

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE DEL CENTRO ADA

Informazioni per i pazienti e i familiari



Associazione Disturbi Alimentari

COSA SAPERE PRIMA DI INIZIARE



L'opuscolo descrive il trattamento dei disturbi dell'alimentazione applicato presso il centro ADA di Verona. Il trattamento si basa sulla teoria e terapia cognitivo comportamentale sviluppata dalla nostra équipe in collaborazione con il Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford (CREDO), la cui efficacia è stata dimostrata da rigorosi studi pubblicati su riviste internazionali.

Prima di accettare il trattamento leggi con attenzione ogni punto dell'opuscolo e sottolinea le parti che non ti sono chiare o che desideri discutere con il terapeuta.

Conoscere in dettaglio l'organizzazione generale del programma, le strategie e le procedure applicate è un passo essenziale da compiere prima di decidere se iniziare il trattamento.

Buona lettura!

Dott. Riccardo Dalle Grave
*Direttore sanitario e responsabile
scientifico del centro ADA*

ADA

Associazione Disturbi Alimentari
Via Sansovino 16 - 37138 Verona (VR)
Tel. 045/8103915 - Fax 045/8102884
Sito web: www.adacentroobesitaanoressia.it

Questo manuale è protetto da copyright
© 2019, ADA Associazione Disturbi Alimentari

Nessuna parte del libretto può essere riprodotta senza il permesso scritto dell'editore.
I pazienti possono fotocopiarne parti a scopo terapeutico.

LA TEORIA SU CUI SI BASA IL TRATTAMENTO DEL CENTRO ADA



LA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE TRANSDIAGNOSTICA DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Il trattamento del centro ADA si basa sulla **teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione** elaborata dal Centro per la Ricerca sui Disturbi dell'Alimentazione dell'Università di Oxford (<https://www.cbte.co/>).

La teoria è stata sviluppata dall'osservazione che i disturbi dell'alimentazione condividono la maggior parte delle caratteristiche cliniche e sembrano essere mantenuti da meccanismi di mantenimento comuni. Inoltre, gli studi sul decorso dei disturbi dell'alimentazione indicano che l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e gli altri disturbi dell'alimentazione migrano tra queste diagnosi, ma più raramente verso altri disturbi mentali. Queste caratteristiche hanno portato a considerare i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica piuttosto che come disturbi separati (Figura 1).

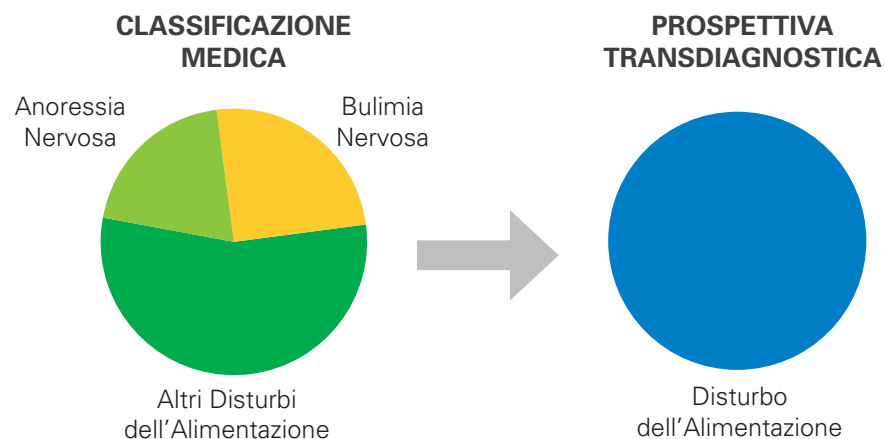


Figura 1 La prospettiva transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione

Il sistema di valutazione di sé

La teoria sostiene che l'**eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione** sia il nucleo psicologico dei disturbi dell'alimentazione.

Mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini della loro vita (per es. relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali e genitoriali, ecc.), quelle con disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante in base al controllo che riescono ad esercitare sul peso, sulla forma del corpo o sull'alimentazione (spesso su tutte e tre le caratteristiche) (Figura 2).

L'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da questo nucleo psicologico. Per esempio, i **comportamenti di controllo del peso estremi** (dieta ferrea,

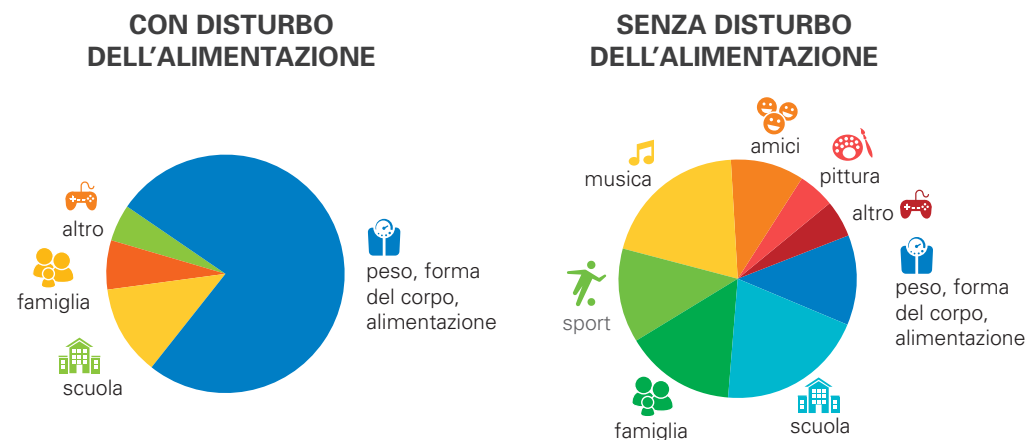


Figura 2 Rappresentazione grafica dello schema di autovalutazione di una persona con il disturbo dell'alimentazione e di una senza il disturbo dell'alimentazione

Gli spicchi del grafico a torta rappresentano i domini di autovalutazione del paziente. La dimensione degli spicchi del grafico a torta illustra l'importanza attribuita dal paziente a ogni dominio di autovalutazione.

esercizio fisico eccessivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici) e il **raggiungimento e il mantenimento del sottopeso**, si possono facilmente verificare se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo siano di estrema importanza per giudicare il proprio valore.

