



## Prove di efficacia della terapia cognitivo comportamentale nel trattamento dei soggetti adulti obesi.

Inf. Chinelli Marietta, Inf. Donati Graziella, Inf. Guadagno Vincenza,  
Diet. Sartini Angela

### PREMESSA

**La terapia del comportamento** si pone l'obiettivo di migliorare i problemi di salute psicofisica in modo concreto e verificabile, di affrontare il cambiamento comportamentale, cognitivo, emotivo, e fisiologico, attraverso l'intervento sui fattori predisponenti, precipitanti o di mantenimento.

Questa terapia ha lo scopo di aumentare la capacità del soggetto di analizzare il suo problema, e di coinvolgerlo nella definizione degli obiettivi e nelle decisioni terapeutiche.

Obiettivo ultimo è di rendere il paziente autonomo nella capacità di analizzare un problema e di sviluppare abilità adatte a far fronte alle diverse situazioni, anche emotive.

Lo sviluppo di una reale capacità di auto-aiuto del paziente prevede una relazione terapeutica finalizzata al suo *empowerment*, all'aumento della sua autoefficacia e della sua assertività; non cerca perciò di indurre nel soggetto la sottomissione a prescrizioni o l'acritica accettazione di soluzioni presentate dal terapeuta, che facilmente aumentano la sua dipendenza.

La terapia del comportamento ha avuto negli ultimi 30 anni un vasto impatto in molte problematiche medico-sanitarie. Le aree di impiego sono molteplici, ad esempio nel trattamento dell'ansia, nell'abuso di sostanze alcoliche, nei disturbi del sonno, nei trattamenti per la dissuefazione al fumo, nei disturbi del comportamento alimentare, nel trattamento dell'obesità, ecc.

L'applicazione di questa metodologia nel trattamento dell'obesità e del sovrappeso si basa sulla considerazione che l'obesità è indubbiamente una malattia causata da un bilancio positivo tra introito calorico e spesa energetica, ma mentre la spesa energetica può essere determinata da fattori genetici, metabolici o dall'attività fisica, l'introito calorico è esclusivamente legato al consumo di cibo.

La quantità dei cibi ingeriti, la tipologia o la modalità di consumo sono la conseguenza del nostro comportamento; anche il non mangiare o il sentirsi sazi può essere considerato espressione dello stesso comportamento, quindi si può dire che il mangiare o il non mangiare sono aspetti ugualmente importanti nell'approccio comportamentale dell'obesità.

Le prime utilizzazioni della terapia comportamentale nel trattamento dell'obesità risalgono agli anni '60; i primi tentativi si basavano sull'applicazione del condizionamento classico al comportamento alimentare.

La principale preoccupazione era allora quella di capire in che modo un operatore potesse esercitare un controllo sul comportamento alimentare e sul peso corporeo.

Caratteristica dei primi studi fu quella di focalizzare gli sforzi sulla restrizione calorica come principale obiettivo della terapia; ben presto però iniziarono i tentativi di trasferire l'autocontrollo al paziente obeso.

### LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Negli anni '70 si inizia a spostare l'attenzione dalla perdita di peso al cambiamento a lungo termine di abitudini alimentari e all'aumento dell'attività fisica, e la terapia comportamentale classica venne integrata con la prescrizione dietetica e con procedure finalizzate ad aumentare i livelli di attività fisica.

In quegli anni Agras, Brownell, e altri psicologi comportamentali, introdussero aspetti cognitivi nella terapia del comportamento, ben comprendendo l'importanza dei processi cognitivi<sup>1</sup> nel determinare il comportamento.

Compresero che alcuni comportamenti disfunzionali, come ad esempio l'alimentazione eccessiva ed i ridotti livelli di attività fisica, sono influenzati profondamente da fattori cognitivi, emozionali ed ambientali e che possono essere modificati attraverso l'apprendimento.

Le tecniche più utilizzate in quegli anni sono l'automonitoraggio dell'alimentazione, lo "*stimul control*", cioè la capacità di gestire le stimolazioni ambientali all'introduzione del cibo, i *training* di rilassamento, i *training* di assertività per migliorare le capacità relazionali.

Dopo i primi entusiasmi iniziali, verificarono che la predisposizione genetica ed i meccanismi biologici implicati nell'obesità, rendevano molto difficile il mantenimento nel tempo delle tecniche comportamentali apprese.

Negli anni '80 si sviluppa un reale interesse per i diversi aspetti clinici e psicosociali dell'obesità. La terapia in questi anni comprende aspetti di educazione alimentare, esercizio fisico, interventi cognitivi (valutare le motivazioni, concordare gli obiettivi, gestione dei fallimenti, supporto sociale con creazione di *network* per aiutare i pazienti nella gestione dell'autocontrollo). L'introduzione di queste innovazioni assicura risultati migliori ma vengono fatti solo studi per misurare il calo di peso a breve termine.

Negli anni '90, nel tentativo di migliorare i risultati, assistiamo all'introduzione del team interdisciplinare: si sviluppano diversi punti di osservazione e di interpretazione dei molteplici fattori eziologici e di mantenimento dell'obesità, ed il problema viene letto sotto gli aspetti psicologici, psicobiologici e medico nutrizionali mettendo a disposizione del paziente un maggiore varietà di interventi.

Furono introdotti nella terapia dell'obesità anche gruppi di supporto reciproco guidato, gruppi psicoeducazionali, terapie centrate sul corpo e sull'immagine corporea, interventi di *counseling* e riabilitazione alimentare, capacità di applicare il *problem solving* nelle situazioni critiche. In questi anni viene realisticamente accettato che le tecniche applicate non producano gli stessi effetti in tutti i soggetti obesi, e che per ogni paziente deve essere applicata una terapia individualizzata, modificabile nelle diverse fasi del trattamento.

Si comincia a parlare d'obiettivi ragionevoli, che mirano cioè a modificazioni ponderali e comportamentali più realistiche; inoltre la maggior sensibilità verso i disturbi del comportamento alimentare ha contribuito a far capire che un quarto dei pazienti obesi soffre di disturbi della condotta alimentare.

Per sintetizzare i programmi terapeutici che applicano il modello cognitivo-comportamentale per il trattamento dell'obesità, si pongono l'obiettivo di aiutare i soggetti a modificare in modo permanente lo stile di vita ed il comportamento alimentare, al fine di mantenere un peso corporeo più basso, di sperimentare l'autogestione delle proprie problematiche, di modificare gli atteggiamenti disfunzionali verso il cibo e verso il proprio corpo, di migliorare le relazioni interpersonali, di ridurre le principali psicopatologie associate.

### **Obiettivi del trattamento dell'obesità**

Negli ultimi 5 anni è diventato sempre più chiaro che una modesta perdita di peso è associata a significativi benefici per la salute: una riduzione del 5-10% del peso è sempre seguita da importanti miglioramenti nel livello di colesterolo, pressione sanguigna, glucosio ecc., e troviamo evidenze che questi benefici permangono se il peso non viene recuperato (Z.Cooper, C.Fairburn, 2001).

Il calo di peso intorno al 5-10 % è diventato un obiettivo dei programmi terapeutici per l'obesità, ma i benefici nel lungo periodo devono essere ancora verificati.

---

<sup>1</sup> Per processi cognitivi si intendono le modalità secondo le quali elaboriamo le informazioni, cioè selezioniamo e valutiamo in modo funzionale o disfunzionale alcuni aspetti della realtà.

Una pubblicazione del 1995 dell'US Institute of Medicine "Weighing the Options: Criteria for Evaluation Weight – Management Programs" definisce un trattamento "di successo" quando la perdita di peso del 5-10% rispetto al peso iniziale è mantenuta per almeno un anno (Z.Cooper, C.Fairburn, 2001).

In modo simile una dichiarazione dell'UK Royal College of Physician (1998) afferma che il principale obiettivo del trattamento dell'obesità è la perdita del 10 % del peso iniziale e definisce un successo la perdita di peso di più del 5 % del peso iniziale (Z.Cooper, C.Fairburn, 2001)

Il trattamento comportamentale per i soggetti obesi, focalizzato solo sulla perdita di peso, ha generalmente successo sulla perdita di peso a breve termine, ma spesso non sono molto efficaci nel mantenere il peso perso nel lungo termine (H.Nauta,2001)

Alcuni ricercatori hanno verificato che, malgrado vari tentativi di migliorare il mantenimento a lungo termine, quasi tutti i partecipanti ritornano al peso iniziale (H.Nauta, 2001). Altre ricerche hanno dimostrato che le diete in se stesse hanno effetti negativi: sottoporsi a frequenti diete ipocaloriche può essere associato con un incremento delle cause di mortalità, dovute anche a problemi cardiovascolari (H.Nauta,2001).

