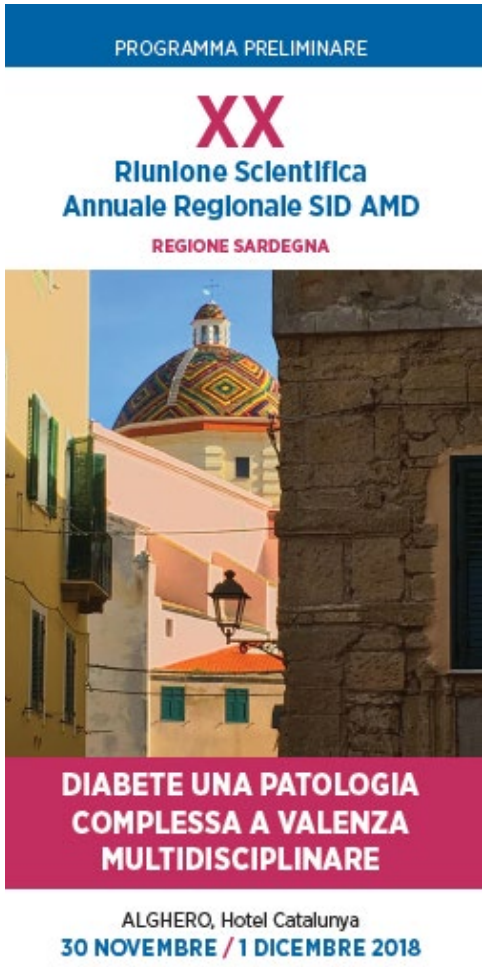


DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NEL PAZIENTE OBESO CON DIABETE TIPO 2

Romina Lecis

Psicologa

Specialista in Psicologia della Salute

DI CHI PARLIAMO?



FATTORI BIOPSICOSOCIALI

Sesso ed età

Lavoro

Attività fisica

Fattori socio-culturali

Credenze e convinzioni

Abitudini alimentari

Caratteristiche di personalità
e fattori psicologici

OBESITÁ

DCA: FATTORI DI RISCHIO

DIABETE TIPO 2

DCA: FATTORI DI RISCHIO

COMPLICANZE MALATTIA DIABETICA



DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

✓ **Sono inclusi nel DSM-5 come DISTURBI MENTALI**

Faiburn et al., 2003 definisce il Disturbo del comportamento alimentare (DCA): "*Una persistente alterazione della condotta alimentare o di comportamenti finalizzati al controllo del peso corporeo e della forma fisica che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta*"

DSM-5: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, American Psychiatry Association, 2013

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- ✓ I fattori di rischio e l'eziologia dei Disturbi del Comportamento Alimentare sono molteplici (ambientali, psicologici, neurobiologici, socio-culturali) e ciò rende la comprensione e il trattamento di questa patologia complicata (Herpertz-Dahlmann, 2015).

- ✓ Sono difficili da identificare → tendono ad arrivare all'attenzione del medico e/o terapeuta soltanto in fase avanzata.

- ✓ Benché la frequenza delle forme conclamate sia bassa, quelle sub-cliniche e borderline sono molto più diffuse.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Il DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), riconosce tre DCA principali:

- anoressia nervosa
- bulimia nervosa
- binge-eating disorder

Oltre a questi sono stati descritti anche un gruppo di altri disturbi cosiddetti «EDNOS - non altrimenti specificati»

Obesità ≠ DCA

ANNALS OF THE NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES
Issue: *The Year in Diabetes and Obesity*
REVIEW

Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities

Courtney McCuen-Wurst, Madelyn Ruggieri, and Kelly C. Allison

Ann. N.Y. Acad. Sci. 1411 (2018) 96–105 © 2017 New York Academy of Sciences.

Binge-eating disorder (BED) and night-eating syndrome (NES) are two forms of disordered eating associated with overweight and obesity. While these disorders also occur in nonobese persons, they seem to be associated with weight gain over time and higher risk of diabetes and other metabolic dysfunction. BED and NES are also associated with higher risk of psychopathology, including mood, anxiety, and sleep problems, than those of similar weight status without disordered eating. Treatments are available, including cognitive behavior therapy (CBT), interpersonal

Binge Eating Disorder (BED) e Night Eating Syndrome (NES)



SOVRAPPESO/OBESITÀ

BINGE EATING DISORDER

Il Binge Eating Disorder (BED) è caratterizzato, secondo il DSM-5 (APA 2013), da: "episodi ricorrenti di abbuffata, senza l'utilizzo regolare degli inappropriati comportamenti compensatori"

TAB. 8. *Criteri Dsm-5 per la diagnosi di disturbo di alimentazione incontrollata*

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da:
B. mangiare, in un periodo circoscritto di tempo (p.e. entro un paio d'ore), una quantità di cibo che è indubbiamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili
C. un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (p.e. sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).
D. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi: – mangiare molto più rapidamente del normale – mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni – mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati – mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando – sentirsi disgustati verso se stessi, depressi, o molto in colpa dopo le abbuffate.
E. È presente un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo
F. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, in media, almeno una volta a settimana per tre mesi consecutivi.
G. L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico) e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.
Specificare se: **In remissione parziale**: i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma la frequenza è scesa da tempo al disotto di un episodio a settimana. **In remissione totale**: tutti i criteri per la diagnosi di BED sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.
Specificare la gravità attuale: Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza media degli accessi di *binge eating* (v. sotto). Il livello di gravità può essere aumentato in funzione della presenza di altri sintomi e del grado di disabilità funzionale,. **Lieve:** 1-3 episodi/settimana di comportamenti impropri di compenso; **moderata:** 4-7 episodi/settimana; **grave:** 8-13 episodi/settimana; **estrema:** ≥ 14 episodi/settimana.