La rottura delle regole e l'episodio di abbuffata

L'unico comportamento non strettamente legato allo schema di autovalutazione disfunzionale è l'**episodio di abbuffata**. Presente in un sottogruppo di persone con disturbi dell'alimentazione, sembra essere la conseguenza della rottura delle regole dietetiche estreme e rigide o, in taluni casi, della gestione attraverso il cibo di eventi ed emozioni.

I fattori di mantenimento specifici

Le varie manifestazioni cliniche dei disturbi dell'alimentazione, a loro volta, mantengono in uno stato di continua attivazione lo schema di autovalutazione disfunzione e assieme ad esso formano i fattori di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione (**Figura 3**).

I fattori di mantenimento aggiuntivi o non specifici

La teoria transdiagnostica propone che in un sottogruppo di persone con disturbo dell'alimentazione siano presenti uno o più dei seguenti fattori di mantenimento aggiuntivi o non specifici (perché sono presenti anche in altre problematiche psicologiche):

- 01 **Perfezionismo clinico**
- 02 **Bassa autostima nucleare**
- 03 **Difficoltà interpersonali marcate**
- 04 **Intolleranza alle emozioni**

I fattori di mantenimento aggiuntivi (**Figura 4**), se presenti, interagiscono con quelli specifici nel perpetuare il disturbo dell'alimentazione.

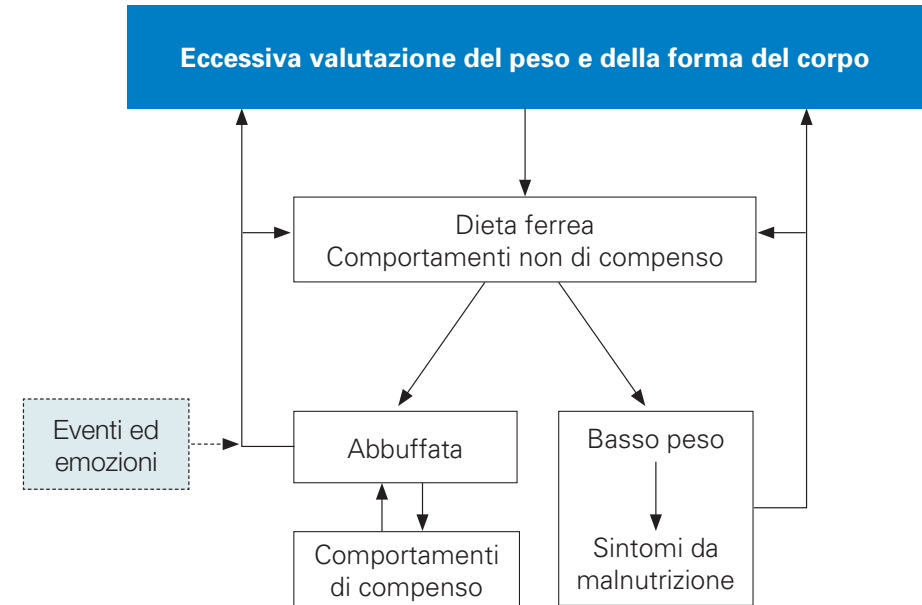


Figura 3 Formulazione transdiagnostica dei principali meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione

Adattata da <https://www.cbte.co/for-professionals/cbt-e-resources-and-handouts/>

I FATTORI DI MANTENIMENTO AGGIUNTIVI SE PRESENTI, POSSONO PERPETUARE IL DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE

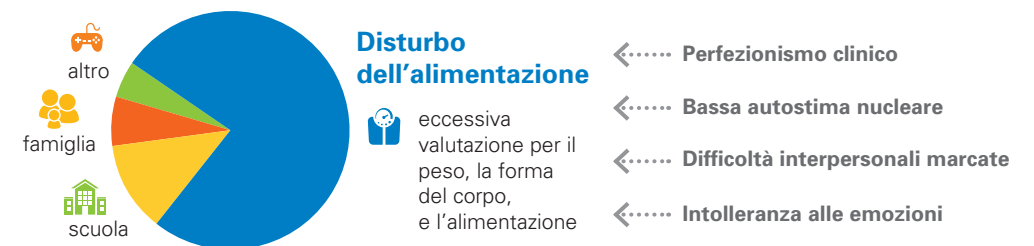


Figura 4 Fattori di mantenimento aggiuntivi presenti in un sottogruppo di persone con disturbo dell'alimentazione

IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE DEL CENTRO ADA



LA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE MIGLIORATA (CBT-E)

Dalla teoria transdiagnostica è stato sviluppato un nuovo trattamento chiamato “CBT-E”, che è l’abbreviazione di terapia cognitivo comportamentale migliorata (“Enhanced” in inglese).

La CBT-E è un trattamento transdiagnostico ideato per tutte le forme dei disturbi dell’alimentazione cioè l’anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da binge-eating e altri stati simili.

CBT-E ambulatoriale per adulti, adolescenti e in forma intensiva

La CBT-E è stata inizialmente sviluppata dal centro CREDO dell’Università di Oxford (UK), come trattamento ambulatoriale per gli adulti con disturbi dell’alimentazione, ma poi è stata adattata dall’equipe del centro ADA di Verona anche per gli adolescenti e per forme più intensive di cura, come il trattamento ambulatoriale intensivo.