La letteratura non è esaustiva nell'attribuire alla dieta un ruolo nello sviluppo del *binge eating disorder*<sup>2</sup> negli obesi, ma in uno studio prospettico del 1993, Telch e Agras provarono che la restrizione calorica conduce a episodi di *binge eating* nei soggetti obesi (H.Nauta,2001).

Questi scoraggianti risultati nel trattamento dell'obesità ed i negativi effetti della dieta, hanno fatto dedurre che la perdita di peso non possa essere il primo obiettivo per molti soggetti obesi.

Ci sono alcune evidenze che suggeriscono sia più prudente puntare l'obiettivo sul benessere psicologico, piuttosto che sulla perdita di peso; quindi ricercatori e clinici hanno cominciato a utilizzare l'approccio non dietetico, focalizzando l'obiettivo primario non sulla perdita di peso (H.Nauta, 2001).

Gli obiettivi di un approccio non dietetico possono essere quelli di migliorare il benessere psicologico, di una migliore accettazione del proprio corpo, di normalizzare i comportamenti alimentari, di aumentare il dispendio energetico tramite un cambiamento dello stile di vita, piuttosto che la perdita di peso in se stessa.

Un importante sviluppo nello studio dell'obesità, è stato di accertare che il 20 - 46 % dei soggetti obesi che cercavano un trattamento presentavano un moderato o severo *binge eating disorder* (H.Nauta, 2001).

Questo sotto gruppo di soggetti obesi mostrava più severi problemi psicologici rispetto agli obesi non *binge eaters*, rispetto, cioè, ai soggetti non affetti da disturbo da alimentazione incontrollata; in particolare si sono rilevate maggiori problematiche riguardanti la forma e il peso del corpo rispetto ai non *binge eaters*. Così pure sono risultati più vulnerabili alla depressione e presentavano una minore autostima dei soggetti non *binge eaters* (H.Nauta, 2001).

Avere come obiettivo il benessere psicologico, la modifica degli atteggiamenti disfunzionali verso il proprio corpo, quindi un approccio non dietetico, può condurre a miglioramenti più duraturi ed effetti positivi anche sulla riduzione del peso a lungo termine, rispetto all'approccio dietetico, in considerazione anche del fatto che la restrizione calorica può condurre all'alimentazione incontrollata o alla sovra-alimentazione.

Aumentare il benessere psicologico può diminuire l'alimentazione eccessiva, causata anche dal disagio psicologico, ed in ultima analisi condurre ad una riduzione del peso corporeo.

Quindi l'approccio non dietetico può essere vantaggioso per i soggetti obesi e in particolare per i soggetti obesi *binge eaters*.

## **OBIETTIVO DELLA RICERCA**

---

<sup>2</sup> Disturbo da alimentazione incontrollata

L'obiettivo di questa ricerca è di verificare l'efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale nel trattamento del soggetto obeso, attraverso una revisione della letteratura internazionale degli ultimi 6 anni, vagliando gli studi che riportano i *follow up* a breve e lungo termine.

Gli *outcome* ricercati sono la riduzione del peso corporeo, le complicanze correlate all'obesità, la qualità della vita ed il benessere psicologico.

**P**= Soggetti adulti obesi (BMI >30)

**I**= Terapia cognitivo-comportamentale

**C**= /

**O**= Valutazione dell'efficacia a breve e lungo termine

## PAROLE CHIAVE

“Obesity “AND “Cognitive therapy”

“Obesity” AND “Cognitive behavior therapy”

“Obesity” AND “behavior”

## STRATEGIE DI RICERCA

La ricerca è stata effettuata attraverso internet consultando esclusivamente le pagine del Centro Studi EBN (Evidence Based Nursing), dell'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola - Malpighi.

Le Banche Dati sono state esaminate in questo ordine:

- National Guideline Clearinghouse (per le linee guida)
- Cochrane Library e Joanna Briggs Institute (per le revisioni sistematiche)
- Medline, Cinhal, Embase (BD primarie)

Nella ricerca sono state utilizzate le seguenti **parole chiave**:

“Obesity “AND “Cognitive therapy”

“Obesity” AND “Cognitive behavior therapy”

“Obesity” AND “behavior”

In Medline (Obesity” AND “Cognitive behavior therapy”),

In Cinhal ed Embase (Obesity “AND “Cognitive therapy”),

in NCG (Obesity” AND “behavior”, ”Obesity AND Cognitive therapy”).

## CRITERI DI SELEZIONE

- sono stati selezionati solo gli articoli in lingua inglese e forniti di *abstract*.
- la selezione è avvenuta solo dopo visione dell'*abstract*
- sono stati selezionati solo gli articoli pertinenti e rilevanti per rispondere al quesito.
- sono stati considerati solo gli articoli di cui si è potuto recuperare il *full-text*.
- sono stati considerati gli articoli relativi al periodo 1998 al 2003
- sono stati selezionati articoli relativi a soggetti adulti >19 anni in Medline, ma non è stato possibile per Cinhal ed Embase.
- sono stati selezionati solo articoli riguardanti il genere umano sono stati selezionati solo clinical trial in Medline, mentre in Cinhal ed Embase sia articoli che clinical trial.
- Sono state selezionate solo linee guida fornite di *full-text*.

## EVIDENCE REPORT

<a href="#">Banca Dati</a>	Termini Mesh	Limiti	N° Doc. Rilevati	N° Doc. Selezionati	<a href="#">Descrizione Articoli</a>
NATIONAL GUIDELINE CLEARING HOUSE	Obesity AND Behavior		34	4	<p>1. United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. <b><u>Screening for obesity in adults: recommendations and rationale.</u></b> 1996 revised 2003 Dec 2. 13 pages. NGC:003163</p> <p>2. United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. <b><u>Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale.</u></b> 1996 (revised 2002). 20 pages. NGC:002720</p> <p>3. American College of Preventive Medicine Practice Policy statement.</p> <p><b><u>Weight management counseling of overweight adults.</u></b> Am J Prev. Med 2001; Jul; 21(1):73-8.</p> <p>4. American Gastroenterological Association - Medical Specialty Society.</p> <p><b><u>American Gastroenterological Association medical position statement on obesity.</u></b> Gastroenterology 2002 Sep. 3 pages. NGC:002716</p>
NATIONAL GUIDELINE CLEARING HOUSE	Obesity AND Behavior therapy		5	3	<p>1. United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. <b><u>Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale.</u></b> 1996 (revised 2002). 20 pages. NGC:002720</p> <p>2. American College of Preventive Medicine Practice Policy statement.</p> <p><b><u>Weight management counseling of overweight adults.</u></b> Am J Prev. Med 2001; Jul; 21(1):73-8.</p> <p>3. American Gastroenterological Association - Medical</p>

						Specialty Society. <b><u>American Gastroenterological Association medical position statement on obesity.</u></b> Gastroenterology 2002 Sep. 3 pages. NGC:002716
<b>NATIONAL GUIDELINE CLEARING HOUSE</b>	Obesity AND Cognitive Therapy		0			
<b>JOANNA BRIGGS INSTITUTE</b>	Obesity AND Cognitive Therapy		0			
<b>COCHRANE LIBRARY</b>	Obesity AND Cognitive Therapy		0			
<b>COCHRANE LIBRARY</b>	Obesity AND Cognitive Therapy		0			
<b>CINHAL</b>	Obesity AND Cognitive Therapy	Lingua:INGLESE Anni: 98-2003 Articoli Clinical Trial	45	8		<b>1. Ciliska</b> Evaluation of two nondieting interventions for obese women. West J Nurs Res. 1998 Feb;20(1):119-35. ] <b>2. Cooper Z, Fairburn CG</b> A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. <b>Behav-ResTher</b> 2001: 39(5) 499-511 AN: 2001114610 <b>3. Kolsek M</b> Long term results of intensive treatment of obesity in the health centre Litija, Slovenia: A clinical audit <b>International-Journal-of-Obesity.</b> 1999; 23(7): 702-705 AN: 1999241669

	Obesity AND Cognitive	Lingua:INGLESE Anni: 98-2003	14	4	<p><b>4. Marchesini G, Natale S, Chierici S, Manini R, Besteghi L, Di Domizio S, Sartini A, Pasqui F, Baraldi L, Forlani G, Melchionda</b> Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder <b>International-Journal-of-Obesity.</b> 2002; 26(9): 1261-1267 AN: 2002333686</p> <p><b>5. Munsch S, Biedert E, Keller U.</b> Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. <i>Swiss Med Wkly.</i> 2003 Mar 8;133(9-10):148-54.</p> <p><b>6. Nauta H, Hospers H, Jansen A</b> One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight <i>British-Journal-of-Health-Psychology.</i> 2001; 6(3): 271-284 AN: 2001342172</p> <p><b>7. Nauta H, Hospers H, Kok G, Jansen A</b> A comparison between a cognitive and behavioural treatment for obese binge eaters and obese non.binge eaters <b>Behav-Res-Ther</b> 2000 31(3): 441- 461 AN: 2001050342</p> <p><b>8. Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone Jm, Lewis EL</b> Behavioural choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioural decision-based treatment for obesity <b>.Consult-Clin-Psychol</b> : 1999; 67(2) 260-255 AN: 1999157513</p> <p><b>1. Ciliska D.</b> Evaluation of two nondieting interventions for obese</p>
<b>MEDLINE</b>					

