una batteria formata da tre test, già usati in letteratura per misurare la soddisfazione corporea, gli atteggiamenti e le credenze rispetto alle persone obese e alle cause dell'obesità e introdotta da una scheda anagrafica appositamente creata. Di seguito una breve descrizione (per batteria completa, si veda allegati):

- Scheda anagrafica: oltre a sesso, età, titolo di studio e professione, la scheda chiede al soggetto di indicare peso e altezza (funzionali al calcolo dell'IMC), se ha lavorato/sta lavorando nel campo dei DCA o dell'obesità, se ha avuto/ha familiari/partner con una di queste patologie, se ha personalmente sofferto/sta soffrendo di queste, se ha mai seguito una dieta;
- Body Image Assessment for Obesity (BIA-O – Williamson, Womble, Zucker, Reas, White, Blouin e Greenway, 2000): il test propone 18 figure stilizzate (maschili per i maschi, femminili per le femmine) e chiede al soggetto di identificare 1) la figura a cui più sente di somigliare e 2) la figura a cui vorrebbe somigliare. La misura che ne deriva indica lo scarto tra la percezione del proprio corpo e l'immagine ideale a cui il soggetto aspirerebbe per le proprie forme. Il test non stabilisce un cut off critico, ma osserva semplicemente l'ampliarsi dell'indice così rilevato, come indicatore di soddisfazione/insoddisfazione per il proprio aspetto fisico;
- Attitudes Toward Obese Persons Scale (ATOP – Allison, 1995): la scala propone 20 item rispetto ai quali il soggetto è invitato ad esprimere il proprio grado di accordo/disaccordo su una scala Likert che va da -3 (*“per niente d'accordo”*) a +3 (*“assolutamente d'accordo”*). Gli item indagano gli atteggiamenti del soggetto rispetto alla persona con obesità, riferendosi ad eventuali differenze nella personalità (es: *“Le persone obese sono più emotive di quelle normopeso”*; *“La maggior parte delle persone obese è più timida rispetto alle persone normopeso”*); a difficoltà incontrate sul piano sociale (es: *“La maggior parte delle persone normopeso non sposerebbe mai una persona obesa”*; *“La maggior parte delle persone obese prova risentimento verso i normopeso”*); all'autostima (es: *“La maggior parte delle persone obese non è scontenta di se stessa”*; *“Le persone obese hanno fiducia in se stesse come quelle normopeso”*). L'affidabilità dell'ATOP, calcolata attraverso l'Alpha di Cronbach è di .718. Ciascuno dei 20 item concorre in maniera simile a determinarne il punteggio, pertanto si è deciso di considerare sufficientemente valida la scala;

- Beliefs About Obese Persons Scale (BAOP – Allison et al., 1991). La scala propone 8 item strutturati come l'ATOP (scala Likert da -3 a +3) che indagano alcuni dei più frequenti bias relativi alla "controllabilità" da parte dell'individuo dell'obesità (es: "*In molti casi l'obesità è il risultato di un disturbo biologico*"; "*I problemi della maggior parte delle persone obese dipendono dalla scarsa attività fisica*"). Questo test, così come l'ATOP, non prevede un cut off (ovvero, un punteggio prima del quale non c'è bias e oltre il quale si ritiene disfunzionale l'idea), ma osserva l'aumento della criticità e della negatività degli atteggiamenti e delle opinioni dei soggetti, nei confronti delle persone obese, permettendo di confrontarla tra campioni specifici di popolazione. L'affidabilità iniziale del BAOP, calcolata attraverso gli 8 item del test, risultava decisamente bassa (Alpha di Cronbach: .621). Analizzando, in seguito, il contributo di ciascun item, è emerso come l'item 7 abbassasse più degli altri l'affidabilità. A posteriori, in effetti, l'item ci è apparso non ben formulato e, di conseguenza, fraintendibile: traducendo l'inglese "*Obesity is rarely caused by a lack of willpower*" agli intervistati si chiedeva di esprimere accordo/disaccordo rispetto all'espressione "L'obesità raramente è causata da mancanza di forza di volontà". L'avverbio "raramente" accompagnato dal sostantivo "mancanza" crea una sorta di doppia negazione che potrebbe aver reso tale formulazione poco chiara se non addirittura equivocabile. Per questi motivi, si è scelto di escludere l'item 7 dalle analisi, ricalcolando il punteggio per questa scala sui 7 item restanti (item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8): questo ha permesso di avere un test maggiormente affidabile (Alpha di Cronbach: .678).

Campione e somministrazione

I questionari sono stati somministrati nell'ottobre 2011 a tutti gli studenti appartenenti alle quattro annualità della Scuola di Verona, fatta eccezione per coloro che partecipavano al project e, dunque, alla ricerca. Ciascuno dei partecipanti al project, al contempo, ha somministrato la batteria a dieci persone al di fuori della Scuola, con l'unica attenzione che fossero a) maggiorenni e b) non appartenenti a professioni/corsi di studio di ambito sanitario (medici, psicologi, infermieri, dietisti .../ studenti di medicina, psicologia, scienze dell'alimentazione ...).

Analisi

Le analisi sono state compiute con il pacchetto software SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences).

Analisi descrittive e analisi della varianza sono state impiegate per avere una prima descrizione del campione totale e cogliere se tra studenti e popolazione generale emergessero differenze interessanti o significative rispetto alle principali variabili socio – demografiche indagate (età, sesso, IMC, soffrire/aver sofferto di DCA o di obesità, avere/aver avuto familiari con una di queste patologie, lavorare/aver lavorato in questo campo, soddisfazione corporea).

Successivamente, due modelli di regressione lineare hanno permesso di indagare le influenze di specifici predittori (sesso, età, lavoro nel campo dei DCA o dell'obesità, IMC, avere familiari con DCA, avere familiari con obesità, soffrire di DCA, soffrire di obesità, essere un terapeuta in formazione, insoddisfazione corporea) sui livelli di bias misurati dai due test ATOP e BAOP.

