

# TERAPIA COMPORTAMENTALE DELL'OBESITÀ: PROGRESSI, PROBLEMI E PROSPETTIVE FUTURE

R. DALLE GRAVE

Unità di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, Garda, Verona

riassunto

La terapia comportamentale dell'obesità ha compiuto sostanziali progressi nelle ultime due decadi. Numerosi studi controllati hanno dimostrato che essa è in grado di determinare una perdita di peso corporeo del 10% in quattro-sei mesi negli individui che completano il programma (circa l'80%). Sfortunatamente, la terapia comportamentale è affetta da due problemi principali che non sono stati ancora risolti: 1) la maggior parte degli individui recupera l'intero peso corporeo perduto nei tre anni seguenti la cura; 2) pochi specialisti sono in grado di applicare questa forma di trattamento. Per migliorare il mantenimento nel tempo del peso corporeo sono allo studio tre strategie: 1) inserire la terapia comportamentale in un modello di cura continuativa; 2) associare la terapia comportamentale al trattamento farmacologico; 3) utilizzare nuovi modelli di terapia cognitiva comportamentale strutturati per minimizzare il recupero del peso corporeo. Per aumentare la disseminazione della terapia comportamentale si sta valutando l'efficacia dei manuali di auto-aiuto usati da soli in forma di auto-aiuto puro e auto-aiuto guidato oppure associati alla terapia farmacologica.

Parole chiave. Obesità, terapia comportamentale, terapia cognitiva comportamentale, terapia farmacologica, auto-aiuto.

summary

*Behaviour therapy for obesity: Progress, problems and future perspectives. In the last two decades behaviour therapy for obesity has made substantial progress. Several controlled studies demonstrated that behaviour therapy produces a weight loss of about 10% among those patients who completed the treatment (about 80%). Unfortunately, behavioural treatment of obesity has two major problems not yet resolved: 1) most of the patients regain the entire body weight over the following three years the treatment; 2) very few specialists can apply this form of treatment. To ameliorate the weight maintenance three strategies are under evaluation: 1) to insert behaviour therapy in a continuous care model; 2) to associate behaviour therapy with pharmacotherapy; 3) to use new model of cognitive behaviour therapy designed to minimize the weight regain. To increase the dissemination of behaviour therapy, it is under evaluation the efficacy of self-help manual used alone, in form of pure self-help or guided self-help, or in combination with pharmacotherapy.*

Key words. Obesity, behaviour therapy, cognitive behaviour therapy, pharmacotherapy, self-help.

## Introduzione

La prevalenza dell'obesità sta crescendo in modo sostanziale sia nei Paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo (1). Negli Stati Uniti d'America, il 20% degli uomini e il 25% delle donne sono classificate nel range dell'obesità (indice di massa corporea o BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) (2). In Italia, una recente indagine multi-scopo dell'Istat ha evidenziato una prevalenza del sovrappeso del 33,1% (41% negli uomini e 25,7% nelle donne) e dell'obesità del 9,7% (9,5% negli

uomini e 9,9% nelle donne) (3). L'impatto dell'aumento di peso corporeo su morbilità e mortalità è così elevato che l'obesità è oggi considerata una dei maggiori problemi per la salute pubblica generale (2). Mentre la soluzione terapeutica dell'obesità appare ancora lontana, negli ultimi anni si è sviluppato un vasto consenso sul fatto che una perdita di peso corporeo del 10% sia in grado di diminuire significativamente le complicanze mediche e i fattori di rischio

associati all'eccesso ponderale (4). Nel 1998 il *National Institute of Health* (NIH) degli Stati Uniti d'America ha definito successo terapeutico una perdita di peso corporeo del 10%, raggiunta in un periodo di sei mesi, e un recupero ponderale inferiore a 3 kg in due anni (4). Le raccomandazioni dell'NIH sono state ulteriormente supportate dai risultati ottenuti dal Finnish Diabetes Prevention Study recentemente pubblicati; tale studio ha, infatti, dimostrato che una perdita di peso inferiore al 5% in soggetti con alterata tolleranza al glucosio determina una riduzione del rischio di diabete del 58% rispetto al gruppo di controllo (5).

La terapia comportamentale dell'obesità è uno dei trattamenti basati sull'evidenza in grado di determinare una perdita di peso corporeo del 10% (6), ma sfortunatamente ha due problemi non ancora risolti: 1) la maggior parte dei pazienti recupera l'intero peso corporeo perduto nei tre anni che seguono il trattamento (7-9); 2) è una terapia specialistica che può essere somministrata solo da terapeuti che hanno ricevuto una formazione specifica, raramente acquisita durante la tradizionale formazione universitaria e post-universitaria.

### Stato attuale della terapia comportamentale dell'obesità \_\_\_\_\_

La terapia comportamentale dell'obesità ha le sue origini storiche con il lavoro di Ferster e collaboratori (10), che per primi descrissero l'applicazione dei principi della teoria comportamentale nel campo del comportamento alimentare, e con il resoconto di Stuart (11), che descrisse otto pazienti trattati con successo con questo trattamento. Inizialmente la terapia comportamentale si basò sulla premessa che i principi dell'apprendimento potevano essere utilizzati per correggere alcuni comportamenti disfunzionali presenti nei soggetti in sovrappeso (per esempio l'alimentazione eccessiva e i ridotti livelli di attività fisica) (10, 11). In questo razionale pragmatico, dopo i primi entusiasmi, fu ben presto riconosciuto che la predisposizione genetica e i meccanismi biologici implicati nell'obesità rendevano particolarmente difficile per la maggior parte dei pazienti mantenere nel tempo le tecniche comportamentali apprese (12). Stunkard ha osservato che le prime applicazioni della terapia comportamentale andavano in parallelo, senza però integrarsi, con la prescrizione della dieta e dell'attività fisica (13). I due approcci in seguito sono stati però integrati e così la terapia comportamentale ha ben presto associato all'intervento classico la tera-

pia dietetica e procedure finalizzate ad aumentare i livelli di attività fisica (12, 13). Più recentemente sono state inserite tecniche per migliorare le relazioni interpersonali, per sviluppare attitudini meno disfunzionali nei confronti del comportamento alimentare, del controllo del peso corporeo e dell'immagine corporea e per prevenire le ricadute (14).