	Behavior Therapy	Adulti > 19 aa Genere umano Solo abstract Clinical trial			women. West J Nurs Res. 1998 Feb;20(1):119-35. <b>2. Dornelas EA, Wylie-Rosett J, Swencionis C.</b> The DIET study: long-term outcomes of a cognitive-behavioral weight-control intervention in independent-living elders. Dietary Intervention: Evaluation of Technology. J Am Diet Assoc. 1998 Nov;98(11):1276-81. <b>3. Munsch S, Biedert E, Keller U.</b> Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. Swiss Med Wkly. 2003 Mar 8;133(9-10):148-54. <b>4. Tanco S, Linden W, Earle T.</b> Well-being and morbid obesity in women: a controlled therapy evaluation. Int J Eat Disord. 1998 Apr;23(3):325-39.
--	------------------	---	--	--	---

### Descrizione degli studi

Studio	Disegno	Campione	Intervento	Esiti	Risultati
M.Kolsek 1999 Bibliogr. N° 7	Descritti vo	Studio effettuato presso il "Centro della Salute Litija Lubiana (Slovenia). 48 soggetti sia di sesso femminile che maschile, età media 35 anni, sovrappeso ed obesi (34 soggetti completanti con BMI <sup>3</sup> medio di 31,8; 14 soggetti non completanti con BMI medio di 32,2).	Trattamento Cognitivo-Comportamentale della durata di un anno con un anno aggiuntivo per il mantenimento; sono stati inseriti nello studio i 48 soggetti che hanno seguito il trattamento per almeno 4 mesi. L'intervento intensivo si è sviluppato in lezioni di gruppo settimanali di 90 min., comprendenti una dieta ipocalorica, attivazione dell'attività fisica, <i>counseling</i> alimentare, elementi	Analizzare il calo di peso alla fine del trattamento e al <i>follow up</i> a 5 anni dalla fine del trattamento.	34 soggetti hanno completato il trattamento, 14 non lo hanno completato ( <i>drop out</i> del 29%). Alla fine del trattamento, la media del peso perso tra i soggetti che hanno completato il ciclo di trattamento è stato di 11,5 kg (-3,5 punti di BMI); 10 soggetti ottennero il normopeso. Tra i non completanti la perdita media è stata di 3,6 Kg (-1.1 punti di BMI). Al <i>follow up</i> a 5

<sup>3</sup> Acronimo Body Mass Index. Valore dato dalla seguente formula: Peso (Kg) / il quadrato dell'altezza (m).

Helga Nauta, 2001. Bibl. n°12		Studio effettuato presso l'Università di Maastricht (Olanda). 74 donne sovrappeso ed obese età tra i 18 e 50 anni, BMI medio di 33 (range da 29 a 45,2), 77% con BMI > di 30. La metà dei soggetti presentava problemi di <i>binge eating</i> . Furono escluse le persone che seguivano un programma per la perdita di peso o con dipendenza da droghe, alcol, le donne in gravidanza o soggette a psicosi.	I soggetti sono stati assegnati in modo casuale a due diversi tipi di intervento (è stato tenuto conto però dello stato <i>binge eating</i> dei soggetti). Sono stati applicati 2 tipi di interventi: il cognitivo e il comportamentale. Il trattamento cognitivo comprende la modifica degli atteggiamenti disfunzionali riguardanti la forma del corpo, il peso, l'alimentazione, le diete, con il supporto dell'automonitoraggio. Il trattamento comportamentale comprende la normalizzazione delle abitudini alimentari, la diminuzione dell'introito dei grassi, un apporto calorico tra 1500 e le 1800 kcal, l'aumento dell'attività fisica, la prevenzione delle situazioni ad alto rischio.	Valutazione dei due interventi nel trattamento dei soggetti <i>binge eaters</i> e <i>non binge eaters</i> ad un anno dalla fine del trattamento. Misurazione: 1. benessere psicologico (ovvero preoccupazioni verso la forma del corpo, il peso, l'alimentazione, l'autostima e la depressione), 2. <i>binge eating</i> 3. peso corporeo.	anni 13 soggetti (38,2% dei completanti e 27,1% del totale) hanno mantenuto una riduzione di peso (-1,8 punti di BMI), mentre 7 (20,5% dei completanti e 14% del totale) hanno riguadagnato tutto il peso perso. Tra i non completanti nessuno ha mantenuto la riduzione di peso e 9 (64,2%) hanno riguadagnato tutto il peso perso inizialmente. 10 soggetti non hanno completato il trattamento e 4 non hanno completato il <i>follow up</i> ad un anno ( <i>drop out</i> 18%). Entrambi i trattamenti hanno ottenuto miglioramenti del benessere psicologico, sia nei soggetti obesi <i>binge eaters</i> e che <i>non binge eaters</i> , e riduzione del <i>binge eating</i> . I risultati sopra menzionati sono relativi solo ai soggetti che hanno completato il trattamento ed il <i>follow up</i> , includendo invece i non completanti, il trattamento cognitivo risulta superiore nel ridurre le preoccupazioni verso la forma del corpo, il peso ed il <i>binge eating</i> . Per quanto riguarda la depressione i partecipanti al trattamento cognitivo sono

<p>Donna Ciliska 1998 Bibl. n° 4</p>	<p>analitico</p>	<p>Il soggetti inclusi nello studio: 142 donne con un BMI tra 33 e 36; età media tra i 37 e 41 anni, non in gravidanza e prive di disturbi fisici o psichiatrici. Il 74% delle partecipanti appartengono alla classe media. Il contesto dello studio non è stato specificato.</p>	<p>Sono state suddivise in modo randomizzato in 3 gruppi ricevuti 3 trattamenti differenti: 1. gruppi educazionali (16-21 donne) 2. gruppi di psicoeducazione (6-8 donne) 3. gruppi di controllo in lista di attesa. Incontri settimanali della durata di un'ora per l'educazionale e di due per la psicoeducazione, ambedue della durata di 12 settimane. L'intervento educazionale consiste nel dare informazioni sull'eziologia dell'obesità, i relativi rischi, l'effetto delle diete sull'umore, l'importanza dell'attività fisica, la</p>	<p>Valutare gli esiti dei due approcci non dietetici nel trattamento dell'obesità in rapporto ad un gruppo non trattato. Sono stati posti obiettivi primari e secondari da verificare alla fine delle 12 settimane, a sei mesi ed ad un anno della fine dei trattamenti. Obiettivi primari: 1) l'aumento dell'autostima 2) la riduzione dell'insoddisfazione del proprio corpo, 3) i cambiamenti dei</p>	<p>migliorati maggiormente rispetto all'altro trattamento. La riduzione del peso tra i partecipanti al trattamento comportamentale è stata in media di 3 kg, mentre in media solo 0,3 kg il peso perso dai partecipanti a quello cognitivo. Comunque il miglioramento del benessere psicologico è avvenuto sia tra i soggetti che hanno perso peso sia tra quelli che non lo hanno perso.</p>
<p>Solo 78 donne sono state sottoposte all'analisi dei dati poiché ci sono stati molti <i>drop out</i> prima della fine del trattamento (45%). Per quello che riguarda gli obiettivi primari, il gruppo di psicoeducazione ha avuto netti miglioramenti rispetto al gruppo di controllo e a quello educazionale Per gli obiettivi secondari ci sono stati miglioramenti per quello che riguarda la depressione, la bulimia e l'adattamento sociale; per quello che riguarda il peso e la P/A non ci sono stati cambiamenti.</p>					

