
Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza (CBT-EA): strategie, evidenze di efficacia e applicazione in un caso clinico



Introduzione

- I disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza hanno un profondo impatto sulla salute fisica e il funzionamento psicosociale
- È importante trattarli precocemente e in modo efficace per evitare che abbiano effetti negativi sulla vita delle persone
- Una forma particolare di terapia della famiglia, chiamata **family-based treatment (FBT)**, Lock, Le Grange, Agras, & Dare, 2001), è il trattamento con il maggior supporto empirico per gli adolescenti affetti da anoressia nervosa (NICE, 2017).

Introduzione (cont.)

Limiti del FBT

- Non è accettabile per alcune famiglie e pazienti
- Meno della metà dei pazienti (con < 3 anni di malattia) raggiunge la remissione dal disturbo (Lock, 2011; Lock et al., 2010)
- Se non funziona
 - si verifica spesso un aumento della resistenza del paziente al trattamento (**controllo esterno**)
 - non aiuta il paziente a capire i significati associati al controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione (**esternalizzazione**)

Introduzione (cont.)

Principali barriere al FBT

- Genitori che non riescono a partecipare al trattamento per motivi di lavoro
- Alti livelli di conflitti in famiglia (criticismo, ostilità, eccessivo coinvolgimento emotivo)
- Genitori divorziati
- Genitori con comorbidità psichiatrica

Per far fronte questi problemi abbiamo sviluppato e testato la terapia cognitivo comportamentale per gli adolescenti con disturbi dell'alimentazione (**CBT-EA**)

CBT-EA

Argomenti

1. CBT-EA: una visione d'insieme
2. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-EA
3. Influenze sulla politica sanitaria
4. Caso clinico

CBT-EA

Sviluppo del trattamento

- Il trattamento, derivato dalla CBT-E per gli adulti, è stato sviluppato nel 2008-2010 presso l'Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda, in collaborazione con il prof. Christopher Fairburn dell'Università d Oxford



CBT-EA

Razionale per usare la CBT-E negli adolescenti

- Non è complessa da comprendere e da ricevere
- Adotta un approccio flessibile e individualizzato che sia adatta allo sviluppo cognitivo dell'adolescente
- Include numerose strategie per ingaggiare e fare sentire in controllo il paziente nel trattamento
- Adotta un approccio collaborativo
- È transdiagnostica e facilmente adattabile alle particolari esigenze dei pazienti più giovani in diverse fasi di sviluppo.

CBT-EA

Letture

- Dalle Grave R, Cooper Z. *Enhanced Cognitive Behavior Treatment Adapted for Younger Patients*. In: Wade T, editor. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Singapore: Springer Singapore; 2016. p. 1-8.
- Fairburn CG, Cooper Z, Dalle Grave R. *Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with Eating Disorder*. New York: Guilford Press, in press.
- Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M. *Manuale di terapia cognitivo comportamentale per gli adolescenti con disturbi dell'alimentazione* Verona: Positive Press, 2018

CBT-EA

Obiettivi

1. **Ingaggiare il paziente**
 - Nella decisione di cambiare
 - Nell'averne un ruolo attivo nel trattamento
2. **Rimuovere la psicopatologia del DA**
 - Modo disturbato di mangiare (e basso peso se presente); comportamenti estremi di controllo del peso; preoccupazioni per l'alimentazione, la forma del corpo e il peso
3. **Correggere i meccanismi che mantengono la psicopatologia**
 - Specificati nella "formulazione" del paziente
 - Trattamento personalizzato e transdiagnostico (non determinato dalla diagnosi)
4. **Assicurarsi che i cambiamenti siano duraturi**
 - Aiutare i pazienti a rispondere prontamente a qualsiasi passo indietro (set-back)

CBT-EA

Non adotta mai procedure "prescrittive" o "coercitive"

- Al paziente di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire, perché questo aumenta la sua resistenza al cambiamento
- La strategia chiave consiste nel creare in modo collaborativo con il paziente la "formulazione personalizzata" dei principali processi di mantenimento della sua psicopatologia
- Il paziente è educato sui processi riportati nella formulazione ed è coinvolto attivamente nella decisione di affrontarli.
- Se il paziente non raggiunge la conclusione che ha un problema da affrontare il trattamento non inizia o viene interrotto, ma questo accade raramente.
- In seguito si pianificano con il paziente le procedure per affrontarlo, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno.