Attualmente la terapia comportamentale dell'obesità applicata nei *setting* di ricerca è strutturata nel modo seguente (15).

1. È somministrata in gruppi di 10-20 pazienti.
2. Il programma è presentato come una serie di lezioni preconfezionate. L'intero gruppo riceve la lezione una nella prima settimana, la lezione due nella seconda settimana e così via.
3. Le lezioni proseguono nell'ordine pre-ordinato anche se il paziente non ha risolto i suoi problemi o non ha compreso quanto illustrato. I programmi, a ogni modo, includono un addestramento alla risoluzione dei problemi come strategia generale per affrontare le difficoltà particolari incontrate.
4. La maggior parte dei programmi usa diversi terapeuti (medico, dietista, psicologo, istruttore di educazione fisica) che ruotano a turno nelle varie lezioni.
5. Il trattamento dura 16-24 settimane ed è seguito, a volte, da una fase di mantenimento.
6. Il programma include generalmente le seguenti tecniche e procedure: automonitoraggio dell'alimentazione, dell'attività fisica e del peso corporeo, obiettivi comportamentali specifici riguardanti l'alimentazione e il peso corporeo, lezioni sulla nutrizione, enfasi sulla modificazione dello stile di vita e attività fisica programmata, tecniche di controllo degli stimoli, training nella risoluzione dei problemi, modalità semplici di ristrutturazione cognitiva e prevenzione delle ricadute.

### Risultati a breve e medio termine ottenuti dalla terapia comportamentale \_\_\_\_\_

La terapia comportamentale associata alla *Low Calorie Diet* (LCD, 1000-1500 kcal/die) o alla *Very Low Calorie Diet* (VLCD, < 800 kcal/die) o alla terapia farmacologica è la forma di trattamento dell'obesità più studiata in ricerche controllate e randomizzate. I risultati ottenuti dalla terapia comportamentale a breve medio termine sono molto soddisfacenti: in media un trattamento comportamentale tipico, che incorpora una dieta di 1200 kcal al giorno, produce un decremento ponderale del 10% negli individui che completano la cura (circa l'80%) (6).

**Terapia comportamentale + LCD.** L'approccio è stato diffusamente usato per più di trent'anni ed è stato descritto in dettaglio da numerosi autori. La tabella I riassume una revisione di Wadden (16), che ha aggiornato quella eseguita da Wadden e Barlett (17) e da Brownell e Wadden (18), su studi controllati eseguiti dal 1974 al 1995 e pubblicati in quattro riviste di alto livello scientifico. Alle donne di questi studi è stata prescritta una dieta di 1000-1500 kcal/die, e agli uomini una dieta di 1500 - 1800 kcal/die. I partecipanti sono stati generalmente trattati in gruppi di 8-20 partecipanti.

I dati più recenti, dal 1991 al 1995, evidenziano che la durata media del trattamento è stata di 22,2 settimane con una perdita media di peso corporeo di 8,5 kg equivalente a un dimagrimento medio del 9%.

**TAB. I. Analisi riassuntiva di studi selezionati dal 1974 al 1995 che hanno fornito un trattamento basato sulla terapia comportamentale**

	1974	1978	1985-1987	1988-1990	1991-1995
Numero di studi inclusi	15	17	13	5	5
Numero dei casi	53,1	54,0	71,6	21,2	30,2
Peso iniziale (kg)	73,4	87,3	87,2	91,9	94,9
Durata del trattamento (sett.)	8,4	10,5	15,6	21,3	22,2
Perdita di peso (kg)	3,8	4,2	8,4	8,5	8,5
Perdita di peso settimanale (kg)	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4
Drop-out (%)	11,4	12,9	13,8	21,8	18,5
Durata follow-up (sett.)	15,5	30,3	48,3	53,0	47,7
Perdita di peso al follow-up (kg)	4,0	4,1	5,3	5,6	5,9

Note. Tutti gli studi sono stati pubblicati nei seguenti giornali: Addictive Behaviours, Behaviour Therapy, Behaviour Research and Therapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology. Tutti i valori, a eccezione del numero degli studi, sono delle medie. In tal modo gli studi con un campione ampio hanno un impatto più grande sui valori delle medie rispetto agli studi con campioni di bassa numerosità (15).

L'incremento della quantità di perdita di peso corporeo sembra essere attribuibile principalmente all'allungamento della durata del trattamento, che nei primi studi era solo di otto settimane. La perdita di peso corporeo settimanale è invece rimasta costante (0,4-0,5 kg/settimana).