Il BED viene definito con la presenza di frequenti episodi di abbuffata, caratterizzati dalla consumazione di una grande quantità di cibo in un breve periodo di tempo, in aggiunta alla sensazione di perdita di controllo sull'atto del mangiare.

La proprietà che qualifica l'abbuffata *binge* è rappresentata dalla ***sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione***: il soggetto deve avvertire un senso di incapacità a controllare la qualità e la quantità del cibo. Si continua a mangiare senza fame, fino a sentirsi sgradevolmente pieno.

La persistenza del disturbo per un periodo di almeno 3 mesi

Fairburn (2011) elenca i principali elementi distintivi:

- ✓ Sensazioni
- ✓ Velocità nel mangiare
- ✓ Agitazione
- ✓ Stato alterato di coscienza
- ✓ Segretezza
- ✓ Perdita di controllo

BED: EPIDEMIOLOGIA

- **I dati sulla frequenza del BED hanno ancora range elevati perché solo di recente la diagnosi è stata codificata**

- Il BED è un disturbo altamente prevalente tra i soggetti che richiedono un trattamento per lo stato di obesità, con una *prevalenza che spazia tra il 15 e il 50%* (Latner, Clyne, 2008).

- La prevalenza del BED nella popolazione generale varia tra lo 0.7% e il 4.3% (Herpertz et al., 2011). **Nelle persone con DMT2 varia tra l'1.4% e il 25.6% con maggiore prevalenza nelle persone con BMI elevato**.

- In Europa risulta essere l'1,9% tra le donne e lo 0,3% tra gli uomini. Negli USA sembrano esserci livelli di prevalenza maggiori sia tra le donne (3,5%) che tra gli uomini (2%) (Hudson et al, 2007; Swanson et al., 2011). Età di insorgenza più tardiva sia dell'anoressia nervosa (AN) sia della bulimia nervosa (BN).

NIGHT EATING SYNDROME

È stata descritta per la prima volta nel 1955 da Albert Stunkard come un disturbo caratterizzato da anoressia mattutina, iperfagia serale ed insonnia.

Nel DSM-5 è stata inserita nella sezione EDNOS

Allison et al., 2010 hanno identificato i **criteri diagnostici**:

A. **Iperfagia serale notturna** (assunzione di almeno il 25% delle calorie e/o almeno 2 episodi alla settimana);

A. **Consapevolezza e ricordo degli episodi notturni**;

A. **Presenza di almeno 3 dei seguenti elementi**:

- Anoressia mattutina;
- Insonnia;
- Convinzione di dover mangiare per potersi addormentare;
- Umore tendenzialmente depresso soprattutto la sera
- Sentimenti di autosvalutazione

Reviews/Commentaries/ADA Statements
REVIEW ARTICLE

DEBORAH L. YOUNG-HYMAN, PHD
CATHERINE L. DAVIS, PHD

Disordered Eating Behavior in Individuals With Diabetes

Importance of context, evaluation, and classification

DIABETES CARE, VOLUME 33, NUMBER 3, MARCH 2010

"ED – DMT1"
"ED – DMT2"

- ✓ Relazione tra diagnosi di DCA e forme subcliniche in persone con diabete di tipo I e comorbilità psichiatriche.

- ✓ Correlazione positiva tra diagnosi di DCA e forme subcliniche in persone con diabete e:

1. Aumento dell'emoglobina glicosilata;
2. Omissione intenzionale di insulina (purging).

- ✓ Associazione tra DCA e aumento di:

- Retinopatia
- Neuropatia
- Anomalie transitorie lipidiche
- Ospedalizzazioni per chetoacidosi
- Scarso controllo metabolico

Meno note sono le relazioni tra DCA e salute nelle persone con diabete di tipo 2

DCA E DIABETE

Can J Diabetes xxx (2016) 1–6

Contents lists available at ScienceDirect

Canadian Journal of Diabetes

journal homepage: www.canadianjournalofdiabetes.com



Original Research

Predictors of Comorbid Eating Disorders and Diabetes in People with Type 1 and Type 2 Diabetes

Cynthia Gagnon PhD(c) [a], Annie Aimé PhD [b,*], Claude Bélanger PhD [a,c]

Results: On average, EDs developed after diabetes diagnoses in participants with type 1 diabetes but prior to diabetes diagnosis in participants with type 2 diabetes. In type 1 diabetes, avoidance coping styles and depressive symptoms predicted an additional diagnosis of EDs. Co-occurring EDs and type 2 diabetes were predicted by body mass indexes and task-oriented coping strategies.

Conclusions: Variables potentially influencing the development of EDs in people with diabetes differ according to the type of diabetes, body mass indexes, coping styles and depressive symptoms; they should be

DCA: Fattori di rischio o fattori predittivi della patologia diabetica?