<p>Sheryl Tanco 1998. Bibl.n°15</p>	<p>analitico</p>	<p>Studio effettuato presso il Centro <i>Eating Disorder Resource of British Columbia (Canada)</i>. Soggetti inclusi: 60 donne di età &gt; 19 anni, obese (BMI &gt; 30) da almeno 10 anni, almeno 3 tentativi falliti di perdere o mantenere il peso, senza preclusioni mediche a praticare esercizio fisico, senza problemi psicopatologici.</p>	<p>relazione tra l'immagine del corpo e l'autostima, le strategie per modificare le abitudini alimentari. La psicoeducazione comprende sia l'intervento educativo sopra citato, sia l'intervento di tipo cognitivo: assertività, immagine corporea, autoefficacia, <i>problem-solving</i>, con un componente di supporto al gruppo.</p>	<p>modelli alimentari restrittivi. Obiettivi secondari: 1) l'adattamento sociale 2) i sintomi depressivi, 3) la bulimia, 4) il peso corporeo e la P/A. Sono stati riportati solo i risultati relativi alla fine delle 12 settimane di trattamento.</p>	<p>Il gruppo educativo non ha avuto significativi risultati rispetto al gruppo di controllo: non ci sono stati miglioramenti dell'autostima e degli atteggiamenti alimentari restrittivi, mentre si è ridotta la bulimia. Nel gruppo di controllo non ci sono stati cambiamenti rispetto al peso, alla depressione, all'adattamento sociale o alla P/A. Gli elevati <i>drop out</i> sia nei due gruppi trattati sia nel gruppo di controllo hanno impedito il <i>follow up</i> a sei mesi e ad un anno.</p>
			<p>I soggetti furono assegnati in modo randomizzato a 3 diversi gruppi: 20 donne al gruppo in terapia Cognitiva, 21 al gruppo in terapia Comportamentale, 19 al gruppo di controllo in lista di attesa. Incontri della durata di 2 ore a settimana per 8 settimane, più 4 aggiunte in seguito. Terapia comportamentale: istruzioni atte a ridurre il peso tramite la registrazione dell'alimentazione e dell'esercizio fisico, registrazione settimanale del</p>	<p>Obiettivo principale non è la perdita di peso, ma verificare se un approccio non dietetico possa aumentare il benessere psicologico e alleviare i problemi correlati delle donne con obesità grave; verificare inoltre l'efficacia della terapia cognitiva, comparata alla terapia comportamentale e ad un gruppo non trattato, alla fine del trattamento e al <i>follow up</i> di 6 mesi, riguardo a:</p>	<p>10 <i>drop out</i>, 2 nel gruppo cognitivo(10%), 2 nel gruppo comportamentale (9,5%), 6 nel gruppo di controllo( 31%). Gruppo cognitivo: riduzione dell'ansia e della depressione e delle psicopatologia legate al cibo; aumento dell'autocontrollo cognitivo; incremento dell'esercizio fisico; piccole riduzioni di peso (-1,8 Kg). Il <i>follow up</i> a 6 mesi è relativo a 12 persone (<i>drop out</i> del 40%) che migliorano i risultati ottenuti. Gruppo comportamentale: ansia, depressione, autocontrollo non</p>

		<p>Al reclutamento sono stati somministrati test psicometrici:  <i>BDI (Beck Depression Inventory)</i>  <i>SCS (Self Control Schedule)</i>  <i>EDI (Eating Disorder Inventory)</i>  <i>STAI (State Trait Anxiety Inventory)</i></p>	<p>peso e grafico relativo, dieta di scambio tra le 1200 e le 1500 Kcal/di, controllo degli stimoli, informazioni nutrizionali, controllo delle ricadute.          Terapia Cognitiva: registrazione peso alla 1<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> settimana.          Riflessioni sui condizionamenti sociali riguardanti il peso ideale e le apparenze, incoraggiamento a condividere sensazioni ed esperienze, nozioni sull'approccio non dietetico e sull'esercizio fisico, incoraggiamento al consumo controllato dei cibi proibiti, riconoscimento dei segnali biologici e psicologici di fame e sazietà.          Tecnica del <i>problem solving</i>, riconoscimento degli stimoli alimentari, distorsioni cognitive e depressione, <i>training</i> sull'assertività, sviluppo di un buon rapporto con il proprio corpo, prevenzione delle ricadute.</p>	<p>1. miglioramento del benessere psicologico.          2. promozione dell'esercizio fisico          3. perdita di peso</p>	<p>sono migliorati, come non sono ridotte le psicopatologie relative al cibo, piccole perdite di peso (-2,6 Kg), incremento dell'esercizio fisico; il <i>follow up</i> a 6 mesi è relativo a 9 persone (<i>drop out</i> 58%), che migliorano i risultati ottenuti.          Il gruppo di controllo non ha avuto nessun tipo di miglioramento.</p>
<p>G.Marchesi          ini          2002          Bibl. n°9</p>	<p>analitico</p>	<p>Studio effettuato presso il Centro delle Malattie del Metabolismo, Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, dell'Università degli Studi di Bologna.</p>	<p>Il programma CBT è durato 3 mesi in assenza di <i>binge eating</i>, 5 mesi in presenza di <i>binge eating</i>. Furono suddivisi in gruppi di 8-12 persone. I soggetti <i>binge eaters</i>, prima di entrare nel programma denominato "LEARN" mirato al controllo del peso, furono sottoposti a 8 incontri</p>	<p>Valutare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel migliorare la qualità della vita correlata alla salute (HRQL), in soggetti obesi con o senza disturbi da alimentazione</p>	<p>Nel gruppo CBT solo 92 persone completarono il trattamento (28 % di <i>drop out</i>) e furono incluse nello studio.          I dati sono relativi solo ai soggetti completanti.          Nel gruppo CBT la perdita media di peso è stata in media di Kg 9,4</p>

<p>Simone Munsch, 2003. Bibl.n°11</p>	<p>analitico</p>	<p>Il campione iniziale consisteva in 203 persone, 127 arruolate nei gruppi in CBT (Terapia Cognitivo Comportamentale), 76 arruolate nel gruppo di controllo in lista di attesa.          Nei due gruppi le donne sono in netta maggioranza, l'età media è di 43 anni.          Il BMI medio è di 36,7 per il CBT e di 35,1 per il gruppo di controllo.          Entrambi i gruppi comparabili per genere, classe di obesità, comorbilità e psicopatologie associate.          Al reclutamento furono somministrati tests psicometrici: SF 36, <i>Binge eating scale</i>, SCL90.          Furono esclusi dallo studio i soggetti con disturbi psichiatrici</p>	<p>supplementari (tenuti da psicologi), basati sul manuale di Fairburn, che comprendono: identificazione delle situazioni ad alto rischio, normalizzazioni dei consumi alimentari, <i>problem solving</i>, identificazione delle distorsioni cognitive, prevenzione delle ricadute.          Seguivano poi 12 incontri con programma LEARN: uso di un apposito manuale, istruzioni a registrare regolarmente il peso, conteggio delle calorie introdotte tramite diario alimentare, controllo degli stimoli, normalizzazione delle porzioni alimentari, autonomia nel decidere giornalmente quante calorie introdurre.          Ai soggetti non <i>binge eaters</i> fu applicato solo il programma "LEARN" di 12 incontri.          Il gruppo di controllo non riceveva nessun trattamento, solo i soggetti con severi dismetabolismi ricevevano una prescrizione dietetica.</p>	<p>incontrollata (BED).          Misurazioni effettuate prima ed alla fine del trattamento.</p>	<p>± 7.5 con decremento del BMI in media di 3,48 ± 2,7 punti.          Il gruppo di controllo non ha perso peso.          Nel gruppo CBT il 59% dei pazienti percepirono la scala di HRQL molto migliorata; nel gruppo di controllo solo il 18% dei pazienti la percepirono migliorata.          In presenza di <i>binge eating</i> il calo di peso è stato minore rispetto ai soggetti <i>non binge</i> ma la scala di HRQL è migliorata maggiormente.          Questo suggerisce che la CBT procura specifici miglioramenti della qualità della vita e nella salute percepita nei pazienti <i>binge eaters</i>.</p>
<p>Simone Munsch, 2003. Bibl.n°11</p>	<p>analitico</p>	<p>Studio effettuato presso l'Ospedale Universitario di Basilea.          I soggetti furono</p>	<p>70 pazienti reclutati dai MMG furono collocati in modo randomizzato in 2 gruppi:          1. gruppi in trattamento cognitivo</p>	<p>Valutare l'efficacia di un programma per il trattamento dell'obesità, che ha come obiettivo la</p>	<p>I <i>drop out</i> sono stati maggiori sia nel gruppo di controllo che in quello trattato in ambiente clinico, rispetto al gruppo trattato</p>