La CBT-E per persone non sottopeso

Nei **pazienti che non sono sottopeso**, la CBT-E ambulatoriale generalmente prevede un appuntamento iniziale di valutazione/preparazione seguito da 20 sedute individuali in 20 settimane, della durata di 50 minuti ciascuna. Le prime 8 sedute sono eseguite 2 volte la settimana per sviluppare il cosiddetto “slancio terapeutico”. In seguito, le sedute sono eseguite una volta la settimana e, nella fase finale della terapia, le ultime tre sedute sono effettuate ogni due settimane.

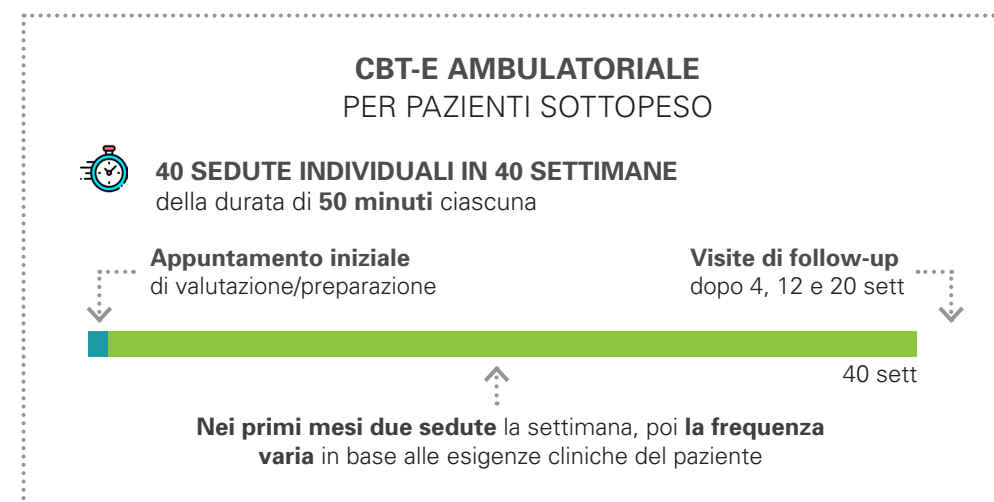
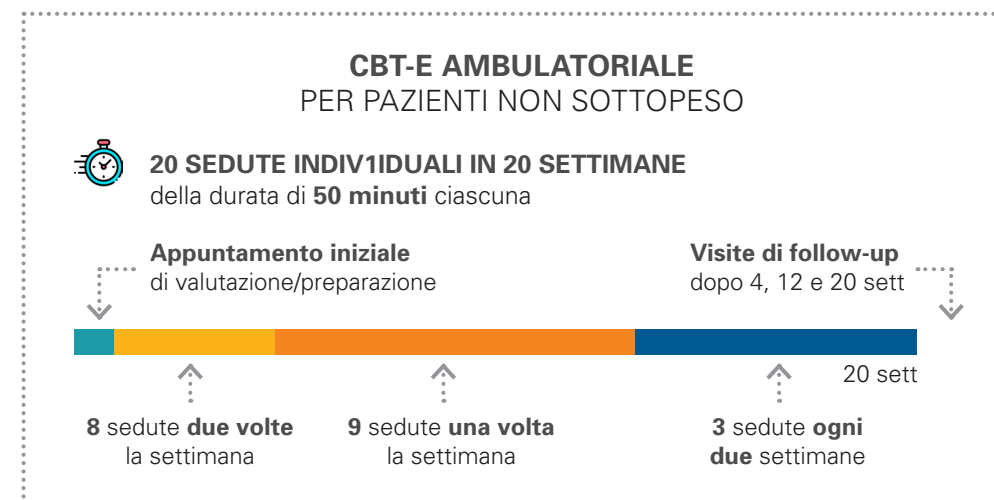
La CBT-E per persone sottopeso

Nei **pazienti che sono sottopeso**, il trattamento è più lungo, potendo spesso prevedere 40 sedute in 40 settimane. In questa versione della CBT-E, il recupero del peso è integrato con le strategie e le procedure per affrontare le problematiche psicologiche specifiche dei disturbi dell’alimentazione. Inizialmente le sedute

sono eseguite 2 volte la settimana. Poi, quando il recupero del peso avviene a un ritmo costante, le sedute sono eseguite una volta la settimana e nell’ultima fase del trattamento una volta ogni due settimane.

Visite di follow-up

Sia per le persone non sottopeso che per quelle sottopeso sono previste delle visite di follow-up dopo 4, 12 e 20 settimane dalla fine della terapia.



LE CARATTERISTICHE DEL TRATTAMENTO

La CBT-E è un trattamento altamente individualizzato e non adotta mai procedure coercitive e prescrittive



La CBT-E è un trattamento altamente individualizzato e, a differenza di altri trattamenti applicati nei disturbi dell'alimentazione, non adotta mai procedure coercitive e prescrittive. In altre parole, **non è mai chiesto al paziente di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire**, perché questo può aumentare la sua reticenza a cambiare.

Costruire la formulazione personalizzata

Il paziente è aiutato a comprendere la funzione psicologica del controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione, i danni che comporta, e a **costruire in modo collaborativo la formulazione personalizzata** dei principali processi di mantenimento del suo disturbo dell'alimentazione, che diverranno il bersaglio del trattamento.

Pianificazione delle procedure

Solo dopo la condivisione dei problemi da affrontare si pianificano, con il paziente stesso, le procedure per affrontare le varie espressioni del disturbo dell'alimentazione, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno. Se il paziente non raggiunge la conclusione che ha un problema da affrontare il trattamento non inizia o viene interrotto, ma questo accade raramente.