Review

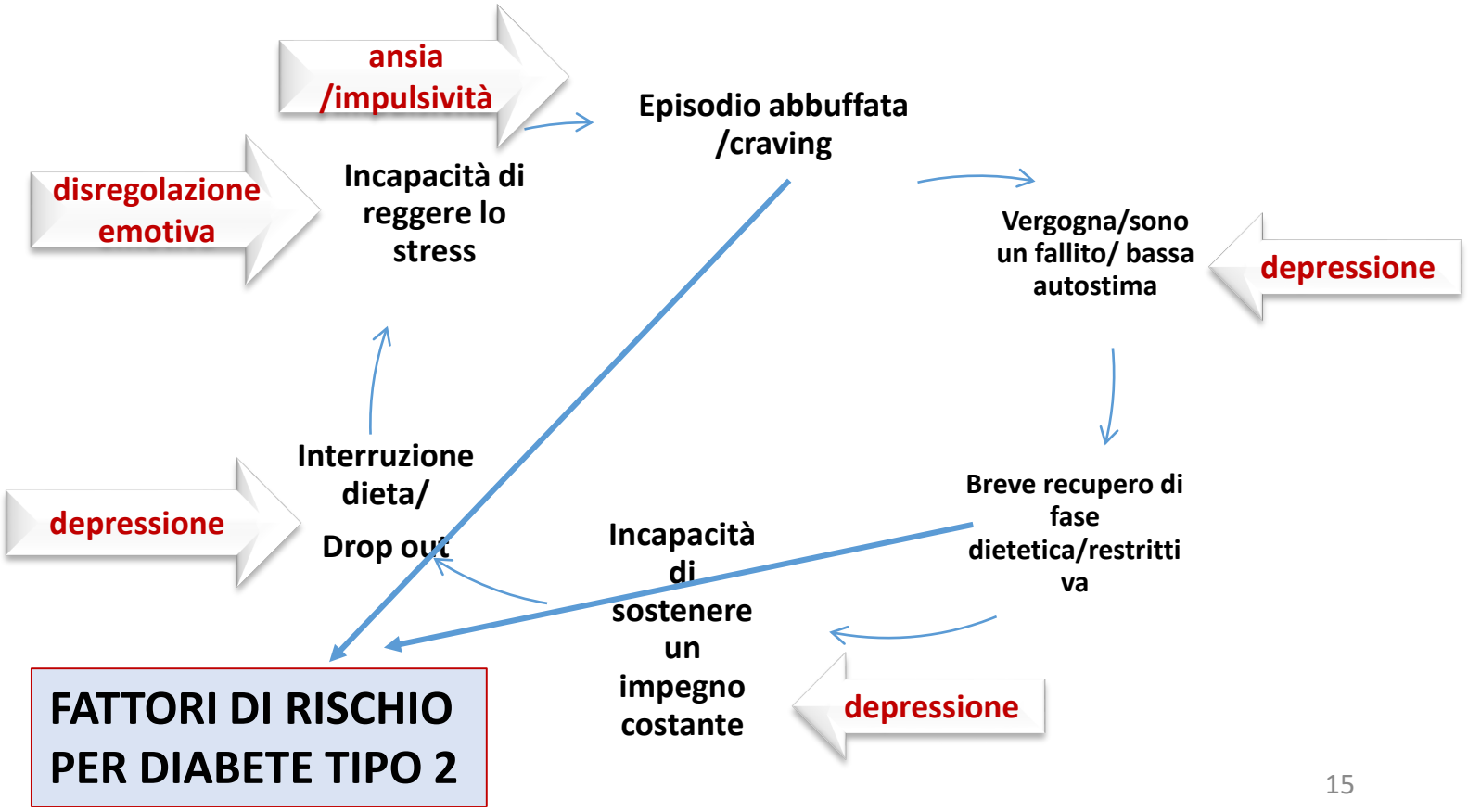
Eating Disorders and Disordered Eating Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes

G. Toni - Nutrients 2017:9;906

	Fattori di rischio	Bibliografia
Età e età all'esordio di T1D	7-18 anni	*Eaton DK - MMWR Surveill Summ 2012* *Takii M - Pediatr Diabetes 2011* *Neumark-Sztainer D - Diabetes Care 2002*
Sesso	Femminile (5-7 F: 1M)	*Neumark-Sztainer D - Public Health Nutr - 2010* *Wisting L - PloS ONE 2015*
Adeguamento alla dieta	Dieta fortemente dettagliata, osservanza rigorosa della ripartizione quali-quantitativa degli alimenti	*Colton P - Diabetes Care 2004* *Kelly SD - Diabetes Educ 2005* *Yardley IE - Diabets Thecnol Therap 2013*
BMI e immagine corporea	Sovrappeso/obesità, insoddisfazione della propria immagine corporea	*Russel Jones D - Diabetes Obes Metab 2007* *Gryll V - Psychol Psycother 2010* *Tse J - J Acad Nutr Diet 2012*
Caratteristiche personali	Ansia, depressione, scarsa autostima, insoddisfacente QdV	*Faiburn CG - Int J Eat Disord 1994* *Martin KA - J Sport Exerc Psychol 1997* *Goncalves J - Can J Diabetes 2016*
Famiglia	Scarsa attenzione alla qualità della alimentazione; eccesso di peso, alimentazione disordinata e DCA nella madre	*Maharaj SI - Psychol Med 2003* *Williams C - Psychol Healt Med 2014* *Caccavale LJ - Dev Behav Padiatr 2015*

- Nel diabete di tipo 2 la sequenza di esordio sembra essere opposta: i DCA e più precisamente il ***binge eating disorder***, sembrerebbe predisporre le persone al diabete di tipo 2.