**Terapia comportamentale + VLCD.** L'utilizzo della terapia comportamentale associata alla VLCD, servita generalmente sotto forma di cibo liquido, ha avuto inizio nei primi anni ottanta. Le VLCD riescono a indurre una perdita di peso corporeo di 20-25 kg (circa il 20-25% del peso corporeo iniziale) in 12-16 settimane (4).

Tre studi randomizzati e controllati hanno confrontato i risultati della VLCD con quelli della LCD, entrambe associate alla terapia comportamentale (9, 19-21). Tutte le ricerche hanno osservato che a breve termine, i pazienti trattati con la VLCD perdono circa il doppio della quantità di peso corporeo rispetto a quelli curati con la LCD. A uno o più anni di distanza i pazienti trattati con la VLCD recuperano, però, una quantità di peso corporeo significativamente superiore rispetto a quelli con la LCD (9, 20). Ciò fa sì che il decremento ponderale a lungo termine dei due interventi sia simile.

## Risultati a lungo termine della terapia comportamentale

Tutti gli studi controllati eseguiti, che hanno utilizzato la terapia comportamentale associata alla LCD o alla VLCD, hanno purtroppo evidenziato un inevitabile recupero graduale del peso corporeo perduto variabile dal 35% al 50% nell'anno seguente il trattamento (6). I pochi studi eseguiti con follow-up a cinque anni hanno evidenziato che la maggior parte dei soggetti trattati con la terapia comportamentale recupera l'intero peso corporeo perduto. Wadden e colleghi hanno eseguito il più lungo ed estensivo lavoro di follow-up che ha valutato l'efficacia della VLCD e della terapia comportamentale da sole o combinate tra loro (9). I dati del loro lavoro evidenziano che a cinque anni di distanza il peso corporeo medio dei pazienti ritorna ai livelli basali. Altri studi di follow-up a lungo termine (pochi in verità) hanno più o meno confermato quanto riportato da Wadden e collaboratori (7-8).

In sintesi, la terapia comportamentale produce una perdita di peso corporeo media di circa il 10% in sei mesi nei pazienti che completano il trattamento (circa l'80%). Nell'anno seguente la fine della terapia

si assiste però a un recupero ponderale del 40% e il rimanente peso corporeo è recuperato entro tre anni.

## Opzioni in corso di studio per migliorare l'efficacia a lungo termine della terapia comportamentale

Attualmente sono allo studio tre nuove opzioni per migliorare l'efficacia a lungo termine della terapia comportamentale: 1) cura continuativa; 2) terapia comportamentale associata alla terapia farmacologica; 3) nuovi modelli di terapia cognitiva comportamentale strutturati per minimizzare il recupero del peso.

### *Cura continuativa (continuous care)*

I fautori della cura continuativa sostengono che l'obesità sia una condizione cronica che può essere curata, ma non guarita. Tale affermazione trova conferma da una moltitudine di studi prospettici evidenzianti che, con le attuali strategie terapeutiche a nostra disposizione, è praticamente impossibile far raggiungere e mantenere nel tempo il peso corporeo ideale a alla maggior parte degli individui obesi.

Nel primo libro specificamente dedicato al mantenimento del peso corporeo perduto, Perri e collaboratori (22) hanno proposto una gestione dell'obesità basata sul modello della cura continuativa, in cui hanno sottolineato l'importanza fondamentale di mantenere un contatto prolungato nel tempo tra terapeuta e paziente. Gli autori hanno enfatizzato l'importanza di comunicare al paziente fin dalle prime fasi della terapia che l'obesità è una condizione cronica, che può essere controllata solo attraverso un continuo sforzo.

«I terapeuti devono rendere consapevole il paziente obeso che la gestione dell'obesità richiede un trattamento a lungo termine. L'individuo obeso necessita di sapere che, in modo simile ai pazienti diabetici o ipertesi, non potrà mai "guarire" dalla sua "malattia"» (22: p. 103).

Gli studi eseguiti dal gruppo di Perri e collaboratori (23, 24) hanno evidenziato in modo inequivocabile che il mantenimento della perdita di peso corporeo è migliorato aumentando il periodo di contatto tra paziente e terapeuta. In una ricerca molto citata è stato trovato che i pazienti, che partecipavano a un programma che includeva sedute di gruppo di mantenimento ogni 15 giorni nell'anno seguente la fase attiva di dimagrimento, mantenevano mediamente 13 kg dei loro 13,2 kg perduti. I pazienti, invece, che

non partecipavano al gruppo di mantenimento mantenevano solo 5,7 kg dei loro 10,8 kg perduti (25). Il limite principale di un modello basato sulla cura continuativa è che i pazienti sembrano stancarsi dei programmi di lunga durata. Wadden e collaboratori (20) hanno cercato di testare il limite della cura continuativa in uno studio della durata di 18 mesi. Gli autori hanno osservato che la partecipazione alle visite previste cadeva dall'89% nei primi sei mesi al 50% nei sei mesi finali. I pazienti, pur conoscendo l'importanza delle sedute di mantenimento, affermavano che la mancata perdita di peso corporeo e di modificazione dell'aspetto fisico nella fase di mantenimento li scoraggiava dal proseguire la terapia. Una volta terminata la terapia di mantenimento i pazienti riprendevano il peso corporeo perduto. Tale studio sembra evidenziare che la cura continuativa ritarda, ma non evita la ricaduta (16).

Un altro limite della cura continuativa è il costo dell'intervento. Purtroppo non sono ancora disponibili ricerche che abbiano valutato i costi e i benefici di modelli di cura basati sul modello della cura continuativa e non è stato effettuato nessuno studio di confronto con modelli di cura più brevi e meno costosi. Fino a che non avremo studi di questo tipo appare azzardato proporre in modo indiscriminato modelli di cura molti costosi, come quello della cura continuativa, che non garantiscono il mantenimento del peso corporeo perduto a lungo termine.