CBT-EA

Strategie generali

Adozione di una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali... ma **si favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per modificare ottenere dei cambiamenti cognitivi**

- Per ottenere un cambiamento psicologico (cognitivo) i pazienti sono spinti a fare cambiamenti comportamentali graduali nel contesto della loro formulazione e ad analizzare gli effetti e le implicazioni di questi cambiamenti sul loro modo di pensare
- Nelle fasi più avanzate del trattamento i pazienti sono aiutati a riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale del disturbo dell'alimentazione e a **decentrarsi** rapidamente da esso evitando così la ricaduta

CBT-EA

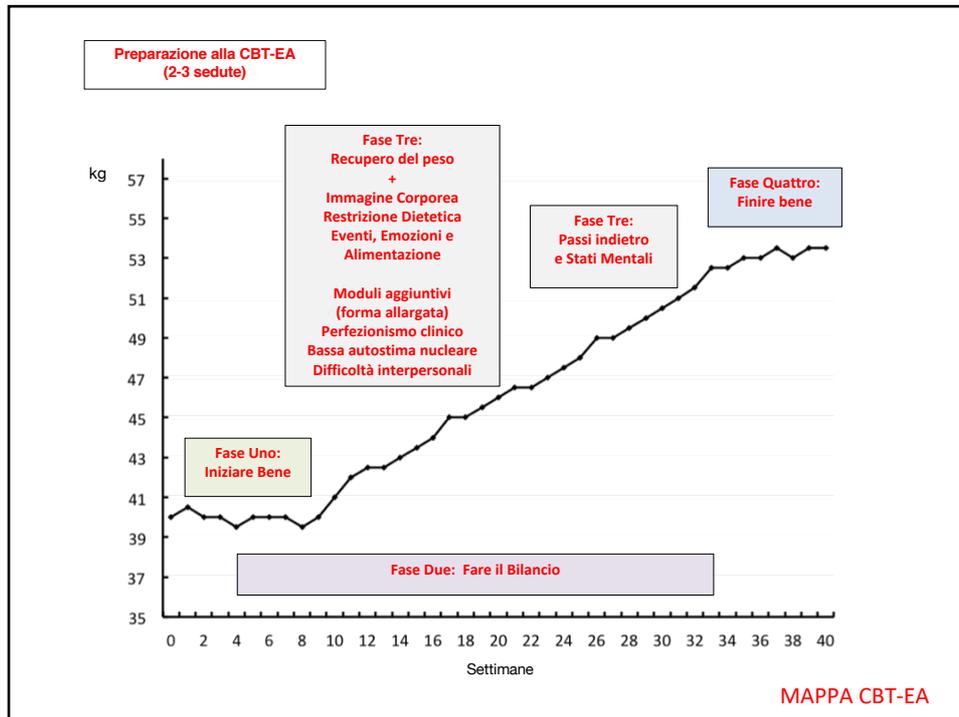
Formato

Durata del trattamento

- Tipicamente 30-40 sedute in 30-40 settimane, più una valutazione iniziale e un appuntamento di revisione post-trattamento

Durata delle sedute

- 50 minuti
- 1 seduta solo con i genitori
- 6-8 sedute congiunte paziente e genitori