- BED come fattore di rischio per DMT2: le cause sarebbero da ricercare nel cosiddetto **circuito del binge eating disorder**:



Curr Diab Rep (2017) 17: 138
https://doi.org/10.1007/s11892-017-0949-1

CrossMark

LIFESTYLE MANAGEMENT TO REDUCE DIABETES/CARDIOVASCULAR RISK (B CONWAY AND H KEENAN, SECTION EDITORS)

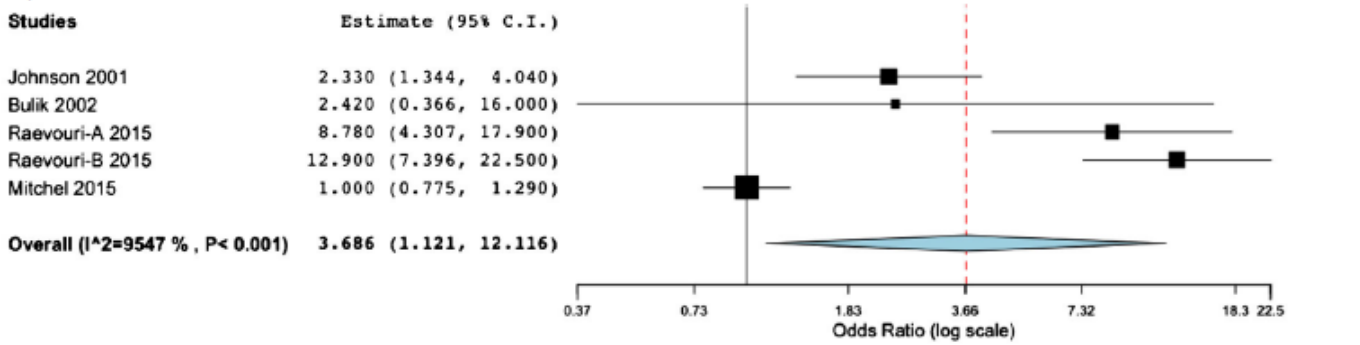
Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis

Ramfis Nieto-Martínez[1,2,3] · Juan P. González-Rivas[4] · José R. Medina-Inojosa[5] · Hermes Florez[1,6]

STUDI TRASVERSALI

BED e BN aumentano rischio di diabete di tipo 2

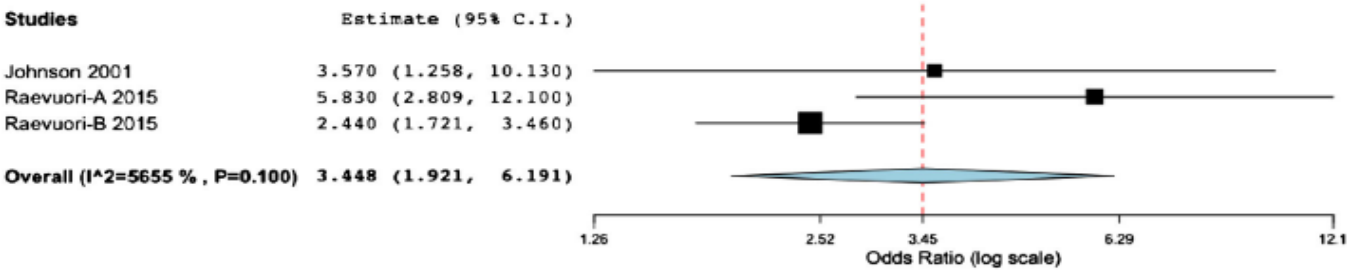
a) BED and T2D risk in cross-sectional studies

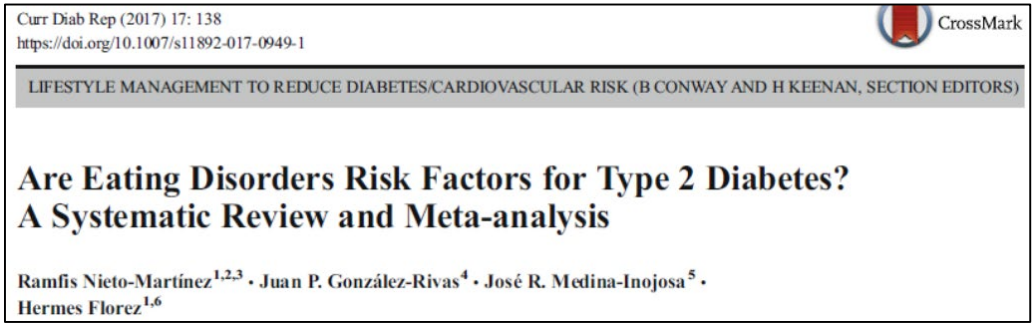


STUDI DI COORTE

Risultati meno chiari

c) BN and T2D risk in cross-sectional studies





Curr Diab Rep (2017) 17: 138
https://doi.org/10.1007/s11892-017-0949-1

CrossMark

LIFESTYLE MANAGEMENT TO REDUCE DIABETES/CARDIOVASCULAR RISK (B CONWAY AND H KEENAN, SECTION EDITORS)

Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis

Ramfis Nieto-Martínez[1,2,3] · Juan P. González-Rivas[4] · José R. Medina-Inojosa[5] · Hermes Florez[1,6]

Spiegazioni possibili

- ✓ Il DMT2 è spesso correlato a disturbi impulsivi, che sono stati associati con alterazioni della serotonina;

- ✓ L'infiammazione è un altro potenziale collegamento tra DCA e DMT2: persone con depressione, condizione comune al diabete tipo 2 e ai DCA hanno uno stato infiammatorio cronico, che potrebbe essere aumentato dalla reazione infiammatoria e dallo stress ossidativo osservati dopo episodi di iperfagia.