### *Terapia comportamentale + terapia farmacologica*

La terapia comportamentale e la terapia farmacologica sembrano indurre una perdita di peso corporeo attraverso meccanismi differenti, ma potenzialmente complementari (16). La terapia comportamentale è strutturata principalmente per gestire i fattori comportamentali esterni che influenzano l'assunzione di cibo. I farmaci per la perdita di peso corporeo, invece, sono stati concepiti per influenzare i fattori biologici interni che regolano l'assunzione di cibo e/o il dispendio energetico.

Data la loro potenziale complementarità nel meccanismo d'azione, la combinazione della terapia comportamentale e della farmacoterapia può, in teoria, produrre risultati migliori rispetto alle singole terapie usate da sole. Tale ipotesi è supportata da un vecchio studio che ha confrontato la terapia comportamentale con la terapia farmacologica e con la combinazione della terapia comportamentale associata alla terapia farmacologica (26). I pazienti trattati settimanalmente per 26 settimane con terapia comportamentale di gruppo hanno perso una media di 10,9 kg (circa l'11% del peso corporeo iniziale); quelli trattati

con farmacoterapia (120 mg/die dl-fenfluramina) durante brevi visite mensili, hanno perso 6 kg (circa il 7% del peso corporeo iniziale); in contrasto, il trattamento combinato (terapia comportamentale + farmaco) ha determinato una perdita di peso corporeo di 15,3 kg (circa il 16% del peso corporeo iniziale). Questo studio supporta l'ipotesi che la terapia comportamentale e la farmacoterapia abbiano effetti additivi nel determinare la perdita di peso corporeo e che sia possibile, combinando i due trattamenti, riuscire a ottenere un dimagrimento del 15%.

L'introduzione sul mercato di due nuovi farmaci (orlistat e la sibutramina), che hanno dimostrato di avere un'efficacia nel mantenere il peso corporeo a due anni superiore al placebo (27-28), apre nuove e potenzialmente efficaci prospettive nella gestione dell'obesità. Fino a ora non sono stati effettuati studi controllati che abbiano combinato la terapia comportamentale con l'orlistat e la sibutramina, ma si può speculare, visti i risultati ottenuti dalla combinazione della terapia comportamentale con la dl-fenfluramina, che un approccio combinato possa essere in grado di determinare un decremento ponderale superiore a quello ottenuto dai singoli trattamenti e un miglior mantenimento del peso corporeo perduto nel tempo.

#### *Nuovi modelli di terapia cognitiva comportamentale strutturati per minimizzare il recupero del peso*

Cooper e Fairburn (15) hanno recentemente criticato i programmi comportamentali dell'obesità, affermando che essi sono notevolmente diversi dalla terapia cognitivo comportamentale abitualmente applicata per la cura di altri disturbi: per la base teorica (danno scarsa attenzione al contributo dei processi cognitivi); per gli obiettivi (che sono la modificazione dell'alimentazione e dei livelli di attività fisica piuttosto che una modificazione cognitiva); per le procedure (che sono quasi esclusivamente comportamentali). La struttura di questi programmi (lezioni effettuate in gruppo) è anche diversa dalla terapia comportamentale applicata a condizioni diverse dall'obesità. Piuttosto che denominare questi interventi comportamentali, secondo Cooper e Fairburn (15), sarebbe meglio chiamarli "gruppi psicoeducazionali orientati comportamentalmente".

Nell'ultimo anno sono stati descritti nuovi modelli di terapia dell'obesità basati su un modello cognitivo-comportamentale e non solo comportamentale (15-29). Nel trattamento cognitivo comportamentale viene data attenzione peculiare ai processi cognitivi coinvolti nella ricaduta, è enfatizzata la distinzione netta tra perdita di peso e mantenimento ed è utilizza-

to uno stile terapeutico che assomiglia alla terapia cognitivo comportamentale applicata nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Una breve sintesi della struttura di uno di questi nuovi programmi di terapia cognitivo comportamentale dell'obesità è riportata nella tabella II. Chi volesse approfondire la conoscenza di questa modalità terapeutica può consultare il libro "Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità" (29) che riporta in modo dettagliato le basi teoriche e il manuale di applicazione del trattamento.

Attualmente è in corso di svolgimento, a Oxford in Inghilterra, uno studio controllato e randomizzato che confronta la terapia cognitivo comportamentale con la terapia comportamentale standard (30). Solo quando avremo i risultati definitivi di questa ricerca potremo sapere se la nuova forma di terapia cognitivo comportamentale è più efficace della terapia comportamentale standard nella perdita e nel mantenimento a lungo termine del peso corporeo.

#### **Opzioni in corso di studio per aumentare la disseminazione della terapia comportamentale**

La terapia comportamentale nonostante sia considerata, insieme alla terapia dietetica e a quella farmacologica, uno degli interventi di scelta per la cura non chirurgica dell'obesità, è ancora scarsamente applicata. Gli specialisti in grado di utilizzare questa terapia sono pochi e, anche se negli ultimi anni le informazioni sull'obesità e sui suoi trattamenti sono migliorate, solo una minoranza delle persone obese richiede un aiuto professionale per dimagrire. In questa situazione appare urgente la necessità di sviluppare altre forme di trattamento che possano essere applicate anche in contesti non specialistici e utilizzate da persone che non desiderano affrontare i loro problemi con un intervento professionale specialistico.