Risultati

Descrizione del campione

Il campione totale degli intervistati conta 287 persone, appartenenti per il 64,1% alla popolazione generale, mentre per il 35,9% a studenti APC e SPC di Verona.

L'età media è di 35,5 anni (38,3 per la popolazione generale e 30,6 per gli studenti).

Rispetto al sesso, le donne risultano globalmente più numerose (71,4%), tuttavia la presenza femminile si rileva quasi esclusiva tra gli studenti (93,2%), mentre è meglio bilanciata nella popolazione generale (59,2%).

La rilevazione di peso e altezza dei soggetti ha permesso di calcolarne, in seguito, l'IMC¹ e, dunque, le percentuali di sovrappeso/obesità: nel campione totale, la maggior parte dei soggetti (70,2%) risulta essere normopeso, il 18,6% risulta sovrappeso, mentre il 2,5% raggiunge un IMC che rivela obesità (il restante 8,8% dei soggetti ha un peso inferiore alla norma). Considerando separatamente i due campioni, si osserva che le percentuali di sovrappeso e obesità si rivelano maggiori nella popolazione generale rispetto che negli studenti (rispettivamente 24,5% e 3,3% vs 7,9% e 1%). Tuttavia, se il normopeso è più frequente tra i futuri terapeuti (77,2% vs 66,3%), va segnalato che, tra questi, sono maggiori anche le percentuali di sottopeso (13,9% vs 6%).

Rispetto al titolo di studio, il campione si divide piuttosto equamente tra chi è in possesso di un diploma di scuola superiore (41,1%) e chi è laureato (47,9%); dei restanti, appena il 2,1% ha raggiunto la sola licenza elementare, mentre l'8,9% è in possesso di una licenza media inferiore.

Non sono molti (8%) coloro che hanno lavorato nell'ambito dei DCA; mentre più del 20% ha avuto tra i propri familiari o partner casi di DCA (11,9%) o obesità (12,2%). Il 4,9% conferma di soffrire o aver sofferto di DCA, mentre una percentuale ancor più bassa (3,5%) riferisce invece di soffrire o aver sofferto di obesità.

L'indice calcolato dal BIA-O, attraverso lo scarto tra la forma percepita del proprio corpo e la forma desiderata, consente di dedurre il grado di soddisfazione per le proprie misure: poco meno di un terzo del campione (29,6%) ottiene il punteggio 0, esprimendo così una perfetta corrispondenza tra forma corporea percepita e desiderata, mentre la quasi totalità dei restanti vorrebbe per sé forme più sottili (mediamente di almeno un punto sia per gli studenti che per la popolazione generale).

Relazioni tra variabili e predittori del fenomeno

¹ L'indice di Massa Corporea è definito come il peso espresso in kg diviso per l'altezza espressa in m². Si identificano le seguenti categorie: Sottopeso: < 18,5; Normopeso: 18,5 – 24,9; Sovrappeso: 25 – 29,9; Obesità: ≥ 30

Da una prima analisi correlazionale, emerge innanzitutto che i due test ATOP e BAOP sono legati tra loro: in particolare, quanto più un soggetto riferisce atteggiamenti positivi nei confronti della persona obesa, tanto più sembra incline a pensare che la patologia non sia di esclusiva responsabilità del soggetto. Il dato è concorde con quanto emerso in precedenti studi (Allison, Basile e Yuker, 1991).

Ciò nonostante, se si analizza l'influenza relativa di specifici predittori sulle due variabili in esame (ATOP e BAOP) emergono alcune interessanti differenze.

Dal primo modello di regressione lineare (Tabella 1) emerge che mentre l'essere psicoterapeuti in formazione potrebbe predire un atteggiamento più aperto, positivo e meno stigmatizzante nei confronti della persona con obesità ($p = .05$), l'insoddisfazione verso il proprio corpo sembra al contrario alimentare gli atteggiamenti negativi ($p = .01$).

Il secondo modello di regressione lineare (Tabella 2) analizza invece la percezione di "controllabilità" sulla patologia da parte dell'individuo, ovvero quanto il soggetto è convinto che l'obesità non sia di esclusivo dominio della "forza di volontà" della persona che ne è affetta, ma possa comprendere diversi fattori ambientali, psicologici, biologici. I predittori associati positivamente a questa visione più globale e articolata dell'obesità sono l'aver/aver avuto familiari con un disturbo del comportamento alimentare ($p = .01$) e il non aver lavorato nel campo dei DCA o dell'obesità ($p = .02$).

Modello	Beta	Sig.
(Costante)		,000
Sesso	,020	,782
Età	-,052	,427
Lavoro in DCA/obesità	,014	,828
IMC	,062	,446
Familiari con DCA	,007	,910
Familiari con obesità	,068	,286
Sofferto di DCA	-,089	,145
Sofferto di obesità	-,018	,791
<u>Campione</u>	<u>,140</u>	<u>,051</u>
<u>CSB-IBS</u>	<u>-,172</u>	<u>,015</u>

Variabile dipendente: ATOP

Tabella 1. modello di regressione lineare con variabile dipendente ATOP

Modello	Beta	Sig.
(Costante)		,011
Sesso	,024	,731
Età	-,053	,406
<u>Lavoro in DCA/obesità</u>	<u>,143</u>	<u>,025</u>

IMC	-,016	,843
<u>Familiari con DCA</u>	<u>,156</u>	<u>,010</u>
Familiari con obesità	-,078	,213
Sofferto di DCA	-,060	,313
Sofferto di obesità	,086	,202
Campione	-,022	,751
CSB-IBS	-,037	,594

Variabile dipendente: BAOP

Tabella 2. modello di regressione lineare con variabile dipendente BAOP

Discussioni

Tra le ipotesi che hanno mosso questa ricerca, c'era la credenza che l'essere a contatto, per lavoro o per familiarità, con persone con obesità e/o il soffrirne personalmente potesse avere un'influenza positiva sugli atteggiamenti e sull'idea che ci si costruisce rispetto alle persone affette da questa patologia.