L'OBIETTIVO PRINCIPALE DELLA CBT-E

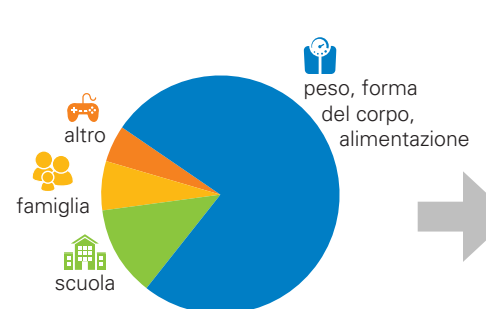
L'obiettivo principale della CBT-E è aiutare il paziente a sviluppare uno schema di autovalutazione di sé più articolato e non dipendente in modo predominante o esclusivo dal peso, dalla forma del corpo e dal controllo dell'alimentazione (**Figura 5**).



I QUATTRO OBIETTIVI GENERALI DEL TRATTAMENTO

- 01 **Ingaggiare il paziente** nel trattamento e coinvolgerlo attivamente nel processo di cambiamento
- 02 **Rimuovere le espressioni principali del disturbo dell'alimentazione** e cioè il modo disturbato di mangiare (e il basso peso, se presente), i comportamenti estremi di controllo del peso e le preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione
- 03 **Correggere i processi** che mantengono il disturbo dell'alimentazione
- 04 **Assicurarsi che i cambiamenti siano duraturi**

PRIMA DEL TRATTAMENTO



DOPO IL TRATTAMENTO

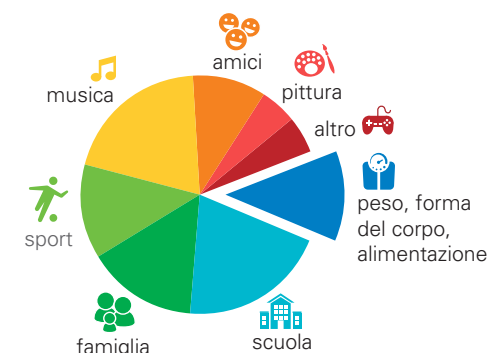


Figura 5 Obiettivo principale della CBT-E

ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Il trattamento è condotto da un'équipe multidisciplinare specializzata nella CBT-E per i disturbi dell'alimentazione



L'équipe è composta da **medici, psicologi e dietiste**. Tutti i membri dell'équipe hanno effettuato il web-training sulla CBT-E sviluppato dal centro CREDO dell'Università di Oxford e hanno conseguito l'Advanced Certificate nella CBT-ED.

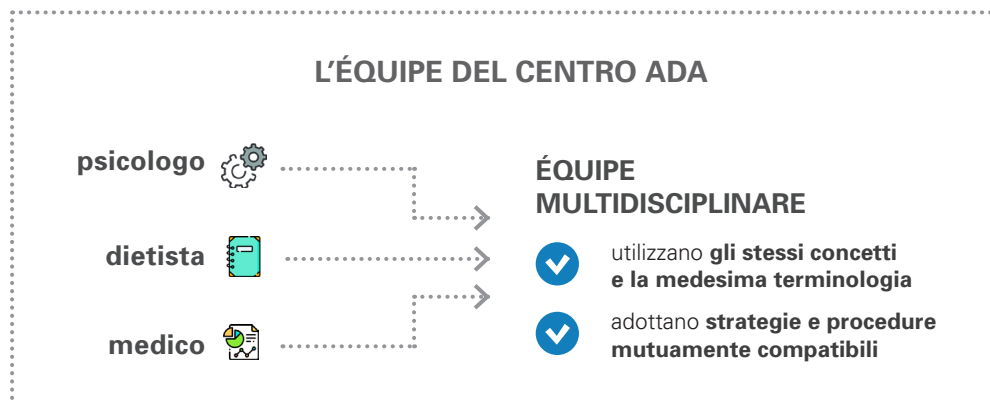
La caratteristica distintiva dell'équipe del centro ADA è che i terapeuti utilizzano gli stessi concetti e la medesima terminologia e adottano strategie e procedure mutuamente compatibili (approccio multidisciplinare non eclettico).

Qual è il contributo dei vari terapeuti nel trattamento

Il contributo individuale dei vari terapeuti è determinato caso per caso, in accordo ai meccanismi di mantenimento operanti nel paziente e descritti nella sua Formulazione Personalizzata.

In generale, la seduta di valutazione è eseguita da un medico e il trattamento dei pazienti sottopeso è somministrato da uno psicologo.

Nel Passo Due lo psicologo è affiancato dalla dietista e sono previste periodiche visite mediche per valutare lo stato fisico del paziente e gestire le eventuali complicanze internistiche e psichiatriche.



IL MANUALE USATO DURANTE IL TRATTAMENTO

Al paziente viene messo a disposizione un manuale che fornisce tutte le informazioni e le procedure del trattamento



All'inizio del trattamento è consegnato al paziente il manuale "Come Vincere i Disturbi dell'Alimentazione. Un Programma Basato sulla Terapia Cognitivo Comportamentale" (Figura 6).

Com'è strutturato il manuale

Il manuale nella **Parte Uno** riporta informazioni sui disturbi dell'alimentazione e sulla CBT-E, mentre nella **Parte Due** mette a disposizione del paziente la guida per eseguire il trattamento.

Quando il paziente deve usare il manuale

Il manuale va portato a ogni seduta e, quando il terapeuta fornisce informazioni sul disturbo dell'alimentazione e sulle procedure del trattamento, al paziente è suggerito di leggere la sezione del manuale che descrive gli elementi educativi affrontati in seduta. La lettura delle procedure terapeutiche al di fuori della seduta, e avere a portata di mano la loro descrizione, aiuta il paziente a utilizzarle nel modo più appropriato.