DMT2 e DCA



Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews xxx (2016) xxx–xxx

Contents lists available at ScienceDirect

Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/dsx

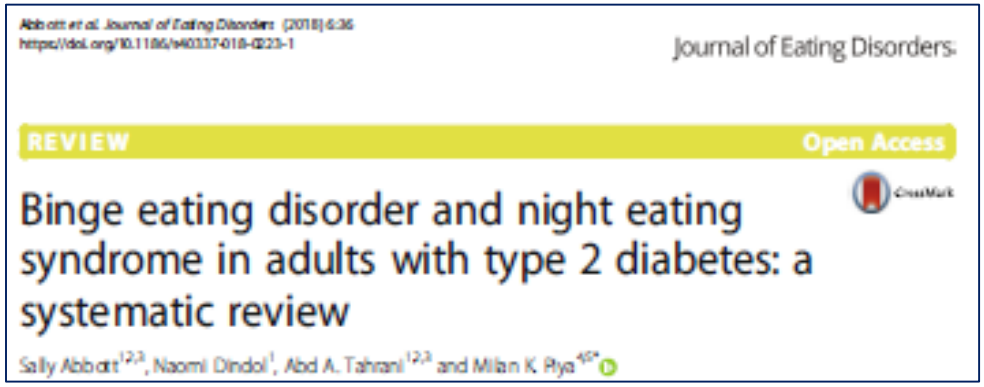
Review

Eating disoders in type 2 diabetic people: Brief review

Ricardo V. García-Mayor, MD, PhD[a,*], Francisco J. García-Soidán, MD[b]

- La co-occorrenza di DCA e DMT2 è risultata essere ampiamente variabile: BED dal 5% al 25,6%, Forme subcliniche di BED 20%; NES 3,9% . DCA presenti in circa il 40% delle persone con diabete tipo 2.

- Il comportamento ossessivo che caratterizza i DCA potrebbe compromettere il controllo metabolico in questi pazienti: alcuni studi hanno evidenziato uno scarso controllo metabolico e la difficoltà a perdere peso, pietra angolare per il trattamento del DMT2



Abbott et al. Journal of Eating Disorders (2018) 6:36
https://doi.org/10.1186/s40337-018-0223-1

Journal of Eating Disorders

REVIEW Open Access

Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes: a systematic review

Sally Abbott[1,2,3], Naomi Dindol[1], Abd A. Tahrani[1,2,3] and Milan K. Piya[4,5*]

- 6527 partecipanti con diagnosi BED su 10 studi (5 multicentrici)
- 1039 partecipanti con diagnosi NES su due studi (1 multicentrico)

- BED e NES sono comuni nei pazienti con DMT2, ma c'è una **grande variabilità**. BED: 1.2-25.6%. NES 3.8% - l'8.4%.

- Variabilità dovuta alla tipologia di campioni esaminati e al metodo utilizzato per la diagnosi dei DCA (interviste e/o questionari). BED (ridotto da 5.6 all'1.4%) e NES (ridotto dall'8.4 al 3.8%).

- BED può influenzare la variabilità glicemica attraverso il consumo di elevate quantità di calorie in un breve periodo di tempo o il digiuno prolungato. **Nessuna relazione statisticamente significativa tra BED e HbA1c**.

TRATTAMENTO DCA

Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: a systematic review and meta-analysis

Ata Ghaderi[1], Jenny Odeberg[2], Sanna Gustafsson[3,4], Maria Råstam[5,6], Agneta Brolund[2], Agneta Pettersson[2] and Thomas Parling[4,7]

(2018), *PeerJ*, DOI 10.7717/peerj.5113

Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) individuale e di gruppo.

Systematic Review or Meta-analysis

Effectiveness of cognitive–behavioural therapy on glycaemic control and psychological outcomes in adults with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

C. Uchendu and H. Blake

Diabet. Med. 34, 328–339 (2017)

Outcomes:
Miglioramento di emoglobina glicata, ansia e depressione nel breve/medio termine; **riduzione delle condotte di abbuffata**.

Non ci sono risultati chiari per quanto riguarda l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nei confronti dello stress diabete correlato e della qualità di vita.

Group therapy for binge eating in Type 2 diabetes: a randomized trial

J. Kenardy, M. Mensch*, K. Bowen*, B. Green and J. Walton

2002 Diabetes UK. *Diabetic Medicine*, **19**, 234–239

- ✓ Traial randomizzato
- ✓ CBT versus Programma psico-educativo con diario alimentare
- ✓ Setting di gruppo, **presenza dello psicologo nel team**

Risultati

Entrambi gli interventi riducono significativamente il numero delle abbuffate. No differenze significative fra trattamenti.