L'ipotesi, tuttavia, non trova sostegno nei risultati delle nostre analisi, poiché gli atteggiamenti non si discostano, in questi casi, da quelli della popolazione generale; inoltre, come ipotizzato, sembrano essere particolarmente severi laddove la persona si percepisce per prima scontenta della propria immagine corporea.

Potremmo supporre che la non accettazione delle proprie forme inasprisca e stereotipizzi l'idea che si ha nei confronti dell'obesità. Si può, in aggiunta, pensare che si tratti di soggetti particolarmente influenzati dalla cultura di questi tempi che tende ad idealizzare la magrezza facendone una sorta di equivalente di successo, bellezza, controllo, quindi di soggetti che hanno aderito al modello proposto, condannando ciò che vi si discosta, ma al contempo sentendosi non adeguati a corrispondervi.

Rispetto ai familiari, solo chi ha avuto parenti con DCA (e non con obesità) sembra essere più convinto che la condizione di obesità dipenda soltanto in parte dalla volontà del soggetto. Si potrebbe ipotizzare che diagnosi di anoressia nervosa o di bulimia nervosa veicolino maggiormente l'idea di sofferenza e mettano più in luce l'impotenza percepita da chi ne soffre o, ancora, che mettano più in luce i fattori ambientali di rinforzo e psicologici che ostacolano la guarigione; infine, si può ipotizzare che ai familiari di persone con DCA sia stata spiegata con maggior cura e attenzione la natura multifattoriale della patologia alimentare, rispetto a quanto non accada con i familiari di pazienti affetti da obesità, rendendoli dunque più consapevoli e in grado di generalizzare questa complessità anche alle cause dell'obesità e/o stimolando una maggior empatia con la sofferenza. D'altro canto, la letteratura ci ricorda come i familiari siano la principale fonte da cui il soggetto obeso ricorda di ricevere commenti inopportuni e svalutanti (Phul et al., 2006).

Infine, interessava indagare l'atteggiamento dei futuri psicoterapeuti cognitivo – comportamentali. Al netto delle variabili sopra discusse, sembra che questi mantengano un miglior atteggiamento nei confronti delle persone con obesità, tuttavia, rispetto alla popolazione generale, non si discostano per quanto riguarda le opinioni rispetto alla “controllabilità” individuale della patologia. Potremmo ipotizzare, a questo riguardo, che le risposte all'ATOP siano più influenzate dalla desiderabilità sociale e dunque più “controllabili”, soprattutto da chi, come gli psicologi, ha una certa familiarità e conoscenza dei test, rispetto agli item del BAOP.

Addirittura chi lavora o ha lavorato nel campo dei DCA o dell'obesità mostra di avere una visione meno articolata rispetto alla responsabilità, alla genesi e al mantenimento della patologia, ponendo più degli altri l'accento sulla responsabilità individuale. Una possibile spiegazione a questo può essere ricondotta alla frustrazione che spesso matura in chi opera in questo settore: i pazienti hanno spesso un alto tasso di drop – out e le terapie sono lunghe e articolate.

D'altra parte, come vedremo in seguito, bias di questo tipo rischiano di sostanzarsi in slogan e consigli “paternalistici” che ignorano la fatica e gli ostacoli che il paziente potrebbe trovare quotidianamente lungo il suo percorso: di qui l'importanza di una formazione specifica rivolta a coloro che lavorano con questa patologia, che abbia per tema lo stigma e le sue possibili implicazioni nella relazione e nella cura del paziente.

Il presente lavoro rappresenta un primo passo in ambito italiano verso l'analisi dello stigma anche nello psicoterapeuta; d'altro canto, non è privo di limiti che di seguito si evidenziano, in virtù di futuri studi di questo tipo. Innanzitutto, lo strumento utilizzato può essere migliorato: la traduzione è risultata in alcuni punti poco chiara o di non immediata comprensione, pertanto sarebbe opportuna la validazione delle scale oppure l'utilizzo di test (anche più recenti) già validati.

Ad analisi terminate, inoltre, il dato sui familiari di persone con DCA rivela per loro un bias significativamente minore riguardo alla controllabilità del peso, rispetto a quello presente nei familiari di persone con obesità, facendo intuire come il contatto con pazienti con DCA e con obesità siano due esperienze non accomunabili: per questo motivo si consiglia, in una eventuale raccolta dati anagrafici iniziale, di distinguere coloro che hanno lavorato con persone con obesità da coloro che hanno lavorato con soggetti in cura per DCA, così da coglierne eventuali differenze.

Come il bias del terapeuta potrebbe influenzare l'atteggiamento verso la persona con obesità

Alla luce di quanto discusso finora, appare evidente che il bias sul peso (weight bias) è presente nella popolazione e che lo stesso ambiente sanitario non ne è immune. Dunque, anche i professionisti della salute (tra i quali, gli psicoterapeuti) meglio intenzionati potrebbero maturare e veicolare alcune idee irrazionali relative al peso e alla condizione di obesità che potrebbero tradursi in ostacoli alla relazione e alla cura del paziente.

Pensare al paziente come responsabile della sua condizione, non collaborante, pigro, poco interessato alla sua salute, con scarsa forza di volontà, infatti, significa utilizzare le categorie del

giudizio morale o valoriale per leggere e comprendere la persona, induce a vederla come giusta o sbagliata, colpevole o innocente, dando vita ad un atteggiamento che si può percepire a livello emozionale (per esempio con vissuti di rabbia, pena, fastidio o disprezzo nei suoi confronti) e, se anche l'espressione verbale è tenuta sotto controllo, rischia di veicolarsi attraverso gli aspetti paraverbali e non verbali della comunicazione (responsabili del 90% delle informazioni che si passano all'altro), come si vedrà più nel dettaglio nel capitolo seguente.