CBT-EA

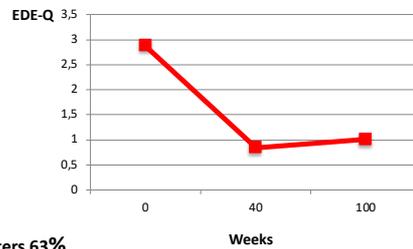
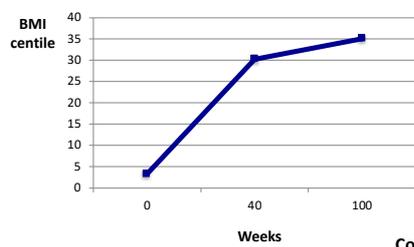
Argomenti

1. CBT-EA: una visione d'insieme
2. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-EA
3. Influenze sulla politica sanitaria
4. Caso clinico

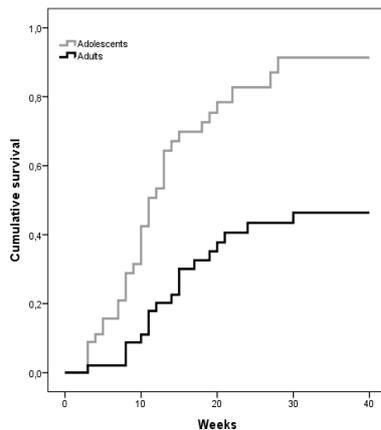
Anorexia Nervosa Verona Study (Dalle Grave R, Calugi, S, Doll HA, Fairburn CG, BRAT 2013)

Disegno

- 46 pazienti (13-17 anni) con AN
- 40 sedute CBT-E + 1 seduta solo con genitori e 8 sedute di 15 minuti con genitori e pazienti
- Nessun trattamento concomitante
- Alla fine del trattamento il **97% aveva una psicopatologia minima** (Global EDE score within 1 SD of healthy, age-matched population norms).



CBT-E per adolescenti e adulti con anoressia nervosa Calugi S, Dalle Grave R, Sartirana M, Fairburn CG, J Eat Disord 2015



Una percentuale significativamente superiore di adolescenti ha raggiunto l'**obiettivo di IMC** rispetto agli adulti (**65,3% vs. 36,5%**; $P=0,003$).

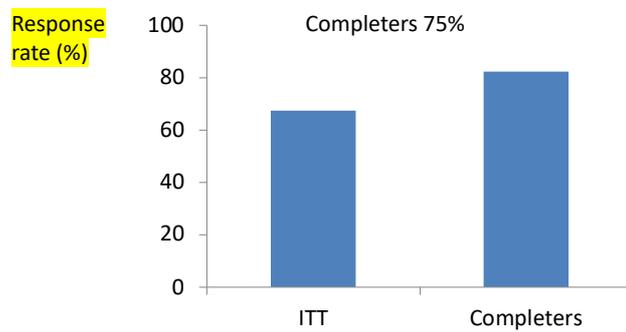
Il **tempo richiesto** dagli adolescenti per normalizzare il peso è stato di circa 15 settimane inferiore rispetto agli adulti (media **14,8 settimane vs. 28,3** settimane, $\log\text{-rank}=21,5$, $P<0,001$).

Not Underweight Verona Study

(Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M, Fairburn CG, BRAT 2015)

Disegno

- 68 pazienti (13-19 anni) con BN o EDNOS IMC centile corrispondente a un IMC dell'adulto $\geq 18,5$
- 20 sedute CBT-E + 1 seduta di 60 minuti solo con genitori e 4 sedute di 15 minuti con genitori e pazienti
- Nessun trattamento concomitante



CBT-EA

Argomenti

1. CBT-EA: una visione d'insieme
2. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-EA
3. **Influenze sulla politica sanitaria**
4. Caso clinico

Trattamenti psicologici evidence-based (NICE guideline May 2017 – NG69)

	Bulimia Nervosa	Binge Eating Disorder	Anoressia Nervosa	OSFED
Adulti	GSH Se inefficace CBT-ED	GSH Se inefficace CBT-ED	CBT-ED o "Mantra" o SSCM Se inefficace FPT	Trattamento del DA che più gli assomiglia
Adolescenti	FT-BN Se inefficace CBT-ED	GSH Se inefficace CBT-ED	FT-AN Se inefficace CBT-ED o ANFT	Trattamento del DA che più gli assomiglia