	<p>reclutati tramite i medici di MG o un centro clinico o tramite annunci su giornali. Furono selezionati 122 soggetti obesi (BMI &gt; 30), età media di 45 anni, privi di disturbi mentali e medici rilevanti, con prevalenza del sesso femminile. Suddivisi in tre gruppi, senza grandi differenze delle variabili sociodemografiche; solo un gruppo (gruppo clinico) mostrava un BMI più alto e una alta percentuale di comorbilità mentali. Furono utilizzati test psicometrici.</p>	<p>comportamentale (53 soggetti) condotto dai medici di base istruiti in corsi appositi da psicologi e dietisti;</p> <p>2. gruppi di controllo (17 soggetti), in osservazione senza nessun specifico trattamento.</p> <p>Per il 3° gruppo, 52 soggetti furono reclutati in un centro Clinico, e trattati nello stesso, con una metodologia cognitivo-comportamentale, da un gruppo interdisciplinare (medici, psicologi, dietisti).</p> <p>I gruppi in trattamento ricevono la stessa metodica terapeutica in 16 sessioni di 90 min tratta dal modello "LEARN": valutazione delle motivazioni, peso ragionevole, informazioni sulle cause che conducono all'obesità, <i>counseling</i> alimentare, auto-osservazione dei comportamenti alimentari, modello "ABC" del comportamento alimentare, psicoeducazione, incremento dell'attività fisica, disfunzioni cognitive, prevenzione delle ricadute.</p>	<p>modifica delle abitudini alimentari e dello stile di vita.</p> <p><i>Outcome:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. comportamenti alimentari (controllo cognitivo, ecc.)</li> <li>2. atteggiamenti psicopatologici (autostima, insicurezza, immagine del corpo, ecc).</li> <li>3. cambiamenti del peso.</li> </ol> <p>Misurazioni effettuate all'inizio, alla fine del trattamento e dopo 12 mesi (<i>follow up</i> ad un anno).</p>	<p>dai MMG. Al <i>follow up</i> di un anno i soggetti che hanno completato il trattamento sono: 40 nei gruppi trattati dai MMG (20% <i>drop out</i>)</p> <p>8 nei gruppi di controllo (52% <i>drop out</i>)</p> <p>15 nel gruppi trattati in un centro clinico (71% <i>drop out</i>).</p> <p>I soggetti completanti dei gruppi trattati dai MMG hanno mostrato una diminuzione media del BMI di 1,4 punti a fine trattamento e 1,8 punti dopo 12 mesi. Il gruppo trattato nel centro clinico ha avuto una diminuzione media del BMI nettamente inferiore (0,5 e dopo 12 mesi 0,8). Il gruppo non trattato ha avuto un calo di peso dello 0,5%.</p> <p>Nei gruppi trattati, il controllo cognitivo dei comportamenti alimentari è migliorato in modo significativo alla fine del trattamento perdurando al <i>follow up</i> di un anno. Nel gruppo non trattato non ci furono miglioramenti.</p> <p>Gli atteggiamenti psicopatologici diminuirono alla fine del trattamento nei gruppi trattati e perdurano dopo un anno; non ci furono miglioramenti nel gruppo</p>
--	--	---	---	---

Ellen A.Dornelas 1998. Bibl..n°6	analitico	Campione di 247 soggetti (età media 71 anni), in sovrappeso (>4.5 Kg relativo all'età), provenienti due comunità di anziani autosufficienti.	I soggetti sottoposti allo studio furono così divisi: 133 soggetti di una comunità di anziani autosufficienti furono trattati con un intervento cognitivo-comportamentale, e 114 soggetti di un'altra comunità anziani autosufficienti furono lasciati in lista di attesa. Le persone trattate ricevettero un intervento di 40 settimane, entrambe le comunità furono monitorate per due anni, con un ulteriore <i>follow up</i> di un altro anno dalla fine dello studio. L'intervento consisteva in: prima fase intensiva 10 settimane di approccio psicoeducazionale focalizzato sul cambiamento dello stile di vita (diario alimentare e dell'attività fisica, completamento dei compiti assegnati, registrazione settimanale del peso, consegna settimanale di video tape); professionisti erano disponibili una volta a settimana per consultazioni personali o per sessioni di <i>counseling</i> a soggetti in difficoltà. Seconda fase meno intensa di mantenimento, con registrazione mensile del peso, diario alimentare	Valutare i risultati nel lungo termine di un programma cognitivo-comportamentale per il controllo del peso. Valutare i dati alla partenza, dopo 40 settimane di trattamento, dopo 2 anni, e dopo 3 anni. Misurazioni: 1. BMI 2. livello glicemico 3. HDL-c	non trattato. Dopo 2 anni, dei 133 soggetti nella comunità sottoposta all'intervento, solo 84 finirono il programma (37% <i>drop out</i> ), mentre, dei 114 soggetti della comunità di controllo in lista di attesa, ne rimasero 89 (22 % <i>drop out</i> ). In totale, 173 soggetti dei due gruppi (70%) rimasero nel programma di studio per il <i>follow up</i> a 2 anni. Solo 63 soggetti degli 84 rimasti nel <i>follow up</i> a 2 anni, della comunità trattata, furono disponibili per il <i>follow up</i> a 3 anni (ulteriore <i>drop out</i> del 25%). I dati sono relativi ai 173 soggetti dei due gruppi rimasti nel <i>follow up</i> a 2 anni: 1. decremento significativo della media del BMI (-1.2 punti) 2. diminuzione del il livello glicemico-0,80 mmol/L; 3. l'aumento delle HDL-c ha avuto un incremento dopo la fine del trattamento, ma non è stato mantenuto dopo 2 anni. I 63 soggetti valutati al <i>follow up</i> di 3 anni hanno mantenuto i cambiamenti del BMI e del livello di glucosio.
----------------------------------	-----------	--	---	---	--

Tracy Sbrocco 1999 Bibl.n° 14	descrittivo	Campione di 24 donne obese di età dai 18 ai 55 anni, con un peso tra il 30% e il 60% superiore al peso ideale (secondo la <i>Metropolitan Height Weight Charts</i> ). Età media del gruppo comportamentale anni 43.1, del gruppo cognitivo-comportamentale anni 39.6. BMI medio 32, non fumatrici, in ottima salute, che non abbiano perso più di 4,5 Kg nell'ultimo mese o 9 kg negli ultimi 6 mesi. Fu chiesto di compilare un diario alimentare per 2 settimane prima di iniziare il trattamento. Contesto non specificato.	e dell'attività fisica se necessario; a richiesta incontri personali con specialisti. <i>Work-shops</i> ad intervalli di 6 settimane condotti da professionisti su prevenzione delle ricadute, attività fisica, riduzione dei grassi dalla dieta, abitudini alimentare. Il campione fu collocato in modo randomizzato in due programmi: 12 soggetti nel programma comportamentale tradizionale per la perdita di peso BT 12 soggetti nel programma cognitivo-comportamentale CBT. I due programmi consistono in 13 incontri di gruppo, della durata di 1 h e mezza con 4-7 persone per gruppo. Il gruppo BT ha ricevuto un piano alimentare di 1200 Kcal, mentre il gruppo CBT 1800 Kcal. Il programma del gruppo BT prevede l'automonitoraggio, il controllo degli stimoli, cambiamenti comportamentali, alimenti ipocalorici, applicazione del <i>problem solving</i> . Il progr. CBT prevede un calo di peso lento, modelli alimentari e comportamentali flessibili, incremento dell'attività fisica, ristr. Cognitiva.	Compare l'efficacia di un programma cognitivo-comportamentale per il trattamento dell'obesità basato sul <i>decision making</i> , con un programma comportamentale tradizionale. Misurazioni: 1. perdita di peso 2. implementazione dell'attività fisica 3. benessere psicologico Misurazioni effettuate a 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi dalla fine del trattamento.	( Considerazione mia: i dati dei completanti non mostrano le differenze di risultato tra i soggetti della comunità in trattamento da quella in lista di attesa!).  <i>Drop out</i> : 1 soggetto prima della fine del trattamento nei gruppi CBT e 1 soggetto in ciascuno dei gruppi a 6 mesi e a 12 mesi. La perdita di peso media nel gruppo BT è stata a 3 mesi -6 Kg, a 6 mesi di -4.5 Kg, a 12 mesi - 4.3 Kg Quindi, dopo un discreto calo di peso, c'è stata la ripresa parziale del peso. Nel gruppo CBT la perdita di peso media è stata a 3 mesi - 4.5 Kg, a 6 mesi - 7.0Kg, a 12 mesi - 10.0 Kg. Quindi il calo di peso è stato meno veloce ma è perdurato a 12 mesi. Attività fisica: c'è stato un incremento nei due trattamenti che è perdurato al <i>follow up</i> a 3 - 6 - 12 mesi. Benessere psicologico (misurato con test autosomministrati): a 3 e 6 mesi mostrano in entrambi i
----------------------------------	-------------	--	---	---	--

					gruppi una riduzione delle restrizioni alimentari e un aumento dell'autostima, non misurato a 12 mesi
--	--	--	--	--	---

## RISULTATI

Per rispondere al quesito posto dalla ricerca sono stati scelti otto studi, una revisione e quattro linee-guida che trattano l'argomento in oggetto. Tre studi (RCT) sono stati valutati tramite "Checklist for Assessing Validity of Experimental Studies".