Seguendo il modello cognitivo – comportamentale, è un po' come se il terapeuta avesse l'idea disfunzionale secondo cui “le persone devono curarsi della loro salute/sforzarsi per stare bene” e traducesse questo pensiero nell'idea primaria per cui “la persona non sta facendo di tutto per stare bene/non vuole dimagrire”, quindi “vale poco/lo fa apposta, in fondo non vuole collaborare/è un irresponsabile”.

Una simile catena di pensieri può avere prevedibili conseguenze sia sul piano emotivo sia sul piano comportamentale: il paziente, infatti, potrebbe apparire “non collaborante”, “resistente”, “non motivato”, “disinteressato”, una visione che potrebbe facilmente elicitare nel terapeuta vissuti di rabbia e/o ostilità e atteggiamenti di critica e condanna oppure di distacco e rifiuto.

Proprio per questo, simili emozioni potrebbero essere una sorta di campanello d'allarme per il terapeuta, un segnale che potrebbe indicargli la presenza di giudizi moraleggianti o valoriali rispetto alla persona, a discapito di una visione più clinica e descrittiva attraverso cui ricostruire con attenzione e rigore il funzionamento del paziente, considerando variabili interne ed esterne e non un sistema di valori assoluto e privo di riferimenti discutibili (Nisi, 2012).

D'altra parte, come spesso accade, idee disfunzionali e atteggiamenti giudicanti non rimangono “solo” nelle sfumature della comunicazione non verbale, ma prendono forma, come vedremo nel prossimo capitolo, anche nel linguaggio verbale.

Possibili strategie contro lo stigma

Ovvero, cosa può fare lo psicoterapeuta (e l'ambiente sanitario) per monitorare e controllare alcune idee disfunzionali nei confronti della persona con obesità

Nell'incontro con una persona che soffre di obesità alcuni aspetti, importanti in ogni terapia, diventano cruciali e imprescindibili.

Se le esperienze plasmano le aspettative, il terapeuta dovrebbe presumere, dati i resoconti dei pazienti con obesità e le ricerche sopra esposte, che le persone con questa patologia potrebbero arrivare all'incontro di consulenza o terapia già cariche di una storia di stigma e invalidazioni da parte dell'ambiente familiare e forse anche sanitario e questo potrebbe, sin da subito, metterle alla ricerca di quegli stessi atteggiamenti di colpa e svalutazione a cui sono abituate.

Partendo da questa consapevolezza, pertanto, sarà utile al terapeuta e alla relazione con il paziente indagare, sin dall'inizio, tutte le cause del problema portato, al di là del peso, enfatizzando, nella

discussione degli obiettivi, l'importanza di un cambiamento dei comportamenti e dei pensieri che attualmente mantengono la condizione, accanto alla perdita di peso.

In altri termini, conviene restituire al paziente (e a chi gli sta intorno) una visione più realistica e ampia dei fattori che mantengono la patologia, proponendo un'azione complessa, con obiettivi che mirano all'adozione di uno stile di vita sano e non solo a far scendere l'ago della bilancia. Tuttavia, poiché cambiare abitudini e stile di vita è faticoso per la maggior parte delle persone, non solo dei pazienti, sarà utile discutere e condividere questa difficoltà, normalizzandola e, contemporaneamente, evidenziando l'importanza di ciascun cambiamento.

Incoraggiare realisticamente il paziente evitando che si spaventi all'idea di perdere tanto peso e abbandoni un'idea che gli potrebbe apparire irrealizzabile, significa anche sottolineare come perdite di peso seppure modeste potrebbero avere un grande effetto in termini di salute, potrebbero metterlo in condizione di riprendere alcune attività, potrebbero innescare circoli virtuosi (<http://yaleruddcenter.org>).

In altre parole, sin dai primi incontri il terapeuta dovrebbe porre attenzione a dare accurate e complesse informazioni sulle cause della patologia e proporre e condividere un contratto di lavoro che abbia per obiettivo il miglioramento della salute e della qualità di vita (non la magrezza), declinato su obiettivi realistici, anche in relazione alla perdita di peso.

Di seguito, vengono proposti alcuni elementi utili da controllare durante l'incontro e la psicoterapia con il paziente affetto da obesità.

I belief del terapeuta

Secondo il modello cognitivo – comportamentale, al di là dell'antecedente ambientale (“avere di fronte una persona con obesità che racconta le sue difficoltà”), le conseguenze sul piano emotivo (come mi sento/come mi fa sentire) e comportamentale (che cosa scelgo di fare/quale atteggiamento assumo) discendono direttamente da credenze, assunzioni, pensieri, spesso automatici, della persona, una sorta di occhiali indiscussi con cui leggere ed interpretare il mondo. Anche i terapeuti si servono di questi occhiali e, come hanno dimostrato le ricerche in precedenza discusse, spesso le loro lenti assomigliano molto a quelle del resto della popolazione.

Per questo motivo, al fine di garantire un setting accogliente e sgombro da pregiudizi, è utile che il terapeuta indaghi con regolarità i suoi belief nei confronti del paziente. Di seguito, una proposta di possibili domande che potrebbero accompagnarne la riflessione:

- Condivido quelli che sono emersi come i principali stereotipi riguardo la persona obesa? (Mi sembrano veri/Mi sembrano falsi? Per quali ragioni?)
- Il peso di una persona mi comunica qualcosa sulla sua intelligenza, sul suo successo professionale, sull'importanza che dà alla salute?
- Mi sento a mio agio di fronte ad una persona con obesità o mi crea disagio, mi fa pena, mi fa rabbia, mi disgusta?

- Riesco a fornire al paziente feedback adeguati, in grado di incoraggiarlo a cambiare stile di vita o do per scontato che dovrebbe volerlo e, dunque, farlo?
- Capisco/Sono sensibile ai suoi bisogni o li sto sottovalutando/non li ho colti?
- Sto trattando il paziente con obesità o l'obesità (la persona o la condizione)?