COME VINCERE I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale

Riccardo Dalle Grave

Positive Press

- ✓ Il manuale **va portato a ogni seduta**
- ✓ Al paziente è suggerito di leggere la sezione della manuale che **descrive gli elementi educativi affrontati in seduta**
- ✓ Al di fuori della seduta, è consigliato di averlo a portata di mano per poterlo **consultare in qualsiasi momento**

Figura 6 Il manuale della CBT-E per il paziente

ORGANIZZAZIONE GENERALE

Le strategie e procedure per interrompere i principali meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione



La CBT-E si svolge in **tre passi** che includono una sequenza individualizzata e flessibile di strategie e procedure per interrompere i principali meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione che operano nel singolo paziente.

Iniziare bene e decidere il cambiamento

Il **Passo Uno** ha una durata di quattro settimane e prevede due sedute la settimana. In questo passo il terapeuta e il paziente lavorano assieme per raggiungere una comprensione condivisa della natura del disturbo dell'alimentazione e dei principali meccanismi che lo mantengono.



Educazione personalizzata

Viene fornita un'educazione personalizzata sul disturbo dell'alimentazione e sono implementate delle procedure per regolarizzare l'alimentazione e ridurre la frequenza degli episodi di abbuffata (se presenti) e la preoccupazione per il peso.



Se il paziente è sottopeso

In questo passo, se il paziente è sottopeso, sono valutate attentamente le ragioni a favore e contro per affrontare il recupero del peso e il cambiamento. Infatti, l'obiettivo della CBT-E è che sia il paziente a decidere di recuperare il peso piuttosto che questa decisione sia imposta dal terapeuta. Se il paziente sottopeso manifesta, dopo le prime quattro sedute, la volontà di affrontare il recupero del peso, la durata del Passo Uno può essere ridotta e si può passare direttamente al passo successivo. Al contrario, se il paziente sottopeso non raggiunge la conclusione di affrontare il basso peso e la restrizione dietetica calorica dopo quattro settimane, il trattamento è interrotto e vanno valutate altre forme di cura che non richiedano il suo coinvolgimento attivo nel processo di cambiamento.

Affrontare il cambiamento

Il **Passo Due** è il corpo centrale del trattamento e ha l'obiettivo di affrontare il recupero di peso (se indicato) e i meccanismi psicologici principali che stanno mantenendo il disturbo dell'alimentazione.



Affrontare le preoccupazioni per il peso

Di solito questo comporta affrontare le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione e la restrizione dietetica calorica e cognitiva.

Fase finale del trattamento

Il **Passo Tre** è la fase finale del trattamento e include tre sedute eseguite ogni due settimane in cui l'attenzione si sposta verso il futuro.



Minimizzare il rischio di ricaduta

Il passo ha l'obiettivo di affrontare le preoccupazioni per la fine del trattamento, di assicurarsi che i progressi siano mantenuti e di minimizzare il rischio di ricaduta a lungo termine.

Sedute di revisione durante il trattamento

Alla fine del Passo Uno, dopo quattro settimane, e nei pazienti sottopeso ogni quattro settimane durante il Passo Due, è effettuata una **Seduta di Revisione** dedicata alla revisione dell'andamento del trattamento e, in particolare, a rivedere i progressi, a identificare eventuali ostacoli emergenti al cambiamento, e a pianificare le successive settimane.

Sedute di revisione post-trattamento

Infine, 4-12 e 20 settimane dopo la conclusione del trattamento è eseguita una **Seduta di Revisione Post-Trattamento** per valutare come il paziente è riuscito ad affrontare eventuali problemi residui e passi indietro. (**Figura 7**).