La valutazione complessiva è stata positiva, si sottolinea però che non sono studi "ciechi" in quanto la terapia relazionale non può essere nascosta; gli altri studi, una revisione e trials non randomizzati o non controllati, sono comunque stati presi in considerazione e valutati gli esiti.

Le prove di efficacia ricercate sono relative a:

*Riduzione del peso corporeo*

M.Kolsek segnala i risultati di una terapia cognitivo-comportamentale alla fine del trattamento e al *follow up* di cinque anni, e rende disponibili anche i dati dei soggetti che non hanno completato il trattamento. Alla fine del trattamento la media del peso perso tra i soggetti che hanno completato il ciclo (71%), è stata di 11,5 Kg (-3,5 BMI media) mentre tra i non completanti la media è stata di 3,6 Kg (-1,1 BMI media).

Al *follow up* a 5 anni, 13 soggetti (38,2% dei completanti e 27,1% del totale) hanno mantenuto una riduzione di peso (-1,8 BMI media), mentre 7 soggetti (14% del totale) hanno riguadagnato tutto il peso perso. Tra i non completanti nessuno ha mantenuto la riduzione di peso.

Lo studio di H.Nauta compara, *follow up* ad un anno, un trattamento cognitivo con uno comportamentale nei soggetti obesi *binge eaters* e non *binge eaters*. Tra i soggetti completanti il trattamento (81%) la riduzione di peso è stata di 3 Kg per il trattamento comportamentale e di 0,3 Kg per quello cognitivo; altri dati non sono disponibili.

D.Ciliska compara due trattamenti non dietetici (trattamento educativo e trattamento di psicoeducazione) con un gruppo di controllo; la riduzione del peso non era un obiettivo primario e tra i due gruppi trattati non ci sono state variazioni di peso al controllo di fine trattamento neanche rispetto al gruppo non trattato.

S.Tanco confronta i risultati, *follow up* a sei mesi, di un approccio cognitivo e di uno comportamentale rispetto ad un gruppo non trattato. I due interventi producono modeste riduzioni di peso; quello cognitivo, a fine del trattamento, ha una riduzione media di BMI di -0,6 punti; a sei mesi i *drop out* sono elevati (40%), ma i soggetti che rimangono in trattamento continuano a calare di peso (media -1,7 punti di BMI). Nell'approccio comportamentale il calo di peso è stato maggiore infatti a fine trattamento è stato in media -1,4 punti BMI, a sei mesi (*drop out* 57%) è stato in media -3,3 punti di BMI; nessun miglioramento nel gruppo di controllo.

G.Marchesini valuta l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale in soggetti obesi, in presenza o in assenza di atteggiamento *binge*, rispetto ad un gruppo non trattato (misurazioni effettuate alla fine del trattamento). Il calo di peso non era tra gli obiettivi primari dello studio, comunque viene riscontrato a fine trattamento un calo medio di 9,4Kg (media -3,5 punti di BMI) nei soggetti completanti (28% *drop out*).

S.Munsch confronta l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale, *follow up* a fine trattamento e a 12 mesi, effettuato in due contesti diversi (Centro Clinico, e Medici di Medicina Generale), rispetto ad un gruppo di controllo; *drop out* elevati. Il calo di peso dei soggetti completanti è stato a fine trattamento di -1,4 punti di BMI (media) nei gruppi trattati dai MMG, e -1,8 punti di BMI a 12 mesi (calo di peso medio 4,9%), mentre nei gruppi trattati nel Centro Clinico i risultati sono stati più modesti.

A.Dornelas compara l'efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale effettuato presso una comunità di anziani autosufficienti, con un gruppo di soggetti in lista di attesa appartenenti ad una comunità simile. Le misure sono state effettuate a fine trattamento, a due anni e a tre anni. Al *follow up* a due anni i soggetti delle due comunità che completarono il trattamento ebbero una riduzione del BMI di -1,2 punti (media peso perso 4,2%).

Al follow up a tre anni aderisce il 47 % dei soggetti del gruppo trattato e registra un mantenimento del calo di peso.

T.Sbrocco compara un programma comportamentale tradizionale con un programma cognitivo comportamentale basato sul “*decision making*”; misurazioni effettuate a tre, sei, dodici mesi. Il gruppo comportamentale tradizionale mostra un calo di peso più rapido, -5,6 Kg a fine trattamento, per poi riguadagnarne un po’ (-4,5 Kg a 6 mesi, -4,3 Kg a 12 mesi). Il gruppo cognitivo invece ha un calo di peso lento ma costante, infatti, a fine trattamento il calo raggiunge -4,5 Kg, a sei mesi -7 Kg, a dodici mesi -10 Kg.

### **Complicanze**

Solo uno studio tra quelli esaminati riporta i dati relativi alle variazioni dei fattori di rischio; A Dornelas valuta nel follow up di fine trattamento, a 2 e 3 anni le variazioni del livello glicemico e delle HDL-c.

Il glucosio >5,55mmol/l cala dal 45% al 22% dopo due anni e rimane invariato dopo 3 anni.

Le HDL-c <1,4 mmol/l aumentano a fine trattamento ma l’aumento non viene mantenuto al follow up a due anni.

### **Qualità della vita e benessere psicologico**

H.Nauta riporta i risultati relativi alle fine dei trattamenti e ad un anno di un approccio cognitivo e di uno comportamentale. Entrambi i trattamenti ottengono miglioramenti del benessere psicologico anche nei soggetti binge eaters; il trattamento cognitivo migliora maggiormente la depressione e l’atteggiamento binge eating; l’autore riferisce che aumento del benessere psicologico è indipendente dalla perdita di peso ottenuta.

D.Ciliska descrive i risultati di un trattamento psicoeducazionale e di uno educativo confrontati con un gruppo di controllo in lista di attesa (misurazioni effettuate inizio e fine trattamento). Il trattamento psicoeducazionale rileva miglioramenti superiori rispetto al trattamento educativo nell’autostima e nell’accettazione del proprio corpo, ed un cambiamento dei modelli alimentari restrittivi; non rileva miglioramenti per i sintomi depressivi, la bulimia, e l’adattamento sociale. Il gruppo educativo non ha ottenuto rilevanti risultati rispetto al gruppo di controllo.

S.Tanco riporta i dati, a sei mesi, di una terapia cognitiva, di una comportamentale e di un gruppo di controllo in lista di attesa. Il gruppo cognitivo rileva miglioramenti del benessere psicologico relativo all’ansia, alla depressione, alle psicopatologie legate all’alimentazione. Nel gruppo comportamentale e in quello di controllo non ci sono stati miglioramenti.

G.Marchesini riferisce i dati di HRQL (qualità della vita correlata alla salute) di soggetti in terapia cognitivo-comportamentale e di un gruppo di controllo in lista di attesa (misurazione effettuate inizio e fine trattamento), e rileva che nel gruppo in trattamento cognitivo-comportamentale il 59% dei soggetti completanti il trattamento percepisce un miglioramento di HRQL.

S.Munsch riferisce i dati di una terapia cognitiva (misurazione effettuate all’inizio e a 12 mesi), realizzata in due contesti diversi, e di un gruppo di controllo in lista di attesa. Osserva nei gruppi in terapia cognitiva un aumento significativo del controllo cognitivo dei comportamenti alimentari e un miglioramento degli atteggiamenti psicopatologici (autostima, insicurezza, immagine corporea). Il gruppo di controllo non evidenzia miglioramenti.

T.Sbrocco confronta i dati relativi al benessere psicologico (misurazioni effettuate all’inizio, a tre, e sei mesi) di un programma cognitivo e di un programma comportamentale tradizionale e rileva miglioramenti nei soggetti di entrambi i gruppi, associato ad un aumento dell’autostima.