La comunicazione

Comprendendo l'importanza della comunicazione nella relazione con i pazienti con obesità, nel 2003 Wadden e collaboratori (Wadden e Didie, 2003) decisero di studiare quali termini fossero

Linguaggio del giudizio morale	Linguaggio descrittivo del giudizio clinico
A questo punto, tocca soprattutto a lei impegnarsi e modificare la situazione.	<i>Il suo ruolo nel mantenere il disturbo attualmente è ...</i>

desiderabili o comunque accettati dai pazienti per descrivere il peso in eccesso e la condizione di obesità e quali invece no. Gli intervistati, tutti soggetti con problemi di obesità, riferirono di accettare termini come “peso”, “eccesso di peso” e “indice di massa corporea” (“weight,” excess weight”, “BMI”); mentre percepivano sgradevoli e giudicanti termini come “grassezza”, “grasso in eccesso”, “obesità”, “taglia grande”, “pesantezza”, “indice di massa corporea non salutare”, “peso del corpo non salutare”, “problemi di peso” (“fatness” “excess fat” “obesity” “large size” “heaviness” “unhealthy BMI”, “unhealthy body weight”, “weight problem”).

Se l'attenzione al singolo termine è importante per evitare di apparire offensivi o creare disagi nell'interazione, va tenuto presente che il linguaggio tutto dovrebbe essere quanto più possibile lontano da espressioni giudicanti e moraleggianti che spesso risuonano in doverizzazioni (“lei deve assolutamente ...”), colpevolizzazioni (“spettava solo a lei ...”) e giudizi (“è sbagliato/ha ragione ...”) e privilegiare un vocabolario più descrittivo dello stato della persona e del suo modo di funzionare, che tenga conto delle relazioni di causalità che legano i comportamenti e che privilegi un giudizio ispirato alla valutazione di costi e benefici per la persona, più che a sistemi di valore assoluti e indiscutibili.

È un grave errore non seguire la dieta che le hanno prescritto.	<i>Non è utile, a questo punto del percorso, modificare le indicazioni del medico. Quali difficoltà sente che la ostacolano?</i>
Finchè non cambia abitudini, non cambierà neanche la sua situazione.	<i>Quello che oggi lei fa produce questo effetto/mantiene in parte la sua condizione ...</i>
Non può più mangiare al fast food!	<i>Se il nostro obiettivo è migliorare la qualità della sua alimentazione, allora è utile ridurre i fast food o i luoghi in cui la qualità del cibo è incerta. È d'accordo?</i>
Dovrebbe abituarsi a camminare di più, non può spostarsi sempre in auto.	<i>Allenarsi a muoversi di più a piedi risulterà certamente vantaggioso rispetto all'obiettivo che ci siamo posti. Ci sono spostamenti che potrebbe iniziare a fare a piedi o in bicicletta anziché in auto?</i>

Di seguito, alcuni esempi in cui, a parità talvolta di intenzione, i termini scelti e la modalità comunicativa, di fatto, modificano il contenuto, veicolando un giudizio moraleggiante e giudicante, da un lato, clinico e descrittivo della realtà, dunque più rispettoso, dall'altro (Nisi, 2012).

Ci sono inoltre alcune categorie di espressioni, talvolta utilizzate in massima buona fede anche dai professionisti della salute, che potrebbero rischiare di minare la possibilità di empatizzare e sintonizzare con il paziente. Di seguito alcuni esempi:

- Frasi allarmistiche del tipo “*Se non perde peso si farà del male da solo!*”: è evidente che il peso in eccesso danneggia il paziente, ma generalmente la persona con obesità già sa che la sua salute è a rischio, per questo motivo. Frasi con questa risonanza aumentano la preoccupazione, con il rischio di ridurre la motivazione al cambiamento, non rassicurano, non nutrono il senso di autoefficacia e spesso paralizzano il soggetto, facendolo sentire il principale responsabile della sua condizione;
- Slogan e frasi fatte come “*Mangi meno e si muova di più!*”: forse slogan di questo tipo hanno qualche appeal nelle pubblicità, ma certamente, come già si è detto, banalizzano e azzerano la complessità della situazione e, ancor più, l'unicità dell'esperienza del paziente. D'altra parte, se questo bastasse, oramai non esisterebbero persone con problemi di peso;

- Espressioni colpevolizzanti del tipo “*Non si cura della sua salute!*”: anche questo approccio, come i precedenti, alimenta e conferma l’immagine stereotipata dell’obesità, che probabilmente il paziente conoscerà sin troppo bene, contribuendo a farlo sentire inadeguato e deteriorando la relazione terapeutica.

L’empatia

A fianco al “che cosa si dice” estrema importanza riveste il “come lo si dice” e il come si gestisce lo spazio terapeutico che si ha a disposizione con il paziente.

Alcune regole generali che hanno a che fare con la comunicazione empatica assumono qui importanza centrale, tra queste: chiamare il paziente per nome, fare domande aperte e riformulare quanto compreso (“mi faccia capire se ho capito ...”, “in altre parole mi sta dicendo che ...”), condividere le informazioni utilizzando un linguaggio che parli la lingua del paziente e incoraggi eventuali domande, chiedere e accettare eventuali correzioni del paziente (“cosa ne pensa rispetto a questo?”, “le sembra che abbiamo tralasciato qualche aspetto?”), riflettere il tono emotivo che sta trasmettendo (“mi sembra di sentire che tante situazioni le creano disagio o rabbia, immagino che certe circostanze siano davvero frustranti ...”), verificare con regolarità se accetta i messaggi salutari che gli sono forniti o se li vive come imposizioni o non li condivide o li sente non adatti alla sua condizione (“è d’accordo con queste proposte?”, “le sembra un progetto condivisibile? Aggiungerebbe/correggerebbe qualcosa?”).

Nei momenti in cui sia necessario discutere nello specifico di peso, inoltre, è buona regola chiedere al paziente il permesso di farlo, evitando formule del tipo “oggi parleremo del suo peso!” e preferendo espressioni come “è d’accordo se oggi dedichiamo un po’ del tempo a parlare di peso?”/“le va se oggi parliamo del peso?”.