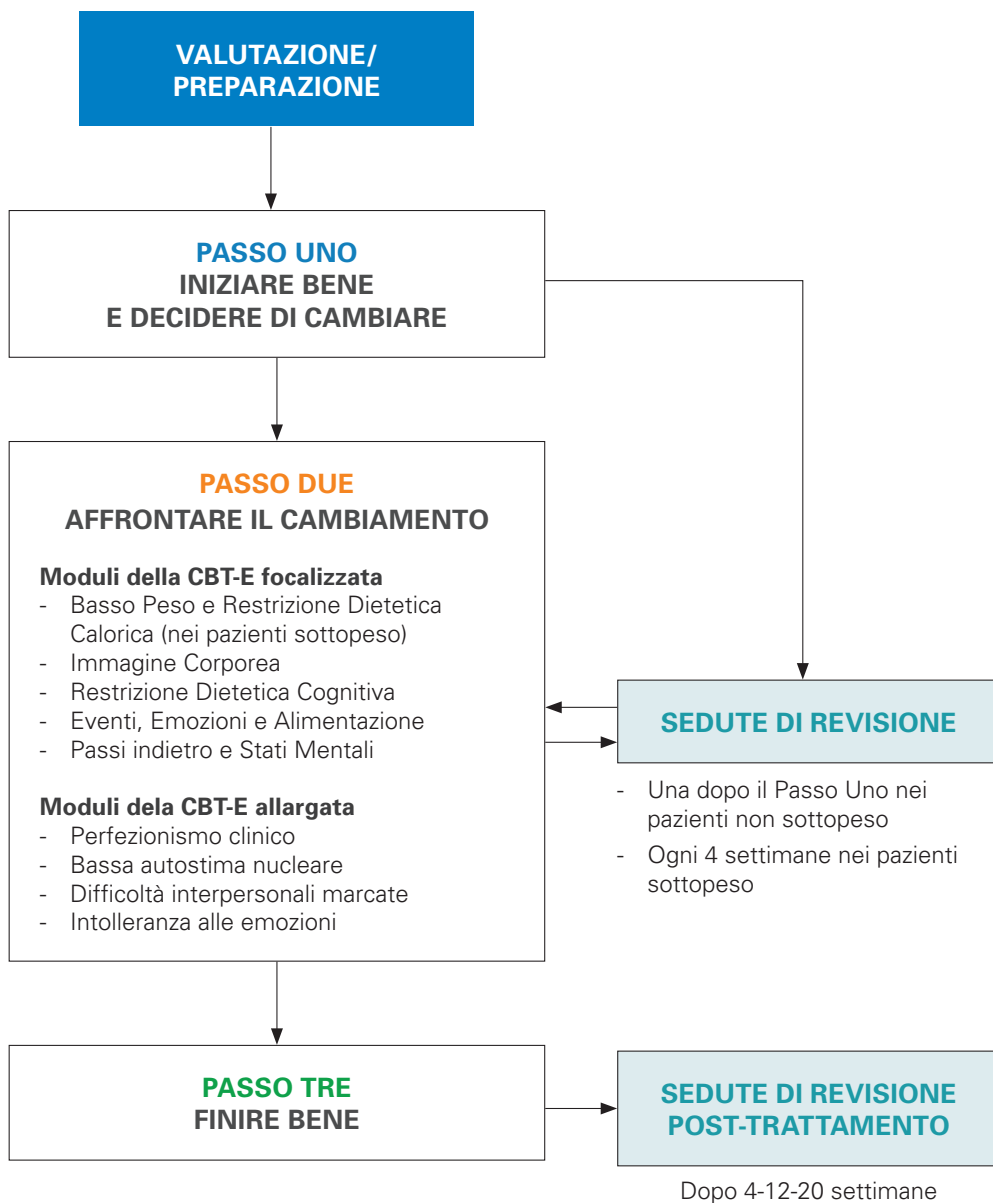


Figura 7 La mappa dell'organizzazione della CBT-E per i disturbi dell'alimentazione

LE DUE FORME DEL TRATTAMENTO

La CBT-E può essere somministrata in due forme



FORMA "FOCALIZZATA"

Affronta esclusivamente i meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione. La forma focalizzata è adatta alla maggior parte dei pazienti.



FORMA "ALLARGATA"

Affronta in moduli specifici anche uno o più dei processi di mantenimento esterni descritti dalla teoria transdiagnostica:

01 Perfezionismo clinico

02 Bassa autostima nucleare

03 Difficoltà interpersonali marcate

04 Intolleranza alle emozioni

Quando usare la forma allargata

La forma focalizzata è adatta alla maggior parte dei pazienti, mentre quella allargata dovrebbe essere riservata solo ai pazienti in cui il meccanismo di mantenimento esterno è pronunciato, sembra mantenere il disturbo dell'alimentazione e interferisce con la risposta al trattamento.

Decidere di usare la forma allargata

La decisione di somministrare la forma allargata della CBT-E è presa nelle sedute di revisione del trattamento.

IL COINVOLGIMENTO DEGLI ALTRI SIGNIFICATIVI

Il coinvolgimento di familiari e amici permette molte volte di creare un ambiente che facilita il cambiamento

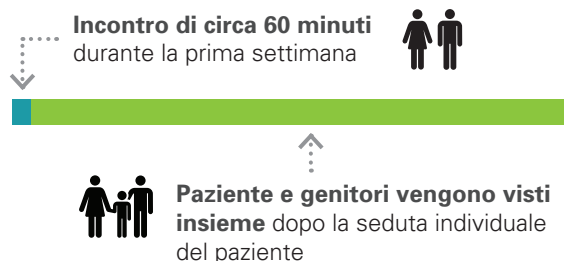


PAZIENTE MINORENNE

I genitori sono sempre coinvolti nel trattamento del paziente adolescente per creare un ambiente domestico che facilita il cambiamento della persona con disturbo dell'alimentazione e per aiutarla a implementare alcune procedure del trattamento.

Ai genitori è chiesto di partecipare da soli a un incontro della durata di circa 60 minuti durante la prima settimana di trattamento. Successivamente, il paziente e i genitori vengono visti insieme in sedute di 15-20 minuti effettuate immediatamente dopo la seduta individuale con il paziente. **Gli argomenti da discutere con i genitori vengono prima concordati con il paziente.**

COINVOLGIMENTO
DEI GENITORI
DURANTE IL
TRATTAMENTO



PAZIENTE ADULTO

Anche nel paziente adulto, previo suo consenso, sono coinvolti genitori e altri significativi, se si reputa che possano essere di aiuto nel creare un ambiente che facilita il cambiamento. In questo caso sono pianificate alcune sedute congiunte con il paziente e gli altri significativi di 15-20 minuti al termine di una seduta individuale.

RUOLO DEL PAZIENTE NEL TRATTAMENTO

Ai pazienti che iniziano il trattamento è richiesto impegno e serietà. Affrontare il problema alimentare è molto impegnativo ma **ne vale sempre la pena!**



È NECESSARIO CHE IL PAZIENTE SVOLGA UN RUOLO ATTIVO DURANTE E FUORI DALLE SEDUTE

Nella CBT-E è necessario che il paziente svolga un ruolo attivo durante e fuori dalle sedute per affrontare il cambiamento. Il trattamento ha infatti poche, o nessuna, probabilità di successo se il paziente non è coinvolto attivamente.



IL PAZIENTE È INCORAGGIATO A CONSIDERARE IL TRATTAMENTO COME UNA PRIORITÀ

Un altro atteggiamento vincente che consigliamo al paziente di adottare è di spostare gli sforzi dal controllo dell'alimentazione verso il trattamento. In altre parole, il paziente è incoraggiato a considerare il trattamento come una priorità e a mettere lo stesso impegno che dedica al controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione nel cercare di cambiare.



IL TRATTAMENTO DEVE ESSERE VISTO COME UN'OPPORTUNITÀ SPECIALE

Il trattamento dovrebbe essere visto come un'opportunità speciale per guarire dal disturbo dell'alimentazione e per iniziare una vita nuova e più soddisfacente.