Una risposta a queste difficoltà è in parte venuta da recenti studi clinici effettuati nel campo dei disturbi dell'alimentazione, evidenziando che un sottogruppo di soggetti affetti da disturbo da alimentazione incontrollata (circa il 30-40%), disturbo che colpisce circa il 10% dei soggetti obesi che si rivolgono a uno specialista per dimagrire (31), riescono a raggiungere un'astinenza dalle abbuffate seguendo i consigli riportati dai libri di auto-aiuto usati in forma di auto-aiuto puro o auto-aiuto guidato (vedi sotto) (32).

Nel campo dell'obesità sono pochi i libri di auto-aiuto che sono derivati in modo specifico dalla terapia comportamentale dell'obesità applicata nelle ricerche controllate: uno è il manuale americano *LEARN* di

**TAB. II. Punti salienti di un nuovo programma di terapia cognitivo comportamentale dell'obesità strutturato per limitare il fenomeno della ricaduta (28)**

**Obiettivi principali del programma**

- Aiutare i pazienti obesi a raggiungere una perdita di peso corporeo del 10%
- Aiutare i pazienti obesi ad affrontare gli ostacoli all'accettazione del mantenimento del peso corporeo
- Aiutare i pazienti obesi a mantenere il 10% del peso corporeo perduto

**Differenze rispetto alla terapia comportamentale**

- Modello cognitivo comportamentale
- Somministrazione individuale
- Distinzione netta tra perdita di peso corporeo e mantenimento
- Utilizzo di uno stile terapeutico che assomiglia alla terapia cognitivo comportamentale applicata nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione
- Utilizzo di moduli introdotti in modo sequenziale in accordo alle necessità del singolo paziente

**Durata del programma**

- 40 settimane

**Fasi del programma**

- Fase uno: ha lo scopo di aiutare il paziente a perdere il 10% del peso corporeo e ad affrontare gli ostacoli potenziali al mantenimento
- Fase due: ha lo scopo di aiutare il paziente ad acquisire la cornice della mente e i comportamenti necessari al mantenimento a lungo termine del peso corporeo (inizia quando il paziente raggiunge una perdita di peso del 10%; il paziente è istruito a non cercare di perdere più peso, ma a concentrarsi solo sul mantenimento)

**Numero sedute**

- 20 sedute con la seguente frequenza:  
Sedute # 0-4: 1 volta la settimana  
Sedute # 5-18: 1 volta ogni 2 settimane  
Sedute # 19-20: 1 volta ogni 4 settimane

**Durata delle sedute**

- 50 minuti

**Moduli del programma**

- Modulo I: monitorare l'alimentazione, l'attività fisica e il peso corporeo
- Modulo II: modificare lo stile di vita
- Modulo III: affrontare gli ostacoli alla perdita di peso corporeo
- Modulo IV: affrontare gli ostacoli all'accettazione del mantenimento del peso corporeo
- Modulo V: affrontare gli ostacoli al mantenimento del peso corporeo perduto

Brownell (33), l'altro è il manuale italiano *Perdere peso senza perdere la testa* (34).

**Modalità di utilizzo dei manuali di auto-aiuto**

Le modalità d'uso dei libri di auto-aiuto sono tre (34).

1. *Auto-aiuto puro*. In questa modalità il paziente segue il programma da solo senza l'aiuto di nessuno. I manuali riportano numerosi consigli su come usare il programma e sono generalmente scritti in un linguaggio semplice che facilita la comprensione di quanto scritto.

2. *Auto-aiuto guidato*. Per applicare l'auto-aiuto guidato non è necessario essere specialisti nel trattamento dell'obesità, basta avere una buona conoscenza del programma e del manuale che si usa. Le ricerche effettuate a Oxford sull'uso dell'auto-aiuto guidato nel disturbo da alimentazione incontrollata (32) e nella bulimia nervosa (36) hanno dimostrato che buoni risultati possono essere ottenuti anche da medici di famiglia che abbiano seguito un breve addestramento sull'utilizzo del programma. È verosimile, sebbene se non vi siano molti dati al riguardo, che buoni risultati possano essere ottenuti anche da personale paramedico (dietiste, infermieri professionali e assistenti sociali). L'auto-aiuto guidato implica che l'individuo affetto da obesità segua il programma e sia affiancato da regolari sedute di terapia. Per la cura dell'obesità sono sufficienti nove incontri della durata di 20 minuti, da compiere ogni due settimane. Dal momento che l'auto-aiuto prevede che il paziente diventi terapeuta di se stesso, il ruolo del terapeuta non è direttivo, ma di supporto all'esecuzione del programma. Il terapeuta aiuta quindi il paziente a valutare i suoi miglioramenti, lo incoraggia e, nei momenti difficili, lo aiuta a identificare i problemi e a risolverli.

3. *Auto-aiuto + aiuto terapeutico*. I manuali di auto-aiuto forniscono informazioni scientifiche sull'obesità e sulle più importanti tecniche comportamentali per la gestione di tale condizione. Per tale motivo il manuale di auto-aiuto può essere associato senza problemi come aiuto aggiuntivo ad altre forme di trattamento con il fine di ridurre l'input professionale richiesto o aumentare l'efficacia dell'intervento.

La tabella III descrive i diversi *setting* e le possibili modalità di applicazione dei libri di auto-aiuto.