L’ambiente

Assieme alle parole e all’atteggiamento del terapeuta comunica anche l’ambiente entro cui questo si trova e accoglie il paziente, a partire dalla sala d’attesa.

Evitare di alimentare lo stigma, significa, dunque, anche proporre un ambiente coerente con i messaggi di accettazione e accoglienza che si intende trasmettere.

Per questo, può essere utile provvedere a sedie robuste e ampie, scegliere con attenzione le riviste, i quadri e il materiale della sala d’attesa, così da evitare i messaggi che incoraggiano l’ideale di magrezza o stereotipizzano a loro volta l’obesità, a vantaggio di materiale neutro o che possa contenere suggerimenti utili al paziente, promuovendo uno stile di vita salutare.

Per concludere, ovvero, per iniziare

Se ogni forma di pregiudizio e stigmatizzazione è inaccettabile e dannosa, sembra quasi paradossale che si possa indirizzare addirittura ad una patologia che è, di per sé, una condizione dolorosa.

Eppure la storia, ma anche la cronaca, ci ricorda come sempre lo stigma colpisca le categorie più

deboli e meno attrezzate per farvi fronte, talvolta sulla base di un banale calcolo numerico.

D'altra parte, un tentativo di spiegazione basato sul concetto di maggioranza vs minoranza, dovrebbe portare a ipotizzare che lo stigma sull'obesità diminuisca con l'aumento della prevalenza dei casi registrati per questa patologia, tuttavia il dato non è stato confermato.

Una delle teorie più accreditate (Teoria attribuzionale, Weiner, 1995) suggerisce, invece, come la controllabilità della condizione da parte dell'individuo rivesta un'importanza centrale: se un attributo negativo è considerato sotto il controllo della persona (*“è obeso ma se lo volesse potrebbe cambiare la sua condizione”*), l'individuo tenderà ad essere più stigmatizzato (peraltro, in una sorta di equivalenza *“attributo sgradevole” = “persona sgradevole”*); viceversa, se gli elementi negativi sono considerati al di fuori dello stretto controllo personale, per esempio, causati da fattori biologici o ambientali (*“è obeso, potrebbe avere una predisposizione e forse vive in un contesto in cui risulta difficile assumere abitudini salutari”*), lo stesso attributo potrebbe elicitare sentimenti differenti, come dispiacere o empatia.

La condizione di terapeuta non rende esenti *tout court* dall'averne un qualche grado o una qualche forma di pregiudizio, specie se si considera che quelli relativi alle persone obese sono talmente parte della cultura occidentale da essere presenti addirittura in bambini in età prescolare (Cramer e Steinwert, 1998), anche quando sono loro stessi sovrappeso (Koroni, Garagouni-Areou, Roussi-Vergou, Zafiropoulou e Piperakis, 2009).

Quello che invece è richiesto al terapeuta è uno sforzo verso il riconoscimento e il lavoro su di essi, attraverso un'analisi dei propri belief, un'attenzione alla comunicazione e all'empatia e la proposta di un ambiente coerente con i messaggi che a livello esplicito intende dare.

D'altra parte, queste stesse attenzioni possono acquisire un valore prezioso ogni volta che ci si avvicina a pazienti con patologie che portano in sé, socialmente e culturalmente, un qualche grado di stigmatizzazione (per esempio, pazienti con dipendenze): il rischio di pensare *“in fondo, è la persona che lo vuole”/“se solo volesse, potrebbe stare meglio”* è sempre dietro l'angolo e, con esso, il pericolo di perpetuare copioni e circoli viziosi a cui i pazienti sono abituati, ma che non aiutano né la comprensione della persona né il cambiamento.

La sfida è dunque quella di ampliare lo sguardo, considerare tutte le variabili che concorrono al problema e offrire spazi sinceramente accoglienti entro i quali raccontarsi e sperimentarsi.

Bibliografia

- Allison, D.B. (1995). *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems. Measures, Theory, and Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Allison, D.B., Basile, V.C. & Yuker, H.E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 599-607