**Riepilogo variazioni di peso**

Autore	Tipo di terapia	Pre-trattamento			Fine trattamento			Follow-up a 6 mesi		
		Peso (Kg)	BMI	Soggetti	Peso (Kg)	BMI	Soggetti	Peso (Kg)	BMI	Soggetti
Kolsek Nauta	CBT	n.d.	31,8	48	-11,5	-3,5(11%)	34(71%)			
	CT	n.d.	32,4	37	n.d.	n.d.	32(87%)			
	BT	n.d.	33,7	37	n.d.	n.d.	32(87%)			
Ciliska Tanco	PET	89÷95 <sup>1</sup>	33÷36 <sup>1</sup>	142 <sup>1</sup>	0	n.d.	78(55%) <sup>1</sup>			
	CT	112,9 <sup>2</sup>	39,4 <sup>2</sup>	20	-1,8(1,6%)	-0,6(1,5%)	18(90%)	-4,9(4,3%)	-1,7(4,3%)	12(60%)
Marchesini Munsch	BT	104,4 <sup>2</sup>	38,7 <sup>2</sup>	21	-2,6(2,5%)	-1,4(3,6%)	18(86%)	-8,9(8,5%)	-3,3(8,5%)	9(43%)
	CBT	98,0 <sup>2</sup>	36,7 <sup>2</sup>	127	-9,4(9,6%)	-3,5(9,5%)	92(72%)			
	CBT MMG	96,8	36,2	53	-3,8(3,9%)	-1,4(3,9%)	40(75%)			
Dornelas	CBT	106,8	38,5	52	-1,6(1,5%)	-0,5(1,3%)	32(62%)			
	Clinico									
	CBT	76,9 <sup>1,2</sup>	29,8 <sup>1,2</sup>	247 <sup>1</sup>						
Sbrocco		n.d.	30,9 <sup>3</sup>		n.d.	-0,7(2,2%) <sup>3</sup>	63(47%) <sup>3</sup>			
	BT	89,5	32,5	12	-5,6(6,3%)	n.d.	12(100%)	-4,5(5,0%)	n.d.	11(92%)
	CBT	89,5	32,8	12	-2,5(2,8%)	n.d.	11(92%)	-7,0(7,8%)	n.d.	10(83%)
Autore	Tipo di terapia	Follow-up a 1 anno			Follow-up a 2 anni			Follow-up successivi		
		Peso (Kg)	BMI	Soggetti	Peso (Kg)	BMI	Soggetti	Peso (Kg)	BMI	Soggetti
Kolsek Nauta	CBT							n.d.		13(27%)
	CT	-0,3	n.d.	32(87%)						
	BT	-3,0	n.d.	28(76%)						
Ciliska Tanco	PET									
	CT									
	BT									
Marchesini Munsch	CBT									
	CBT MMG	-4,7(4,9%)	-1,8(5,0%)	40(75%)						
	CBT Clinico	-2,9(2,7%)	-0,8(2,6%)	15(29%)						



## LINEE-GUIDA

Sono state consultate anche linee-guida per il trattamento dell'obesità per verificarne le raccomandazioni e le dichiarazioni.

La linea-guida italiana "LIGIO 99", esamina sia la terapia comportamentale che il modello cognitivo-comportamentale e tra le raccomandazioni (Cat. evidenza "B") leggiamo:

"La terapia comportamentale è un'aggiunta molto utile se incorporata nel trattamento per la perdita e il mantenimento del peso".

Tra le dichiarazioni (Cat. evidenza "B") leggiamo:

"La terapia comportamentale, in associazione al deficit energetico, fornisce benefici aggiuntivi nell'assistere i soggetti a perdere peso a breve termine (1 anno). Non è dimostrata la sua efficacia nel mantenimento del peso a lungo termine in assenza di un continuo contatto professionale";

"il Modello cognitivo-comportamentale è la forma di trattamento dell'obesità più ampiamente studiata e la sua efficacia è ampiamente documentata sia a breve che a medio termine; alcune tecniche come l'auto-monitoraggio, l'autorinforzo, il controllo degli stimoli, il supporto sociale, la ristrutturazione cognitiva e alcune strategie per il mantenimento del peso dovrebbero essere incluse in ogni programma di trattamento dell'obesità" (Cat. evidenza "B").

Tra gli obiettivi prospettati per una terapia dell'obesità troviamo anche quello di mantenere il calo di peso al follow up a cinque anni.

La sopra citata linea-guida sostiene essere ampiamente documentata l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale a breve termine, aggiungendo inoltre che pochi gli studi mettono a disposizione i risultati a lungo termine, e che distanza di 3-5 anni la maggior parte dei soggetti tende a recuperare l'intero peso perso. La linea guida riporta i risultati di un solo studio che ha valutato un trattamento combinato di un trattamento cognitivo-comportamentale con una dieta fortemente ipocalorica, evidenziando a cinque anni dalla fine della terapia, una riduzione del 5% del peso nel 57% delle donne e nel 47% degli uomini, soddisfacendo i criteri di successo di perdita di peso delineati dall'Istitute of Medicine.

La linea guida dell'American Gastroenterological Association (2002), raccomanda che in ogni programma per la perdita di peso sia introdotta la terapia comportamentale per facilitare i cambiamenti delle abitudini alimentari e per promuovere uno stile di vita attivo, condizioni necessarie per avere successo nella perdita di peso.

La linea-guida sottolinea che trials randomizzati prospettici mostrano che pazienti obesi trattati con la terapia comportamentale di gruppo, perdono -0,5 kg a settimana e -9% del peso iniziale in 20-26 settimane di trattamento; i pazienti generalmente riguadagnano dal 30 al 35% del loro peso perso nell'anno seguente il trattamento, ma le persone che mantengono contatti regolari con gli specialisti hanno maggiori possibilità di mantenere il controllo del peso a lungo termine.

La linea-guida "Screening for obesità in adults: recommendations and rationale"(2003) dell' U.S. Preventive Service Task Force, raccomanda di "Effettuare uno screening per l'obesità ai pazienti adulti e di effettuare un trattamento comportamentale intensivo per promuovere e sostenere la perdita di peso nei pazienti adulti obesi" (Raccomandazione di evidenza "B").

L'USPSTF rileva discrete evidenze che un intervento intensivo, con dieta ed esercizio fisico associato ad un intervento comportamentale, aiuta a sviluppare abilità e ad aumentare le motivazioni producendo un modesto ma continuo calo di peso (3-5 kg per un anno od oltre) in adulti definiti obesi. L'USPSTF non trova evidenze dirette che l'intervento comportamentale abbassi la mortalità o la morbilità degli obesi. L'USPSTF conclude che il raggiungimento degli obiettivi intermedi come ad esempio, il miglioramento del metabolismo del glucosio, del livello dei lipidi e della pressione arteriosa derivante da una modesta perdita di peso, fornisce evidenze indirette di benefici per la salute. Nessuna evidenza viene trovata per gli eventuali danni prodotti da un intervento comportamentale.

La linea-guida “Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet”, U.S. Preventive Service Task Force (2003), raccomanda “Un intenso counseling comportamentale-dietetico per tutti i pazienti adulti con iperlipemia e altri fattori di rischio cardiovascolari e malattie croniche associate alla dieta” (Raccomandazione B).

## DISCUSSIONE

L’analisi degli studi rileva una un drop out a breve termine intorno al 20-30%, con una tendenza all’aumento nel medio e lungo termine (50-60%); un abbandono del programma fa presagire anche un recupero del peso perso e si può tentare una considerazione in proposito.

La perdita di peso è correlata ad una molteplicità di benefici per il soggetto, ad esempio la diminuzione dell’ansietà e della depressione, l’aumento dell’autostima, la riduzione dell’insoddisfazione per la forma del corpo, il miglioramento delle relazioni interpersonali, mentre il riguadagnare il peso annulla i benefici ottenuti, il fatto che i soggetti non s’ impegnino a sufficienza nei cambiamenti del comportamento necessari a mantenere la perdita di peso, fa supporre che probabilmente fattori cognitivi contribuiscono a spiegare questo fenomeno.

Una ragione degli abbandoni e del recupero del peso potrebbe essere dovuto all’ambiguità ed inconsistenza degli obiettivi.

In un’analisi cognitiva comportamentale del recupero del peso si possono ipotizzare due motivi:

1) I soggetti non raggiungono il loro obiettivo di peso, né percepiscono i benefici realizzati, e di conseguenza non si impegnano più nella perdita di peso.

2) Non ritengono importante acquisire le abilità per mantenere i risultati ottenuti.

Molti pazienti hanno aspettative molto elevate di perdere peso (-20%-30%),

(Z.Cooper 2001), e data la modesta riduzione raggiunta, andranno incontro ad un obiettivo non realizzabile. Nella nostra società questi obiettivi sembrano ragionevoli perché l’opinione comune è che il peso sia interamente sotto il controllo personale e quindi raggiungere un peso desiderabile sia solo una questione di volontà; inoltre ci sono enormi pressioni sociali all’essere magri e ci sono molti pregiudizi contro l’obesità.

Altro importante motivo che produce aspettative così elevate è il convincimento che molti altri obiettivi personali non possano essere raggiunti senza ottenere il peso desiderato.

La prima ragione che spinge molte persone a sottoporsi ad un trattamento per l’obesità è il desiderio di apparire più magre, essere così più attraenti e indossare abiti più alla moda.

Molte persone collegano le proprie soddisfazioni con l’aspetto fisico. Alcuni vivono il peso e forma del corpo non solo come il modo di aumentare l’autostima, ma virtualmente l’unico modo di aumentare il rispetto di se stessi. Motivo meno comune è quello di perdere peso per migliorare la salute, altri desiderano essere più attivi, soprattutto le donne che hanno bambini piccoli, altri perché hanno problemi inerenti al peso.