I VANTAGGI CHE SI POSSONO OTTENERE DAL TRATTAMENTO SONO ENORMI

Come ogni cambiamento ci sono dei rischi, ma i vantaggi che si possono ottenere sono enormi ed includono:

- pensare più liberamente, senza essere continuamente oppressi dai pensieri sull'alimentazione, sul peso e sulla forma del corpo
- sviluppare una prospettiva mentale più allargata
- diventare più felici, meno irritabili e rigidi
- riuscire a formarsi una famiglia
- raggiungere condizioni di salute migliori.



OGNI APPUNTAMENTO DEVE INIZIARE E FINIRE CON PUNTUALITÀ

È di fondamentale importanza che ogni appuntamento inizi e finisca con puntualità ed è una buona idea anche arrivare un po' in anticipo (circa 10, 15 minuti prima) a ogni seduta. Ciò darà l'opportunità di mettersi a proprio agio, rilassarsi e preparare le cose da discutere nella seduta.



LE PRIME QUATTRO SETTIMANE SONO LE PIÙ IMPORTANTI PER COSTRUIRE LO "SLANCIO"

Dati sul trattamento indicano che l'entità del cambiamento (per es. l'interruzione dei comportamenti estremi di controllo del peso) ottenuta nelle prime quattro settimane, è il più importante predittore dei risultati del trattamento a distanza di un anno dalla sua conclusione. Per tale motivo ogni paziente è incoraggiato a iniziare bene per costruire quello che noi definiamo lo "slancio", grazie al quale si può lavorare di giorno per interrompere il disturbo dell'alimentazione.



FONDAMENTALE È IL LAVORO DI SQUADRA TRA PAZIENTE E TERAPEUTA

È fondamentale che il paziente lavori insieme al terapeuta, proprio come una squadra, per affrontare il disturbo dell'alimentazione. Insieme si accorderanno di volta in volta su specifici compiti (o "passi"), che il paziente dovrà assumersi l'impegno di svolgere tra una seduta e l'altra. I compiti sono fondamentali e ad essi va data l'assoluta priorità. È proprio ciò che il paziente farà tra un incontro e l'altro che determinerà i benefici o i limiti del trattamento.



IL TRATTAMENTO NON DEVE SUBIRE INTERRUZIONI PER NON PERDERE LO "SLANCIO"

Si raccomanda al paziente di evitare interruzioni del trattamento perché altrimenti non si crea il necessario slancio terapeutico per superare il disturbo dell'alimentazione.

I RISULTATI DEL TRATTAMENTO

La CBT-E ha dimostrato di essere adatta per curare tutte le forme di disturbo dell'alimentazione



Gli effetti della CBT-E sono stati valutati in studi condotti in Inghilterra, Australia, Danimarca, Germania, USA e dalla nostra équipe in Italia (**vedi Box**).

Se ci si concentra su studi in cui la CBT-E è stata somministrata bene, l'evidenza suggerisce che con i pazienti che non sono significativamente sottopeso, circa i due terzi di coloro che iniziano il trattamento raggiungono una remissione piena e duratura. Nel rimanente terzo molti migliorano, ma non raggiungono la remissione. Il tasso di risposta è leggermente inferiore nei pazienti che sono sottopeso.



RISULTATI DEGLI STUDI SUGLI EFFETTI DELLA CBT-E

Allo stato attuale, i risultati della ricerca possono essere riassunti come segue:

- 01 La CBT-E ha dimostrato di essere **adatta per curare tutte le forme di disturbo dell'alimentazione** riscontrate negli adulti. Questo non è vero per qualsiasi altro trattamento.

- 02 La CBT-E in tre studi eseguiti dalla nostra équipe ha dimostrato di essere un **trattamento particolarmente promettente per i pazienti adolescenti**.

- 03 La CBT-E ha dimostrato di essere **più efficace di altri due trattamenti psicologici** ampiamente utilizzati nei disturbi dell'alimentazione non sottopeso (psicoterapia interpersonale e psicoterapia psicoanalitica) ed egualmente efficace di altri trattamenti psicologici per i pazienti sottopeso.

Nel sito della CBT-E puoi trovare una bibliografia aggiornata degli studi che hanno valutato gli esiti della CBT-E (<https://www.cbte.co/research/efficacy-and-effectiveness/>).



Gli studi sugli esiti della CBT-E effettuati dal centro ADA

ADULTI CON ANORESSIA NERVOSA

Uno studio multicentrico eseguito a Oxford, Leicester e Verona ha **valutato l'effetto della CBT-E in 99 pazienti adulti con anoressia nervosa**. Due terzi dei pazienti (63,6%) ha completato le 40 settimane di cura. Alla fine del trattamento l'aumento di peso medio è stato di 7,5 kg, che corrisponde a un aumento di 2,8 punti di Indice di Massa Corporea (IMC = kg/m²). Oltre il 60% aveva raggiunto un IMC > 18,5 (cioè una condizione di normopeso) e quasi il 90% aveva una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima. A 60 settimane di follow-up si è verificata una leggera riduzione dell'IMC e un lieve peggioramento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione. Come risultato la percentuale di pazienti con IMC > 18,5 è scesa dal 62% al 55%. Allo stesso modo la percentuale di pazienti con psicopatologia residua minima è diminuita dall'87% al 78%.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2-8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010

ADOLESCENTI CON ANORESSIA NERVOSA

Il primo studio ha valutato gli **esiti della CBT-E in 46 adolescenti con anoressia nervosa**. 29 pazienti (63%) hanno completato il trattamento. Alla fine del trattamento l'aumento di peso medio è stato di 8,6 kg pari a un incremento di 27 percentili di IMC. Quasi tutti i pazienti (96,6%, n= 28/29) avevano alla fine del trattamento una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima. A 60 settimane di follow-up l'aumento ponderale è continuato con un incremento medio di peso di altri 2,22 kg e di centile di IMC da 29,4 a 33,7.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12. doi:10.1016/j.brat.2012.09.008

Il secondo studio ha valutato gli **esiti e i predittori del cambiamento in 49 adolescenti con anoressia nervosa** trattati con la CBT-E. 35 pazienti (71,4%) hanno completato il trattamento e hanno ottenuto un incremento medio del centile di IMC da 5,7 a 32,3 alla fine del trattamento con un considerevole miglioramento della psicopatologia specifica e generale. I cambiamenti sono stati mantenuti a 20 settimane di follow-up. Non sono stati trovati predittori di interruzione del trattamento e di esito.

Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, 0(0). doi:10.1002/eat.23122

ADOLESCENTI CON DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE NON SOTTOPESO

Lo studio ha valutato gli esiti della CBT-E in **68 pazienti adolescenti con disturbi dell'alimentazione non sottopeso** (20 con bulimia nervosa, 14 con disturbo da binge-eating, 34 con altri disturbi dell'alimentazione). 51 pazienti (75%) hanno completato le 20 sedute del trattamento e il 67,6% di quelli che hanno iniziato il trattamento aveva una psicopatologia residua del disturbo dell'alimentazione alla fine del trattamento.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79-82. doi:10.1016/j.brat.2015.07.014

IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE INTENSIVO DEL CENTRO ADA



A CHI È RIVOLTO

La CBT-E ambulatoriale intensiva è stata sviluppata dal centro ADA per fornire un'alternativa ai **pazienti che non rispondono alla CBT-E ambulatoriale, ma la cui condizione non è sufficientemente grave da giustificare l'ospedalizzazione**.

Il trattamento adotta la maggior parte delle strategie e procedure della CBT-E ambulatoriale, ma ne include alcune appositamente sviluppate per questo trattamento intensivo.



PROCEDURE DELLA CBT-E AMBULATORIALE INTENSIVA

La CBT-E ambulatoriale intensiva può essere adattata in modo flessibile sia alle esigenze cliniche del paziente e include le seguenti procedure da somministrare nei giorni feriali (**Figura 8**):



tre pasti assistiti al giorno (pranzo, merenda, cena) (**Figura 9**)



due sedute individuali CBT-E la settimana con uno psicologo



due sedute individuali la settimana con una dietista per pianificare e rivedere i pasti del fine settimana



regolari visite con un medico

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
12:45-13:00	controllo del peso				
13:00-14:00	pranzo assistito	pranzo assistito	pranzo assistito	pranzo assistito	pranzo assistito
14:00-15:00	tavola rotonda	tempo libero per studiare o per altre attività	tempo libero per studiare o per altre attività	tempo libero per studiare o per altre attività	tempo libero per studiare o per altre attività
15:00-16:00	seduta con la dietista	seduta con lo psicologo	visita medica	seduta con lo psicologo	seduta con la dietista
16:30-17:00	merenda assistita	merenda assistita	merenda assistita	merenda assistita	merenda assistita
17:00-18:30	tempo libero per studiare o per altre attività	tempo libero per studiare o per altre attività	tempo libero per studiare o per altre attività	tempo libero per studiare o per altre attività	tempo libero per studiare o per altre attività
18:30-19:30	cena assistita	cena assistita	cena assistita	cena assistita	cena assistita
19:30-19:45	consegna alimenti per colazione	consegna alimenti per colazione	consegna alimenti per colazione	consegna alimenti per colazione	consegna alimenti per il week-end

Figura 8 Calendario settimanale



DURATA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento ambulatoriale intensivo testato dalla nostra équipe ha una durata massima di **12 settimane, ma di solito viene portato a termine in tempi più brevi**, una volta che il paziente sia riuscito ad affrontare con successo i fattori chiave responsabili della mancanza di progressi della CBT-E ambulatoriale.

Verso la fine del trattamento il paziente è incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dell'ambulatorio e in tal modo il trattamento evolve gradualmente nella **CBT-E ambulatoriale standard**.



Figura 9 La cucina dove si svolgono i pasti assistiti presso il centro ADA



LETTURE PER APPROFONDIRE

■ Libri in lingua italiana sulla CBT-E per i pazienti

Dalle Grave, R. (2018). Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale (terza edizione). Verona: Positive Press

Fairburn, C.G. (2014). Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating. Milano: Raffaello Cortina

■ Libri in lingua italiana sulla CBT-E per i terapeuti

Dalle Grave, R., Calugi, S., & Sartirana, M. (2018). Manuale di terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza (CBT-Ea). Dal trattamento ambulatoriale al ricovero riabilitativo. Verona: Positive Press.

Dalle Grave, R., (2018). La terapia cognitivo-comportamentale multistep per i disturbi dell'alimentazione Trento: Erickson.

Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). La gestione dei casi complessi nei disturbi dell'alimentazione. Verona: Positive Press.

Fairburn, C.G. (2018). La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Trento: Erickson.

■ Libri in lingua inglese sulla CBT-E

Dalle Grave, R. (2013). Multistep cognitive behavioral therapy for eating disorders: Theory, practice, and clinical cases. New York: Jason Aronson.

Dalle Grave, R., Calugi, S. (2020). Cognitive behavior therapy for adolescents with eating disorders New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press.



INDIRIZZI WEB UTILI

■ **Associazione Disturbi Alimentari (ADA)**

<https://www.adacentroobesitaanoressia.it>

■ **Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP)**

<https://www.aidap.org>

■ **AIDAP Ricerca e Prevenzione
Disturbi dell'Alimentazione e Obesità**

<https://www.aidapricercaeprevenzione.org>

■ **CBT-E**

<https://www.cbte.co>

■ **Dr. Riccardo Dalle Grave**

<http://www.dallegrave.it>

■ **Unità di Riabilitazione Nutrizionale
Casa di Cura Villa Garda**

<http://www.villagarda.it/it/attività#nutrizionale>