- Andreyeva, T., Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans: 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*, 16, 1129-1134
- Annis, N.M., Cash, T.F. & Hrabosky, J.I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body Image*, 1, 155-167
- Balko, R., Brownell, K.D. & Nestle, M. (2007). America's Obesity Crisis: Are You Responsible for Your Own Weight? www.time.com
- Brownell, K.D. (2005). Does a "Toxic" Environment Make Obesity Inevitable? *Obesity Management*, 1, 52-55
- Casey, A.A., Elliott, M., Glanz, K., Haire-Joshu, D., Lovegreen, S.L., Saelens, B.E., Sallis, J.F. & Brownson, R.C. (2008). Impact of the food environment and physical activity environment on behaviors and weight status in rural U.S. communities. *Preventive Medicine*, 47 (6), 600-604
- Chambliss, H.O., Finley, C.E. & Blair, S.N. (2004). Attitudes toward Obese Individuals among Exercise Science Students. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36 (3), 468-474
- Chou, S.Y., Grossman, M & Saffer, H. (2004). An economic analysis of adult obesity: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of Health Economics*, 23, 565-587
- Cramer, P. & Steinwert, T. (1998). Thin is Good, Fat is Bad: How Early Does it Begin? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19 (3), 429-451
- Davis-Coelho, K., Waltz, J. & Davis-Coelho, B. (2000). Awareness and prevention of bias against fat clients in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (6), 682-684
- French, S.A., Harnack, L. & Jeffrey, R.W. (2000). Fast food restaurant use among women in the Pound of Prevention study: dietary, behavioral and demographic correlates. *International Journal of Obesity*, 24, 1353-1359
- Hassel, T.D., Amici, C.J., Thuston, N.S. & Gorsuch, R.L. (2001). Client weight as a barrier to non-biased clinical judgment. *Journal of Psychology and Christianity*, 20, 145-161
- Koroni, M., Garagouni-Areou, F., Roussi-Vergou, C.J., Zafiropoulou, M. & Piperakis, S.M. (2009). The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite*, 241-244
- Mitchell, J.E., Padwal, R.S., Chuck, A.W. & Klarenbach, S.W. (2008). Cancer screening among the overweight and obese in Canada. *American Journal of Preventive Medicine*, 35, 127–132
- Morland, K.B & Evenson K.R. (2009). Obesity prevalence and the local food environment. *Health & Place*, 15 (2), 491-495
- Neel, J.V. (1962). Diabetes mellitus: a "thrifty" genotype rendered detrimental by "progress"? *American Journal of Human Genetics*, 14, 353-62
- Nisi, A. (2012). Comunicazione personale
- Puhl, R.M. & Heuer, C.A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17 (5), 941-964
- Puhl, R.M., Brownell, K.D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9 (12), 788-805
- Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)*, 14, 1802-1815
- Puhl, R.M., Moss-Racusin, C.A. & Schwartz, M.B. (2007). Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*, 15, 19-23
- Roehling, M.V., Pilcher, S., Oswald, F. & Bruce T. The effects of weight bias on job-related outcomes: a meta-analysis of experimental studies. Academy of Management Annual Meeting, Anaheim, CA, 2008.
- Schwartz, M.B., Chambliss, H.O., Brownell, K.D., Blair, S.N. & Billington, C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*, 11 (9), 1033-1039
- Schwartz, M.B., Chambliss, H.O., Brownell, K.D., Blair, S.N. & Billington C. (2003). Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity*, 11 (9), 1033-1039
- Smoyer-Tomic, K.E., Spence, J.C., Raine, K.D., Amrhein, C., Cameron, N., Yassenovskiy, V., Cutumisu, N., Hemphill, E. & Healy J. (2008). The association between neighborhood socioeconomic status and exposure to supermarkets and fast food outlets. *Health & Place*, 14, 740-754
- Teachman, B.A., Gapinski, K.D., Brownell, K.D., Rawlins, M. & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: the impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22, 68-78
- Wadden, T.A. & Didie, E. (2003). What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obesity Research*, 11 (9), 1140-6

- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Fabricatore, A.N., Jones, L., Stack, R. & Williams, N.S. (2007). Psychosocial and behavioral status of patients undergoing bariatric surgery: what to expect before and after surgery. *Medical Clinic of North America*, 91, 451-469
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford
- White, S.E., Brown, N.J. & Ginsburg, S.L. (1999). Diversity of body types in network television programming: a content analysis. *Communication Research Reports*, 16, 386-392
- Williamson, D.A., Womble, L.G., Zucker, N.L., Reas, D.L., White, M.A., Blouin, D.C. & Greenway, F. (2000). Body image assessment for obesity (BIA O): development of a new procedure. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1326-1332

<http://www.salute.gov.it>

<http://yaleruddcenter.org>

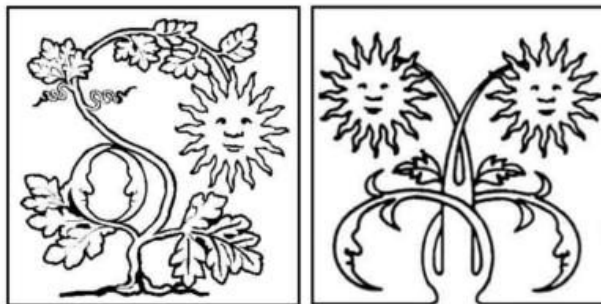
Silvia Facci

Psicologa e Psicoterapeuta

Specializzata a Verona, training Antonella Ivaldi – Antonio Nisi

e-mail: silviafacci@libero.it

SCHEDA ANAGRAFICA PER POPOLAZIONE GENERALE



- Et 

- Sesso F M

- Peso Altezza

-Titolo di studio:

- Nessuno
- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Licenza media superiore
- Laurea in

- Professione

- Sta lavorando/ o ha lavorato nel campo dei Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa) e Obesit ?

- S 
- No

- Ha/ o ha avuto familiari/partner con:

- Disturbo del Comportamento Alimentare
- Obesit 
- Nessuna di queste

- Sta soffrendo/o ha sofferto di:

- Disturbo del Comportamento Alimentare
- Obesit 
- Nessuna di queste

- Attualmente sta seguendo una dieta per perdere peso?

- S 
- No

SCHEDA ANAGRAFICA PER PSICOTERAPEUTI IN FORMAZIONE

- Età

- Sesso F M

- Peso Altezza

- Titolo di studio:

Psicologia

Medicina

- Da quanti anni è laureata/o:

- Anno di corso APC/SPC:

- Professione

- Sta lavorando/ o ha lavorato nel campo dei Disturbi del Comportamento Alimentare (Anoressia Nervosa o Bulimia Nervosa) e Obesità?

Sì

No

- Ha/ o ha avuto familiari/partner con:

Disturbo del Comportamento Alimentare

Obesità

Nessuna di queste

- Sta soffrendo/ o ha sofferto di:

Disturbo del Comportamento Alimentare

Obesità

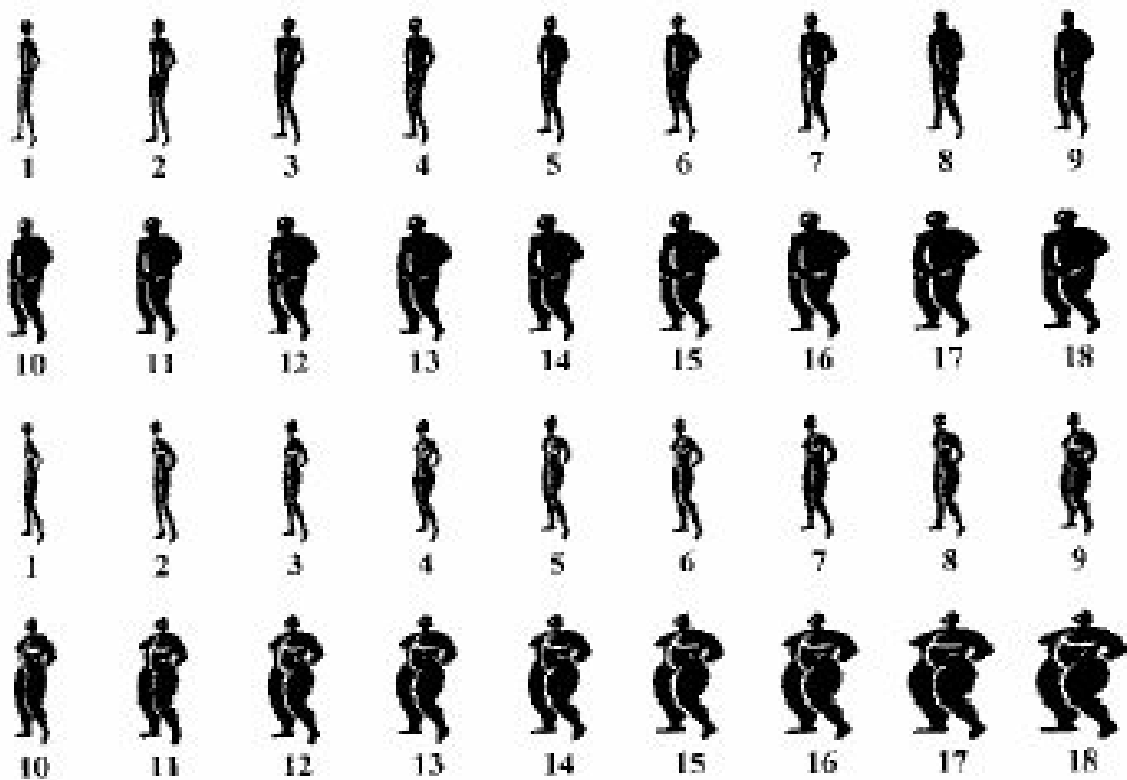
Nessuna di queste

- Attualmente sta seguendo una dieta per perdere peso?

Sì

No

BODY IMAGE ASSESSMENT FOR OBESITY (BIA – O)



Rispondete alle seguenti due domande indicando (nel trattino __) il numero della figura corrispondente. I soggetti maschi terranno conto delle prime 18 figure, mentre i soggetti femmine delle 18 figure seguenti

1) Quale immagine crede che rappresenti come pensa di essere veramente? __

2) Quale immagine pensa rappresenti il corpo che vorrebbe avere? __

TEST DI VALUTAZIONE DEGLI ATTEGGIAMENTI NEI CONFRONTI DELLE PERSONE OBESE (ATOP)

Istruzioni: Indichi se è o meno d'accordo, in base alla scala di giudizi di seguito riportati, con ciascuna delle seguenti affermazioni. La preghiamo di esprimere un giudizio su ciascuna affermazione. Nelle risposte, utilizzi la scala di giudizi di seguito riportata.

-3	-2	-1	+1	+2	+3
Per niente d'accordo	Non molto d'accordo	Leggermente in disaccordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Assolutamente d'accordo

	Le persone obese sono felici quanto quelle normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La maggior parte delle persone obese pensano di non essere buone quanto le persone normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La maggior parte delle persone obese è più timida delle persone normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La possibilità di carriera delle persone obese è minore rispetto alle persone normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La maggior parte delle persone normopeso non sposerebbe mai una persona obesa	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone affette da obesità grave sono trasandate	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone obese solitamente sono socievoli	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La maggior parte delle persone obese non è scontenta di se stessa	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone obese hanno fiducia in se stesse come quelle normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La maggior parte delle persone non si sente a proprio agio quando sta in contatto con persone obese	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone obese solitamente sono meno aggressive di quelle normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La maggior parte delle persone obese ha una personalità diversa dai normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Pochissime persone obese si vergognano del proprio peso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	La maggior parte delle persone obese prova risentimento verso i normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone obese sono più emotive di quelle normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone obese non dovrebbero sperare di poter condurre una vita normale	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone obese hanno le stesse condizioni di salute di quelle normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Le persone obese sono sessualmente attraenti come quelle	-3	-2	-1	+1	+2	+3

	normopeso						
	Le persone obese hanno tendenzialmente problemi familiari	-3	-2	-1	+1	+2	+3
	Una delle cose peggiori che potrebbero capitare ad una persona è quella di diventare obeso/a	-3	-2	-1	+1	+2	+3

TEST SULLE OPINIONI VERSO LE PERSONE OBESE (BAOP)

Istruzioni: Indichi se è o meno d'accordo, in base alla scala di giudizi di seguito riportati, con ciascuna delle seguenti affermazioni. La preghiamo di esprimere un giudizio su ciascuna affermazione. Nelle risposte, utilizzi la scala di giudizi di seguito riportata.

-3	-2	-1	+1	+2	+3
Per niente d'accordo	Non molto d'accordo	Leggermente in disaccordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Assolutamente d'accordo

L'obesità spesso dipende dal ricorso al cibo come forma di compensazione per una mancanza di amore o di attenzione	-3	-2	-1	+1	+2	+3
In molti casi l'obesità è il risultato di un disturbo biologico	-3	-2	-1	+1	+2	+3
L'obesità è solitamente causata da un'eccessiva assunzione di alimenti	-3	-2	-1	+1	+2	+3
I problemi della maggior parte delle persone obese dipendono dalla scarsa attività fisica	-3	-2	-1	+1	+2	+3
La maggior parte delle persone obese mangia di più delle persone normopeso	-3	-2	-1	+1	+2	+3
La maggior parte delle persone obese ha cattive abitudini alimentari che ne causano l'obesità	-3	-2	-1	+1	+2	+3
L'obesità raramente è causata da mancanza di forza di volontà	-3	-2	-1	+1	+2	+3
Alcune persone possono essere affette da dipendenza dal cibo proprio come altre lo sono nei confronti della droga e questo disturbo solitamente provoca obesità	-3	-2	-1	+1	+2	+3

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it