Qualsiasi trattamento non prescrittivo, anche senza particolari approfondimenti sul piano psicoterapeutico, può avere effetti favorevoli sul comportamento alimentare di persone con diabete tipo 2 e DCA

DALLA PSICOPATOLOGIA ALLA «NORMALITÁ»

DM

© 2006 The Authors.
Journal compilation © 2006 Diabetes UK. *Diabetic Medicine*, **23**, 788–794

DOI: 10.1111/j.1464-5491.2006.01885.x

Eating behaviour and adherence to diet in patients with Type 2 diabetes mellitus

F. A. van de Laar, E. H. van de Lisdonk, P. L. B. J. Lucassen, A. Stafleu*, J. Mulder, H. J. M. van den Hoogen, G. E. H. M. Rutten† and C. van Weel

- ✓ La ricerca sulla relazione tra comportamento alimentare e diabete di tipo 2 si è concentrata prevalentemente sui disturbi alimentari come la bulimia o il disturbo da alimentazione incontrollata, mentre i **pattern non patologici di comportamenti alimentari**, che possono svolgere un ruolo importante nella gestione del diabete di tipo 2 hanno ricevuto minore attenzione.

- ✓ Le cosiddette «*abitudini alimentari*» mostrano forti relazioni con l'età e con determinanti socio-culturali e psicologiche e sono strutturate nella **routine quotidiana della persona con diabete** e si associano a iperglicemia e obesità (Gouda et al., 2018).

- ✓ La condotta alimentare di tipo «**Emotional Eating**» tende a manifestarsi in modo specifico in risposta a stimoli emotivi negativi e a stress ed è stato associato alle difficoltà delle persone con diabete di tipo 2 nel cambiamento della dieta subito dopo la diagnosi.

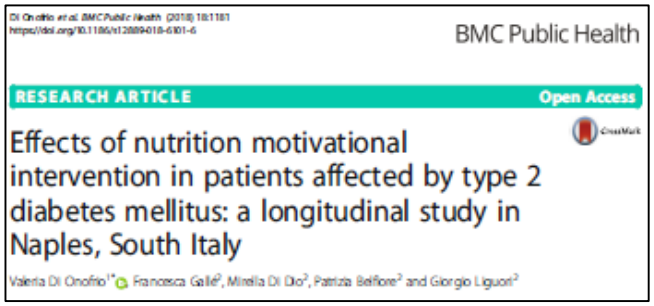


Obesity Symposium
CLINICAL TRIALS AND INVESTIGATIONS

Binge Eating and Weight Loss Outcomes in Individuals with Type 2 Diabetes: 4-Year Results from the Look AHEAD Study

Ariana M. Chao[1,2], Thomas A. Wadden[2], Amy A. Gorin[3], Jena Shaw Tronieri[2], Rebecca L. Pearl[2], Zayna M. Bakizada[2], Susan Z. Yanovski[4], and Robert I. Berkowitz[2,5]

Obesity (2017) 25, 1830-1837. doi:10.1002/oby.21975

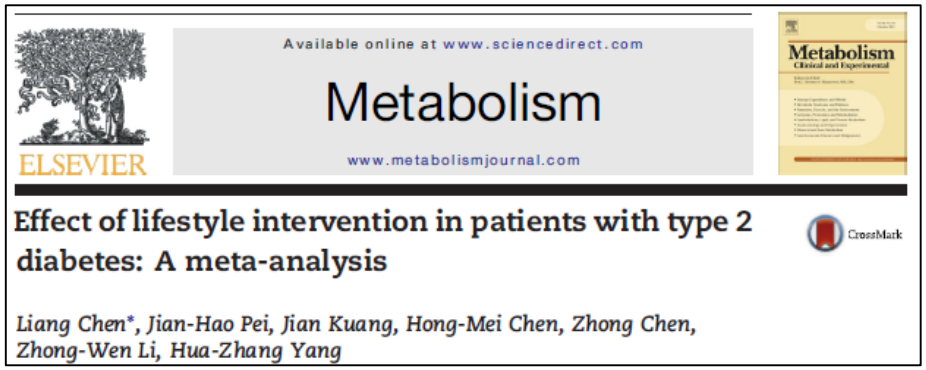


BMC Public Health

RESEARCH ARTICLE Open Access

Effects of nutrition motivational intervention in patients affected by type 2 diabetes mellitus: a longitudinal study in Naples, South Italy

Valeria Di Onofrio[1*], Francesca Gallè[2], Mirella Di Dio[2], Patrizia Bellfiore[2] and Giorgio Liguori[2]



Available online at www.sciencedirect.com

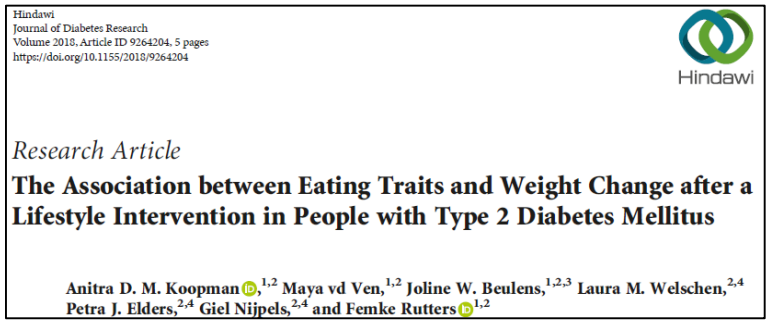
Metabolism

www.metabolismjournal.com

ELSEVIER

Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis

Liang Chen*, Jian-Hao Pei, Jian Kuang, Hong-Mei Chen, Zhong Chen, Zhong-Wen Li, Hua-Zhang Yang



Hindawi
Journal of Diabetes Research
Volume 2018, Article ID 9264204, 5 pages
https://doi.org/10.1155/2018/9264204

Research Article

The Association between Eating Traits and Weight Change after a Lifestyle Intervention in People with Type 2 Diabetes Mellitus

Anitra D. M. Koopman[1,2] Maya vd Ven,[1,2] Joline W. Beulens,[1,2,3] Laura M. Welschen,[2,4] Petra J. Elders,[2,4] Giel Nijpels,[2,4] and Femke Rutters[1,2]

INTERVENTI SULLO STILE DI VITA

RISULTATI MIGLIORI NEL MEDIO/LUNGO TERMINE

CONCLUSIONI

- Nella gestione del diabete di tipo 2 l'obiettivo di un successo a medio –lungo termine non può essere realisticamente ottenuto con modalità monospecialistiche.