AFP-AN = Adolescent- Focused Psychotherapy for Anorexia Nervosa; CBT-ED = Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders; GSH = Guided Self-Help; FPT= Focal psychodynamic therapy; MANTRA = Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults; OSFED = other specified feeding and eating disorders; SSCN = Specialist Supportive Clinical Management

CBT-EA

Argomenti

1. CBT-EA: una visione d'insieme
2. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-EA
3. Influenze sulla politica sanitaria
4. **Caso clinico**

Caso clinico

- La paziente, una ragazza di 15 anni, vive con i suoi genitori (padre avvocato, mamma medico – entrambi molto impegnati nella loro professione) e un fratello di dodici anni.
- Frequenta il secondo anno di liceo classico e si descrive come una ragazza da sempre un po' timida ed introversa che persegue l'eccellenza in tutto ciò che fa
- Riferisce un normale sviluppo psicofisico e di avere avuto il menarca 12 anni. In questo periodo è aumentata anche di peso raggiungendo un IMC di 22. Da allora ha iniziato a preoccuparsi per la forma del corpo (pancia e gambe), senza però modificare la sua alimentazione.
- A 14 anni ha iniziato la scuola superiore in una classe in cui molti dei compagni si conoscevano tra di loro e lei si sentiva un po' esclusa.
- All'inizio dell'anno scolastico un compagno di classe le ha fatto commenti negativi sulla sua pancia. Inoltre per la prima volta nella sua carriera scolastica ha preso delle insufficienze in alcune verifiche.

Caso clinico (cont.)

- Dopo tre mesi dall'inizio della scuola, perde 3 kg in conseguenza di una grave gastroenterite, associata a febbre, vomito, diarrea e perdita di appetito.
- Al suo ritorno a scuola riceve commenti positivi circa il suo aspetto fisico e la sua capacità di perdere peso.
- Da allora inizia ad adottare regole dietetiche estreme e rigide e a fare esercizio fisico in modo eccessivo.
- Tali comportamenti determinano un calo di peso di 5 kg in 2 mesi e la comparsa di amenorrea secondaria.
- In questo periodo di sente euforica e ha una sensazione generale di benessere derivante dal senso di controllo sulla propria alimentazione e sul proprio peso e migliora i suoi risultati scolastici. Tuttavia, è ancora insoddisfatta della forma del suo corpo e adotta vari comportamenti di check del corpo

Caso clinico (cont.)

- Dopo qualche mese diventa progressivamente più introversa, si rifiuta di parlare del proprio comportamento alimentare e delle proprie preoccupazioni per il peso e la forma del corpo con i suoi genitori, sperimenta frequenti sbalzi d'umore, irritabilità e rabbia e si isola socialmente.
- I genitori la costringono a incontrare una psicologa con cui, dopo un'iniziale diffidenza, sviluppa un rapporto di fiducia.
- Il trattamento si concentra esclusivamente sul rapporto con i genitori, ma non affronta la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione.
- In associazione alla psicoterapia segue anche una terapia farmacologica (olanzapina e sertralina) prescritta da uno psichiatra

Caso clinico (cont.)

- Dopo quattro mesi di terapia, il suo peso è ulteriormente diminuito fino a raggiungere i 37,5 kg, corrispondente a un IMC di 15,2.
- La perdita di peso si associa, da una parte, a una intensificazione delle preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione e, dall'altra, a un'accentuazione degli sbalzi del tono dell'umore, dell'irritabilità e dell'isolamento sociale e a un evidente calo nel rendimento scolastico conseguente alle sue difficoltà di concentrazione e memorizzazione delle informazioni.
- A questo punto il medico di famiglia, dopo averla visitata, chiede ai suoi genitori il consenso per un invio presso un ambulatorio specializzato per la cura dei disturbi dell'alimentazione, dove arriva alla mia attenzione