E’ chiaro che il raggiungere questi obiettivi primari è solo lontanamente collegato alla perdita di peso, alcuni di essi richiedono solo una modesta perdita di peso e per altri non è necessario perdere peso, come per l’aumento dell’autostima o per migliorare le relazioni interpersonali.

Raramente i pazienti raggiungono i loro obiettivi di peso perché l’esperienza dice che, dopo 4-6 mesi, avviene un graduale rallentamento nel calo di peso e nel frattempo hanno perduto circa il 5-10 % del peso iniziale.

Il rallentamento del calo di peso può demoralizzare i soggetti che tendono a sottovalutare l’importanza del peso perso ed a ignorare i positivi cambiamenti che hanno già realizzato come il miglioramento della *fitness*, la riduzione di qualche taglia ecc.

La maggioranza degli studi esaminati, sei su otto, riportano un *follow up* a breve termine (tre, sei mesi, un anno), uno studio riporta i dati a medio termine (due-tre anni) e uno quelli a lungo termine (cinque anni), questi dati concordano con quanto riportato da H.Nauta (2001) e LIGIO ‘99 che sottolineano che raramente sono stati riportati in letteratura *follow up* nel lungo periodo dell’approccio non dietetico per i soggetti obesi.

Abbiamo visto che un calo di peso intorno al 5-10 % è uno degli obiettivi dei programmi terapeutici per l'obesità e che tale riduzione del peso è sempre seguita da importanti miglioramenti nei livelli di colesterolo, pressione sanguigna, glucosio ecc. (Z.Cooper, C.Fairburn, 2001).

Inoltre l'US Institute of Medicine "Weighing the Options: Criteria for Evaluation Weight – Management Programs" 1995, definisce un trattamento "di successo" quando la perdita di peso del 5-10% rispetto al peso iniziale è mantenuta per almeno un anno o più (Z.Cooper, C.Fairburn, 2001). In questa ricerca sono stati rilevati dati non omogenei relativi al peso, in quanto alcuni studi riportano valori di peso o BMI riferiti alla totalità dei partecipanti, altri ai soggetti completanti, altri ancora includono il gruppo di controllo; questo rende difficile un'analisi media dei risultati ottenuti, mentre è possibile farlo per dati relativi alle tipologie di trattamento.

Si nota che le diminuzioni del BMI di fine trattamento sono più significative per i programmi comportamentali o cognitivo-comportamentali rispetto ai programmi puramente cognitivi; questo si può spiegare con la considerazione che gli interventi cognitivi non propongono restrizioni caloriche importanti ed il calo di peso si deve alla modifica degli atteggiamenti mentali, dello stile di vita ed all'aumentato benessere psicologico, che facilitano la regolarizzazione dell'alimentazione. Questo tipo di cambiamenti non è immediato ed anche il calo di peso è sicuramente più lento.

Al *follow up* ad un anno gli studi che propongono un trattamento cognitivo-comportamentale mostrano una tendenza alla riduzione del peso, superiore a quelli esclusivamente cognitivi o comportamentali. Altri due studi che propongono un approccio cognitivo-comportamentale e che presentano dati di *follow up* a medio e lungo termine, pur con *drop out* elevati, mostrano risultati discreti in termini di mantenimento della riduzione del BMI (rispettivamente di -4,2% in perdita di peso e -1.8 punti di BMI). Solo due studi, che presentano un approccio cognitivo-comportamentale, riportano *al follow up* ad un anno un calo di peso percentuale di -4,9 e -11,2 rispettano i criteri stabiliti dall'U.S. Institute of Medicine che definiscono un trattamento di successo.

Per quello che riguarda le complicanze un solo studio misura al *follow up* a due e tre anni, due parametri legati ai fattori di rischio: il livello glicemico e le HDL; il risultato positivo riguarda solo la diminuzione del livello glicemico.

I partecipanti avevano mantenuto a due anni un calo in media del 4% del peso iniziale, questo dato concorda con quanto riportato in letteratura, cioè che il mantenimento anche di modeste riduzioni di peso si correla positivamente con la riduzione delle complicanze correlate all'obesità.

Per quanto concerne il benessere psicologico nella comparazione tra il trattamento cognitivo e quello comportamentale la maggioranza degli studi rilevano che ambedue lo aumentano, sebbene H.Nauta trovi che quello cognitivo riduce maggiormente l'atteggiamento *binge* e la depressione; D.Ciliska, invece non ha rilevato che il programma psicoeducazionale migliorasse le psicopatologie associate, e S.Tanco non ha riscontrato che la terapia comportamentale migliorasse il benessere psicologico. Il solo studio che aveva come obiettivo il miglioramento della qualità della vita ha mostrato esiti positivi. Possiamo dedurre quindi che i programmi cognitivi focalizzando l'attenzione più sugli aspetti psicologici che influenzano l'atteggiamento verso il cibo, piuttosto che sul calo di peso, possano essere più incisivi sotto questo aspetto.

## CONCLUSIONE

In conclusione quindi i trattamenti cognitivi-comportamentali, proprio per gli obiettivi che si propongono e le tipologie di trattamento adottate, hanno un effetto positivo sulla qualità della vita e sul benessere psicologico e inoltre sono in grado di ridurre le psicopatologie associate alla sovralimentazione, condizioni che possono facilitare il calo e il mantenimento del peso.

Il controllo del peso e dei disturbi del comportamento alimentare è sempre influenzato da alterazioni del comportamento per aspetti di tipo cognitivo, psicologici e caratteriali.

Non esiste una terapia unica e isolata, tanto meno prescrittiva (diete o farmaci), se non con il sostegno di percorsi terapeutici strutturati, psicoeducativi, cognitivo-comportamentali e psicodinamici.

Sono quindi necessari percorsi strutturati per verificare quali sono i migliori percorsi terapeutici nei diversi momenti di cura, usando le strategie necessarie secondo le diverse situazioni individuali, famigliari e socio-ambientali.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.American College of Preventive Medicine Practice Politycy statement. “*Weight management counseling of overweight adults*” Am J Prev. Med 2001Jul;21(1);73-8
- 2.American Gastroenterological Association - Medical Specialty Society. “American Gastroenterological Association medical position statement on obesity.”. Gastroenterology 2002 Sep.3 pages.NCG:0022716
- 3.Bauer B, Blundel J. „La terapia del comportamento” da “Obesità un trattamento multidimensionale” di O.Bosello. Ed.Curtis Milano 1998;17.1: 779-792
- 4.Ciliska D. “Evaluation of two non dieting interventions for obese women”. West J Nurs Res. 1998 Feb;20(1):119-35.
- 5.Cooper Z, Fairburn CG. “A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity”. Behav-Res-Ther 2001: 39(5) 499-511
6. Dornelas EA, Wylie-Rosett J, Swencionis C. “The DIET study: long-term outcomes of a cognitive-behavioral weight-control intervention in independent-living elders. Dietary Intervention: Evaluation of Technology”. J Am Diet Assoc. 1998 Nov;98(11):1276-81
- 7.Kolsek M. “Long term results of intensive treatment of obesity in the health centre Litija, Slovenia: A clinical audit”. International-Journal-of-Obesity 1999; 23(7): 702-70
- 8.“Ligio 99” Linee Guida Italiane Obesità. Ed. Pendragon 1999.
- 9.Marchesini G, Natale S, Chierici S, Manini R, Besteghi L, Di Domizio S, Sartini A, Pasqui F, Baraldi L, Forlani G, Melchionda N. “Effects of cognitive-behavioural therapy on health-related quality of life in obese subjects with and without binge eating disorder”. International-Journal-of-Obesity 2002; 26(9): 1261-1267
- 10.Melchionda N. “L’obesità evoluzione della terapia”. Ed Pendragon 1996.
11. Munsch S, Biedert E, Keller U. “Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice”. Swiss Med Wkly. 2003 Mar 8;133(9-10):148-54
- 12.Nauta H, Hospers H, Jansen A. “One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight”. British-Journal-of-Health-Psychology. 2001; 6(3): 271-284
- 13.Nauta H, Hospers H, Kok G, Jansen A. “A comparison between a cognitive and behavioural treatment for obese binge eaters and obese non.binge eaters”. Behav-Res-Ther 2000 31(3): 441-461
14. Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone Jm, Lewis EL. “Behavioural choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioural decision-based treatment for obesity”. J.Consult-Clin-Psychol 1999; 67(2) 260-255
15. Tanco S, Linden W, Earle T. “Well-being and morbid obesity in women: a controlled therapy evaluation”. Int J Eat Disord. 1998 Apr;23(3):325-39
16. United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel “Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. 1996 revised 2003 Dec 2). 13 pages. NGC:003163
- 17.United States Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel “Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale”. 1996 (revised 2002). 20 pages. NGC:002720