- Team multidisciplinari nei quali l'intervento psicologico abbia ruolo centrale, insieme al trattamento medico e nutrizionale per i disturbi del comportamento alimentare.

- Attenzione alle abitudini alimentari al fine di ottenere un beneficio sulla salute e ridurre l'incidenza di complicanze

- Focalizzare l'attenzione su processi psicologici determinanti sugli stili di vita quali: la conoscenza, la motivazione al cambiamento, le credenze di auto-efficacia, le capacità di adottare e mantenere stili di vita sani.

Health Group:
Modifica degli stili di vita

L'**obiettivo generale** del progetto è *migliorare la qualità della vita delle persone sovrappeso/obese con diabete di tipo 2* attraverso un intervento di gruppo di tipo motivazionale, orientato al cambiamento dello stile di vita a supporto del percorso terapeutico individuale.

Obiettivi specifici:

- Riduzione delle condotte alimentari disfunzionali
- Aumentare la sensazione di autoefficacia
- Incoraggiare il mantenimento e il rafforzamento di comportamenti di salute

PROFILO DEI PARTECIPANTI

- ✓ 7 persone con diabete di tipo 2 (4 F; 3 M); età media 61,4±5,83; BMI medio di 32. Terapia in corso: 5 terapia farmacologica orale; 2 dietetica.

Lo screening effettuato attraverso un colloquio psicologico-clinico e la somministrazione di test psicodiagnostici in generale ha evidenziato:

- La tendenza a condotte alimentari caratterizzate da iperalimentazione attivate principalmente dalla incapacità a reggere le situazioni di stress e da stati emotivi negativi. Sintomatologia BED;

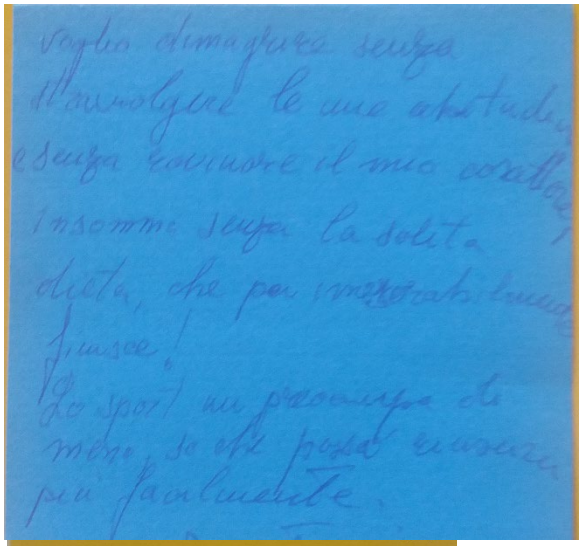
- Presenza di tratti temperamentali di elevata impulsività e locus of control esterno;

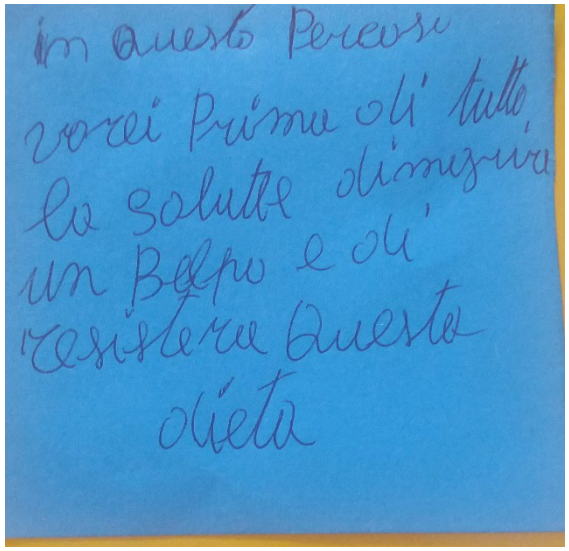
- Vissuti di disagio per il corpo: maggiore prevalenza tra le donne rispetto agli uomini;

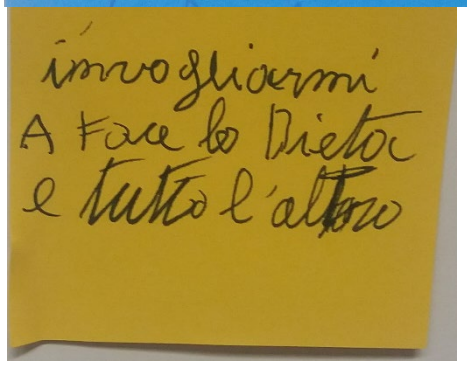
- Tentativi precedenti di perdita del peso attraverso trattamenti dietetici;