Fase di preparazione

Visione d'insieme

Obiettivi

- Eseguire la valutazione diagnostica
- Ingaggiare la paziente nel decisione di iniziare il trattamento

Forma

- Due sedute (prima con la paziente poi anche con i genitori)

Fase di preparazione

L'appuntamento iniziale

- Ai genitori è stato chiesto di poter vedere la paziente da sola
- Alla paziente
 - è stato chiesto se era venuta all'appuntamento spontaneamente o sotto la spinta di altri e se è d'accordo che l'obiettivo dell'incontro fosse scambiarsi informazioni
 - è stato detto che noi opereremo per lei (non per conto di altri)
- E' stata raccolta la storia del problema (esordio, andamento, ultimi 28 giorni)

Fase di preparazione

Valutazione diagnostica

- Peso attuale: 37,5 kg; altezza attuale: 157 cm; IMC: 15,2.
- Frequenza del ciclo mestruale: 0 negli ultimi 3 mesi.
- Restrizione dietetica: meno di 1.000 kcal al giorno; evitamento di carboidrati (pane, pasta e riso).
- Esercizio fisico : cammina diverse ore al giorno, sta in piedi anziché seduta mentre studia o mentre guarda la televisione
- Cambiamenti di peso: perdita di 5 kg negli ultimi 3 mesi.
- Episodi di abbuffata e comportamenti di compenso: assenti.
- Misurazione del peso: 2-3 volte al giorno.
- Check della forma del corpo: tattile, visivo, di confronto
- Evitamento del corpo: assente.

Valutazione diagnostica

Situazione attuale (ultimo mese e ultimi 3 mesi)

- Paura di aumentare di peso: +++.
- Preoccupazione per la forma del corpo: +++.
- Preoccupazione per il peso: +.
- Preoccupazione per il controllo sull'alimentazione: +.
- Sensazione di essere grassa: +.

Valutazione diagnostica

Situazione attuale (ultimo mese e ultimi 3 mesi)

- Effetto del disturbo dell'alimentazione
 - salute fisica: compromessa
 - funzionamento psicologico: cambiamenti d'umore, irritabilità
 - funzionamento sociale: compromesso.
 - prestazioni scolastiche: difficoltà a concentrarsi.
- Storia medica personale e familiare
 - Nulla di rilevante
- Esame fisico
 - Bradicardia (frequenza cardiaca 48 battiti/min.), PA 85/50 mmHg
 - Temperatura 35°
 - Cute secca, palmi mani e piedi giallo-arancio, lanugo
- Diagnosi DSM-5: **anoressia nervosa tipo con restrizioni (307.1).**

Fase di preparazione

Ingaggiare la paziente nella decisione di iniziare il trattamento

- Alla paziente
 - è stato chiesto se si sente in controllo (si sente libera) nei confronti dell'alimentazione e se pensa di avere un problema
 - è stata illustrata la formulazione iniziale personalizzata

Fase di preparazione

Ingaggiare la paziente nella decisione di iniziare il trattamento

- Alla paziente
 - è stato spiegato il trattamento (tre passi, ruolo attivo, approccio collaborativo, impegno prioritario)
 - è stato chiesto (per il prossimo appuntamento) di fare una lista dei pro e i contro di iniziare il trattamento
 - è stato consegnato un libretto che spiega la CBT-EA e le è stato chiesto di fare una lista di domande sul trattamento
- Poi sono stati visti genitori assieme alla paziente
 - È stato descritto in modo schematico il trattamento
 - È stato chiesto di discutere con la paziente i pro e i contro di iniziare il trattamento, ma si è enfatizzato che la decisione finale sarà della figlia

Preparare gli adolescenti alla CBT-E

Il secondo appuntamento

- Con la paziente da sola
 - Sono stati rivisti dei pro e i contro di iniziare il trattamento e sono state affrontate le sue domande
 - Si è cercato di interessarla nella prospettiva di cambiamento (un nuovo inizio)
- Con la paziente e i genitori assieme
 - Sono stati informati i genitori che la paziente ha deciso di iniziare il trattamento