**Potenziati vantaggi dei manuali di auto-aiuto**

L'uso di manuali presenta numerosi vantaggi potenziali rispetto alle terapie convenzionali.

1. *L'auto-aiuto è economico.* L'importanza di sviluppare forme economiche ed efficaci d'intervento è una necessità di tutti i Paesi occidentali, che sono costretti a sostenere dei costi di cura sempre più elevati. L'auto-aiuto, a questo riguardo, ha i seguenti vantaggi potenziali.

- È una forma di cura a costo zero perché evita agli individui di dover far riferimento al Sistema Sanitario Nazionale.
- Può essere utilizzato a livello di cura primaria in contesti non specialistici sotto forma di auto-aiuto guidato; anche in questo caso si può ottenere una riduzione dei costi sanitari perché i pazienti che rispondono a questo semplice e poco costoso intervento non saranno inviati a un livello di cura secondario (specialistico).
- Può essere usato a livello di cura secondario in *setting* specialistici; anche qui si può prevedere una diminuzione dei costi potenziali attraverso una riduzione della durata del trattamento o del tempo dedicato dallo specialista al paziente.

2. *L'auto-aiuto supera alcuni ostacoli che impediscono di iniziare una cura.* Molte persone obese, anche se vorrebbero dimagrire, non sono in trattamento e quelle che lo sono spesso seguono delle terapie inadeguate. Anche se non sono stati effettuati studi approfonditi per valutare i motivi che allontanano i soggetti obesi dal ricercare un trattamento specialistico alcune ragioni potrebbero essere le seguenti.

- La scarsità di specialisti in grado di trattare in modo adeguato l'obesità.
- Gli alti costi spesso necessari per intraprendere una terapia presso uno specialista.
- La vergogna di portare allo scoperto i propri problemi.
- Il fallimento di programmi precedenti di perdita di peso corporeo che può portare alla paura di fallire ancora.

L'auto-aiuto potrebbe essere una forma di cura in grado di superare molti di questi ostacoli (34): fornisce un programma basato su procedure specialistiche validate; ha un costo limitato pari al solo costo del libro; non presuppone la necessità di rivelare agli altri i propri problemi. L'auto-aiuto, anche se non riduce la paura di fallire, può incoraggiare molte persone a provare il programma senza dover confrontarsi con il giudizio di uno specialista.

3. *L'auto-aiuto si dissemina facilmente e può essere utile sia ai pazienti sia ai terapeuti.* In Italia sono pochi gli specialisti in grado di applicare la terapia comportamentale e la terapia cognitivo comportamentale dell'obesità. Ciò fa sì che solo alcuni pazienti possano usufruire di un intervento specialistico qualifi-

TAB. III. *Setting e modalità di applicazione dei libri di auto-aiuto*

Setting	Forma di applicazione
Collettività	Auto-aiuto puro
Livello primario di cura	Auto-aiuto puro da solo o associato alla terapia farmacologica Auto-aiuto guidato da solo o associato alla terapia farmacologica
Livello secondario di cura	Aggiunti alla terapia ambulatoriale specialistica
Livello terziario di cura	Aggiunti al trattamento in day-hospital Aggiunti al trattamento ospedaliero

cato. L'uso dei libri di auto-aiuto, che descrivono in modo semplificato la terapia comportamentale dell'obesità, può facilitare la diffusione di modelli di cura specialistici a pazienti che non avrebbero altrimenti la possibilità di seguire trattamenti adeguati.

4. *L'auto-aiuto aumenta l'autoefficacia dell'individuo.* Il *National Weight Control Registry (NWCR)*, a cui possono iscriversi solo i soggetti che hanno avuto una perdita di peso corporeo documentata di almeno 13,6 kg (30 lb) e un mantenimento del peso corporeo perduto di almeno un anno, ha evidenziato che il 45% dei soggetti iscritti è riuscito a dimagrire da solo senza l'aiuto di uno specialista (37). Tale osservazione dimostra due cose: a) molti soggetti riescono a dimagrire da soli, anche se non seguono un programma strutturato di terapia comportamentale; b) la perdita di peso corporeo ottenuta da soli può essere mantenuta da alcuni soggetti, senza un contatto continuativo con un terapeuta. È ipotizzabile che uno dei principali meccanismi cognitivi che facilita il successo, anche a lungo termine, nel mantenimento del peso corporeo in alcuni individui che cercano di dimagrire da soli sia il fatto che "il farcela da soli" può aumentare il livello di auto-efficacia dell'individuo. Lo svantaggio potenziale di un programma dimagrante "fai da te" è che i metodi usati per dimagrire possono non essere salutari e avere delle potenziali conseguenze negative sulla salute. L'auto-aiuto con i libri può mantenere sia i vantaggi sia gli svantaggi del "fai da te": può favorire l'aumento dell'auto-efficacia, dal momento che i miglioramenti ottenuti con questo tipo di trattamento sono da addebitarsi in modo esclusivo al soggetto che segue i consigli del libro; evita che il soggetto intraprenda modalità di tratta-

mento potenzialmente nocive (se il manuale descrive un programma di provata sicurezza per la salute). Con questa modalità di cura ci sono, in ogni modo, dei potenziali svantaggi perché, in caso di insuccesso, il soggetto potrebbe attribuire a se stesso, e non al programma, l'inefficacia del trattamento.