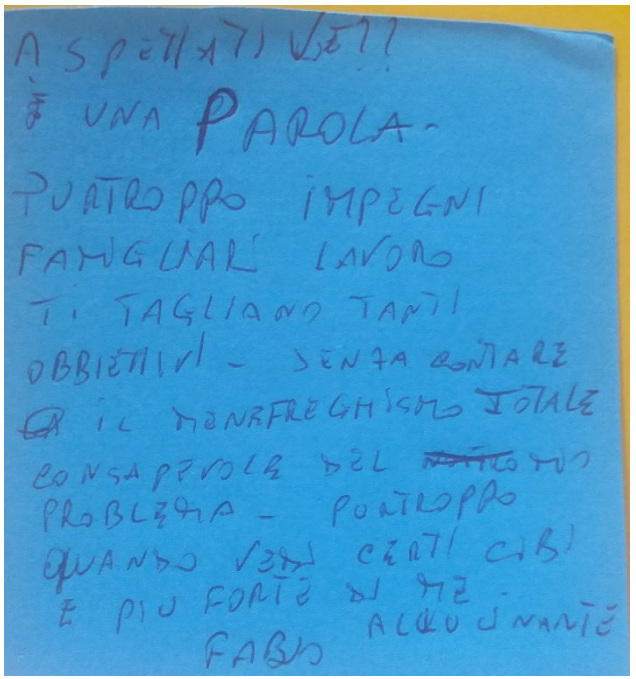
- Sistematizzazione transteoretica: 4 in contemplazione: *Attualmente no attività fisiche regolari e penso di iniziarle nel prossimo futuro*; 3 in preparazione: Attualmente *no attività fisiche regolari ma faccio qualche esercizio fisico almeno una o due volte per settimana*

ASPETTATIVE









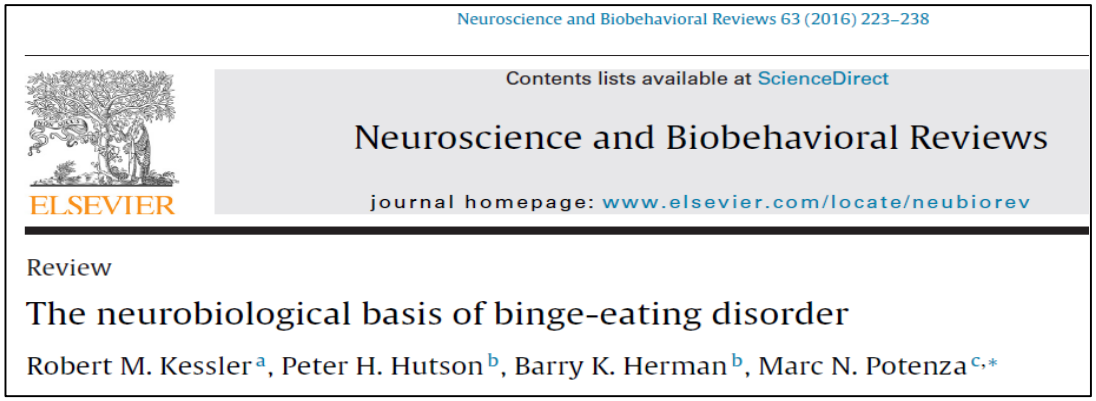
INTERVENTO

Gruppo come *luogo di scoperta e sperimentazione*, in particolare attraverso l'esplorazione e la gestione del proprio mondo emozionale.



- Identificare emozioni e pensieri correlati alle condotte alimentari disfunzionali;
- Identificare modalità alternative al cibo per gestire le situazioni problematiche;
- Aumentare il senso di autoefficacia;
- Sviluppare una maggiore capacità autoriflessiva ed empowerment.

EMOZIONI E PENSIERI: PERCHÉ?



Neuroscience and Biobehavioral Reviews 63 (2016) 223–238

Contents lists available at ScienceDirect

Neuroscience and Biobehavioral Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev

Review

The neurobiological basis of binge-eating disorder

Robert M. Kessler[a], Peter H. Hutson[b], Barry K. Herman[b], Marc N. Potenza[c,*]

Non è una questione di volontà!

- ✓ Sono stati individuati nell'uomo neurotrasmettitori e circuiti neurali che spiegano "perché mangiamo troppo", e in particolare la "perdita di controllo".

CIRCUITO DELLA RICOMPENSA
SISTEMA DI REGOLAZIONE EMOZIONALE

- ✓ Gli studi di neuroimaging evidenziano un aumento dell'impulsività, alterazioni dei sistemi di ricompensa, una diminuzione dei sistemi di controllo inibitori, un maggiore impairment cognitivo.

RISULTATI

- Sono stati esaminati i vissuti e i sentimenti connessi alla condizione cronica della malattia diabetica;
- Si è avviata una adeguata autogestione del cibo e del peso corporeo anche attraverso l'utilizzo di strumenti quali il diario alimentare e il diario delle emozioni;
- Si sono individuate e sperimentate valide alternative alle barriere emotive al cambiamento dello stile di vita.

Punti di forza

- Intervento in team
- Attenzione a bisogni e aspettative
- Partecipazione emotiva: condivisione e riconoscimento
- Sperimentazione di strategie funzionali

Punti di debolezza

- Psicologo non inserito nel team
- Reclutamento dei partecipanti
- Durata dell'intervento
- Assenza di misurazioni quantitative post-intervento



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!