Passo Uno

Visione d'insieme

Obiettivo

- **Aiutare la paziente a vedere la necessità di affrontare il suo problema alimentare (recupero di peso ed eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo)**

NOTA: Mangiare di più e l'aumento del peso non sono obiettivi del trattamento

Forma

- 2 sedute la settimana per 4 settimane
- 1 incontro con i genitori

CBT-EA

Dettagli del coinvolgimento genitoriale

“Seduta solo con i genitori” (prima settimana del trattamento)

- I genitori
 - sono stati educati sulla natura del disturbo dell'alimentazione della paziente e sui processi che lo mantengono (facendo riferimento alla formulazione cognitivo comportamentale del paziente)
 - sono stati informati sulla natura del trattamento e sul loro ruolo
 - creare un ambiente che faciliti il cambiamento (eliminare le critiche e l'eccessivo controllo, fornire calore e supporto)
 - aiutare la paziente ad applicare, con il suo consenso, alcune procedure del trattamento

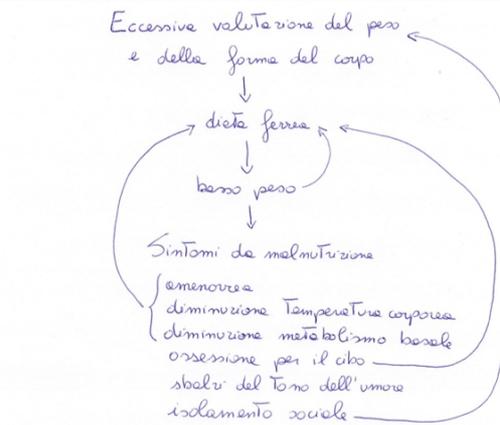
Passo Uno

Visione d'insieme

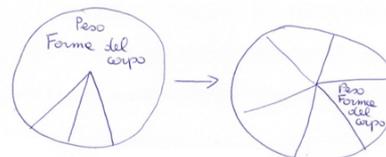
Contenuti

1. Ingaggiare il paziente
2. Stabilire il monitoraggio
3. Stabilire la misurazione collaborativa del peso
4. Educare sugli effetti dell'essere sottopeso
5. Creare una formulazione personalizzata
6. Introdurre modalità di alimentazione regolare
7. Aiutare il paziente a pensare al cambiamento (per es. fare un nuovo inizio)

Formulazione personalizzata



Valutazione di se'



Pensare al cambiamento

Come mi sento ora		Pensare fra 5 anni	
Ragioni per non cambiare	Ragioni per cambiare	Ragioni per non cambiare	Ragioni per cambiare
<i>Mi fa sentire in controllo e speciale</i>	<i>Sarò più in salute</i>	<i>Mi fa sentire in controllo e speciale</i>	<i>Voglio finire la scuola</i>
<i>Mi fa sentire forte</i>	<i>Potrò pensare ad altre cose</i>	<i>Mi fa sentire forte</i>	<i>Voglio avere un ragazzo</i>
<i>Ho una scusa per molte cose</i>	<i>Penserò meno al cibo</i>	<i>Ho una scusa per molte cose</i>	<i>Voglio essere in salute</i>
<i>Se cambio non riuscirò a smettere di mangiare e diventerò grassa</i>	<i>Sarò meno ossessiva</i>	<i>Se cambio non riuscirò a smettere di mangiare e diventerò grassa</i>	<i>Voglio avere un "vero" controllo alimentare</i>
	<i>La mia vita avrà un focus più ampio</i>	<i>Gli altri penseranno che sono debole</i>	<i>Non voglio sprecare la mia vita</i>
	<i>Sarò in grado di uscire con gli altri e stare meglio con loro</i>		<i>Non voglio essere cronicamente malata</i>

Passo Uno (Seduta 3 in avanti)

Pensare al cambiamento (cont)

- Alla fine di questo processo (4 settimane) la paziente è stata aiutata a trarre le sue conclusioni e ha deciso di affrontare il problema alimentare (che include recuperare il peso)