#### *Possibili utilizzi futuri dei manuali di auto-aiuto*

I manuali di auto-aiuto possono essere affiancati con successo alla terapia farmacologica nel trattamento dell'obesità. A tale proposito uno studio ha evidenziato che l'obesità, tradizionalmente curata in *setting* specialistici, può essere gestita con successo anche dal medico di famiglia che utilizza un manuale di auto-aiuto associato alla terapia farmacologica (38). 26 donne obese sono state trattate con terapia farmacologica (60 mg/die fenfluramina e 15 mg/die fentermina per un anno); metà sono state assegnate a un programma standard di terapia comportamentale di gruppo (18 incontri settimanali e 10 incontri bisettimanali della durata di 75 minuti); metà a un trattamento di 10 incontri di terapia comportamentale semplificata (con l'utilizzo del manuale *LEARN*) di 15-20 minuti condotti da un medico di base. Dopo un anno le pazienti di entrambi i gruppi hanno dimostrato una significativa perdita di peso corporeo: 13,9 kg  $\pm$  9,6 kg nella terapia cognitivo comportamentale semplificata; 15,4 kg  $\pm$  7,9 kg nella terapia cognitivo comportamentale standard. Se i risultati di questo studio saranno replicati, l'utilizzo della terapia farmacologica con farmaci più moderni, come per esempio l'orlistat o la sibutramina, associati a un manuale di auto-aiuto utilizzato secondo le modalità dell'auto-aiuto puro o guidato, ha la potenzialità di diventare la terapia di scelta da effettuare nella gestione dell'obesità in *setting* non specialistici, come quelli della medicina di base.

#### *Limiti dei manuali di auto-aiuto*

Purtroppo la ricerca sull'efficacia dei manuali di auto-aiuto è nella sua infanzia e non abbiamo risultati a lungo termine, né predittori di esito che ci permettano di capire quali pazienti affetti da obesità possono rispondere a questa forma semplificata di cura. Attualmente è in corso di valutazione l'efficacia del manuale *Perdere peso senza perdere la testa* usato in forma di auto-aiuto puro (senza il supporto di nessuno) e di auto-aiuto guidato (con il supporto anche non specialistico), in uno studio caso-controllo multicentrico che prevede la partecipazione di 26 centri sparsi nelle varie regioni d'Italia. Lo studio, oltre a valutare l'efficacia del trattamento, è stato designato per ricercare i predittori di esito.

Fino a che non avremo risultati derivati da studi controllati, la valutazione del ruolo dei manuali di auto-aiuto nella gestione dell'obesità rimane sospesa.

## Conclusioni

La terapia comportamentale dell'obesità ha compiuto notevoli progressi rispetto alle sue prime formulazioni e la perdita media di peso corporeo ottenibile con questo tipo di terapia è passata da circa 4 kg negli anni settanta agli 8,5 kg degli anni novanta. Purtroppo, nonostante l'inserimento di nuove procedure e tecniche, la terapia comportamentale dell'obesità non è fino a ora stata in grado di dimostrare un'efficacia a lungo termine: molti pazienti tendono, infatti, a recuperare il peso perduto entro tre anni dal termine del trattamento. Sebbene recenti studi abbiano evidenziato che significativi benefici sulla salute si possono ottenere da decrementi ponderali inferiori al 10% e anche da un parziale recupero del peso perduto (5), tale problema ha portato a studiare nuove modalità di applicazione della terapia comportamentale (inserendola in un modello di cura continuativa o associandola alla terapia farmacologica) o nuovi modelli di trattamento (terapia cognitivo comportamentale strutturata per limitare il fenomeno della ricaduta), la cui efficacia è in corso di valutazione.

Nel frattempo, visto che la terapia comportamentale ha un'ampia evidenza di efficacia a breve e medio termine ed è raramente insegnata ai terapeuti nel corso di laurea e nelle specializzazioni post-laurea, è necessario trovare nuovi modi per disseminare il suo utilizzo, non solo agli specialisti, ma anche al personale medico non specializzato, come per esempio il medico di famiglia. Questo nuovo orientamento sembra indispensabile e urgente, visto che è assai improbabile riuscire nel compito di formare un numero di specialisti in grado di curare il 10% circa della popolazione italiana affetta da obesità. I manuali di auto-aiuto, utilizzati da soli in forma di auto-aiuto puro o di auto-aiuto guidato o associati alla terapia farmacologica, potrebbero essere un modo poco costoso e potenzialmente utile per risolvere questo problema, se i risultati degli studi di efficacia attualmente in corso forniranno risultati positivi.