Ho deciso di cambiare perché

Sarò più in salute, potrò pensare ad altre cose, penserò meno al cibo, la mia vita avrà un focus più ampio, voglio essere in salute ed avere un "vero" controllo alimentare, non voglio sprecare la mia vita ed essere cronicamente malata

Passo Due

Visione d'insieme

Due obiettivi

- **Aiutare la paziente a raggiungere un peso salutare basso (IMC > 19)**
 - Alto abbastanza per liberare il paziente dagli effetti secondari dell'essere sottopeso
 - Basso abbastanza per essere accettabile dal paziente ("un peso ancora basso salutare")
- **Allo stesso tempo affrontare la psicopatologia del DA**

Forma

- 2 sedute la settimana fino a che il recupero di peso è stabile, poi 1 seduta la settimana
- 6 incontri congiunti di 15 minuti con paziente e genitori al termine della seduta individuale

Passo Due

Visione d'insieme

Moduli (CBT-F)

- **Restrizione calorica e sottopeso** →

La pz è stata aiutata a creare un bilancio calorico positivo di 500 kcal al di
Sono state suggerite strategie cognitivo comportamentali per affrontare i pasti con l'aiuto dei genitori

Passo Due

Visione d'insieme

Moduli (CBT-F)

- **Restrizione calorica e sottopeso**
- **Immagine corporea**

La pz è stata aiutata a sviluppare nuovi domini di autovalutazione (corso di recitazione, corso di tennis)
La paziente è stata aiutata ad eliminare i check del corpo disfunzionali, a esporre il proprio corpo e a gestire la sensazione di essere grassa

Passo Due

Visione d'insieme

Moduli (CBT-F)

- **Restrizione calorica e sottopeso**
- **Immagine corporea**
- **Restrizione dietetica cognitiva**

La paziente è stata aiutata a identificare e ad affrontare le regole dietetiche estreme e rigide

Passo Due

Visione d'insieme

Moduli (CBT-F)

- **Restrizione calorica e sottopeso**
- **Immagine corporea**
- **Restrizione dietetica cognitiva**
- **Passi indietro e mind-set** →

La paziente ha imparato delle procedure per identificare immediatamente i passi indietro e simultaneamente a decentrarsi dal mind-set del problema alimentare

CBT-EA

Dettagli del coinvolgimento genitoriale

6 sedute di 15 minuti con il paziente e i genitori assieme

(alla fine di una seduta individuale paziente-terapeuta)

- I genitori
 - sono stati periodicamente informati su cosa stava accadendo nel trattamento e sui progressi della figlia
 - sono stati coinvolti, con il consenso della paziente, nell'aiutare la figlia ad applicare alcune procedure del trattamento (dopo aver discusso la procedura con il paziente)
 - Pianificazione dei pasti
 - Applicazione procedure CBT per affrontare i pasti
 - Sviluppo di altri domini di autovalutazione