## Bibliografia

1. WHO: Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997, 1997

2. Flegal KM, Carroll MD, Kuzmarski RL, Johnson CL: Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *Int J Obes Relat Metab Disord* **22**, 39-47, 1998
3. D'Amicis A, Quattrociochi L: L'epidemia di obesità in Italia: dati recenti. 2° rapporto sull'obesità dell'Istituto Auxologico Italiano. Franco Angeli, Milano, 2000
4. National Institute of Health: Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report, 1998
5. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Timo T, Valle TT et al: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New Engl J Med*, **344**, 1343-1350, 2001
6. Wing RR: Behavioural approaches to the treatment of obesity. In: Bray GA et al (Eds): *Handbook of obesity*. Marcel Dekker, New York, 1998, p. 855-873
7. Stalonas PM, Perri MG, Kerzner AB: Do behavioural treatments of obesity last? A five-year follow-up investigation. *Addict Behav* **9**, 175-184, 1984
8. Kramer FM, Jeffery RW, Forster JL, Snell MK: Long-term follow-up of behavioural treatment for obesity: Patterns of weight gain among men and women. *Int J Obes* **13**, 124-136, 1989
9. Wadden TA, Stenberg JA, Letizia KA, Stunkard AJ, Foster GD: Treatment of obesity by very low calorie diet, behaviour therapy, and their combination: a five-year perspective. *Int J Obes* **13** (suppl 2), 39-46, 1989
10. Ferster CB, Nurberger I, Levitt EB: The control of eating. *J Math* **1**, 87-109, 1962
11. Stuart RR: Behavioural control of overeating. *Behav Res Ther* **5**, 357-365, 1967
12. Wilson GT: Behavioural treatment of obesity: Thirty years and counting. *Adc Behav Res Ther* **16**, 31-75, 1994
13. Stunkard AJ: Current views on obesity. *Am J Med* **2**, 230-236, 1996
14. Brownell KD, Wadden TA: Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *J Consult Clin Psychol* **60**, 505-517, 1992
15. Cooper Z, Fairburn CG: A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther* **39**, 499-511, 2001
16. Wadden TA: The management of obesity: From past failure to future attainment. In: Guy-Grand G, Ailhaud G (Eds): *Progress in Obesity Research*. 8. John Libbey, London, 1999, p. 713-719
17. Wadden TA, Bartlett SJ: Very low calorie diets: An overview and appraisal. In: Wadden TA, VanItallie TB (Eds): *Treatment of the seriously obese patient*. Guilford Press, New York, 1992, p. 44-87
18. Brownell KD, Wadden TA: Behaviour therapy for obesity: Modern approaches and better results. In: Brownell KD, Foreyt JP (Eds): *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia, and bulimia*. Basic Book, New York, 1986, p. 180-197
19. Wadden TA, Foster GD, Letizia KA, Mullen JL: Long-term effects of dieting on resting metabolic rate in obese outpatients. *JAMA* **264**, 707-711, 1990
20. Wadden TA, Foster GD, Letizia KA: One-year behavioural treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *J Consult Clin Psychol* **62**, 165-171, 1994
21. Wing RR, Blair EH, Bononi P, Marcus MD, Watanabe R, Bergman RN: Caloric restriction per se is a significant factor in improvements in glycemic control and insulin sensitivity during weight loss in obese NIDDM patients. *Diabetes Care* **17**, 30-36, 1994
22. Perri MG, Nezu AM, Viegner BJ: Improving the long-term management of obesity: Theory, research, and clinical guidelines. Wiley Press, New York, 1992
23. Perri MG, McAdoo WG, McAllister DA, Lauer JB, Jordan RC, Yancey DZ, Nezu AM: Effects of peer support and therapist contact in long-term weight loss. *J Consult Clin Psychol* **55**, 615-617, 1987
24. Perri MG, McAdoo WG, McAllister DA, Lauer JB, Yancey DZ: Enhancing the efficacy of behaviour therapy for obesity: effects of aerobic exercise and a multicomponent maintenance program. *J Consult Clin Psychol* **54**, 670-675, 1986
25. Perri MG, McAdoo WG, Spevak PA, Newlin DB: Effects of a multi-component maintenance program on long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol* **56**, 529-534
26. Craighthead L et al: Behaviour therapy and pharmacotherapy for obesity. *Arch Gen Psych* **38**, 763-768, 1981
27. Rössner S, Sjöström L, Noack R, Meinders AE, Noseda G: Weight loss, weight maintenance, and improved cardiovascular risk factors after 2 years treatment with orlistat for obesity. *European Orlistat Obesity Study Group. Obes Res* **8**, 49-61, 2000
28. James WPT, Astrup A, Finer N, Hilsted J, Kopelman P, Rössner S, Wim HM, Saris WHM, Gaal LF: Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. *Lancet* **356**, 2199-2125, 2000
29. Dalle Grave: *Terapia cognitivo comportamentale dell'obesità*. Positive Press, Verona, 2001
30. Fairburn CG: *Comunicazione personale*
31. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, Rotella CM: Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Compr Psychiatry* **41**, 111-115, 2000
32. Carter JC, Fairburn CG: Cognitive-behavioural self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol* **66**, 616-623, 1998
33. Brownell KD: *The LEARN program for weight control* (6th ed). Edmonds, WA, American Health Press, 1994
34. Dalle Grave R: *Perdere peso senza perdere la testa*. Positive Press, Verona, 1999
35. Fairburn GC, Carter JC: Self-help and guided self-help for binge-eating problems. In: Garner DM, Garfinkel PE (Eds): *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, New York, 1997, p. 494-499
36. Waller D, Fairburn CG, McPherson A, Kay R, Lee A, Nowell T: Treating bulimia nervosa in primary care: A pilot study. *Int J Eat Disord* **19**, 99-103, 1996
37. Wing RR: Successful long-term weight loss: Findings from the National Weight Control Registry. In: Guy-Grand B, Ailhaud G (Eds): *Progress in Obesity Research*.

8. Libbey, London, 1999, p. 781-785
38. Wadden TA, Berkowitz RI, Vogt RA, Steen SN, Stunkard AJ, Foster GD: Lifestyle modification in the pharmacologic treatment of obesity: a pilot investigation of a potential primary care approach. *Obes Res* 5, 218-226, 1997

*Corrispondenza a: Dott. Riccardo Dalle Grave, Via Sansovino*

16, 37138 Verona  
*e-mail: rdalleg@tin.it*

*Pervenuto in Redazione il 25/10/2001 - Accettato per la pubblicazione il 27/2/2002*