Passo Tre

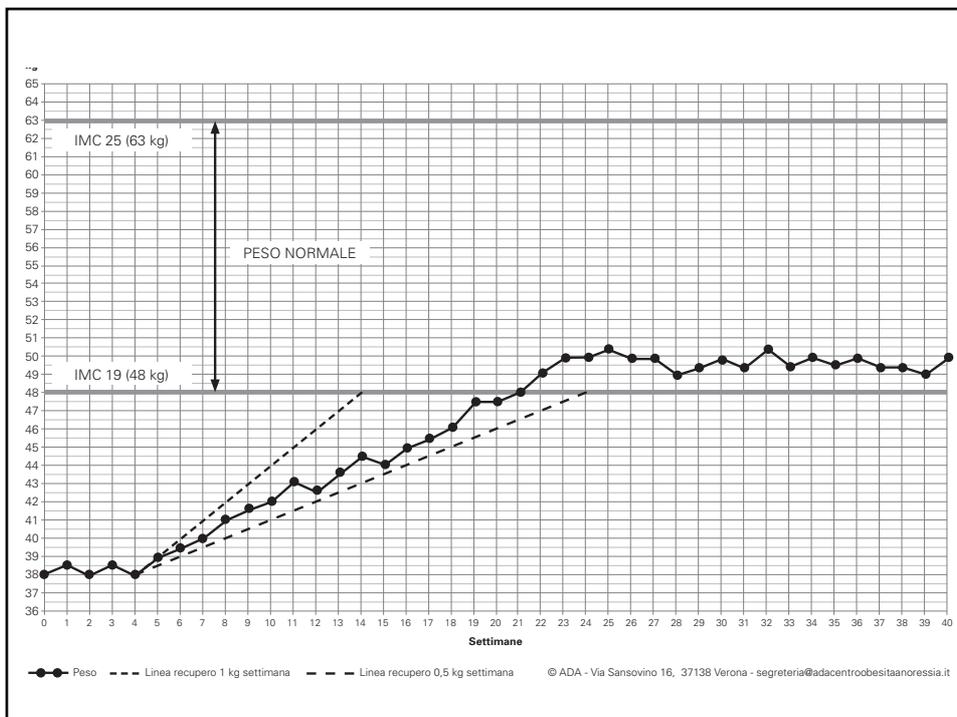
Visione d'insieme

Obiettivi

1. **Affrontare le preoccupazioni del terminare**
2. **Assicurarsi che i progressi siano mantenuti, pratica il mantenimento del peso**
3. **Minimizzare il rischi di ricaduta a lungo termine**

Forma

- 3 sedute ogni 15 giorni



Appuntamenti di revisione post-trattamento

Visione d'insieme

Obiettivi

- Valutare come sono stati gestiti i problemi residui e i passi indietro
- Decidere se c'è la necessità di un ulteriore trattamento

Forma

- Quattro incontri: dopo 8 - 20 - 60 - settimane

Andamento del trattamento

	Prima	Fine della terapia	60 settimane di follow-up
Peso (kg)	37.5	49.0	50
IMC (kg/m²)	15.2	20.0	20.1
EDE-Q			
Globale	5.1	0.6	0.6
Restrizione	5.0	0.2	0.2
Preoccupazione per l'alimentazione	4,3	0.4	0.3
Preoccupazione per il peso	5,7	0.5	0.5
Preoccupazione per la forma del corpo	6.0	1.0	0.8
Episodi di abbuffata, n°	0	0	0
Vomito autoindotto, n°	0	0	0
Uso improprio di lassativi n°	0	0	0
Uso improprio di diuretici, n°	0	0	0
CIA	40	8	8

Differenze tra il trattamento basato sulla famiglia (FBT) e la CBT-EA

	FBT	CBT-EA
Concettualizzazione del disturbo dell'alimentazione	<p>Il problema appartiene all'intera famiglia</p> <p>Il paziente non ha controllo perché ha una malattia che lo controlla e necessita di un controllo esterno (esternalizzazione -separazione della malattia dal paziente)</p>	<p>Il problema appartiene al paziente</p> <p>Il paziente può essere aiutato a riprendere il controllo svolgendo un ruolo attivo e non necessita di un controllo esterno (non separa la malattia dal paziente)</p>
Coinvolgimento dell'adolescente	Non coinvolto attivamente	Coinvolto attivamente
Coinvolgimento dei genitori	<p>Vitale</p> <p>Prendono il controllo dell'alimentazione del figlio/a</p>	<p>Utile ma non essenziale</p> <p>Aiutano il figlio/a creare un ambiente ottimale per il cambiamento e ad usare alcune, con l'accordo del paziente, procedure del trattamento</p>

Differenze tra il trattamento basato sulla famiglia (FBT) e la CBT-EA

	FBT	CBT-EA
Focus dell'intervento	<p>Recupero del peso con i pasti in famiglia</p> <p>Incremento graduale dell'autonomia dell'adolescente stabilendo confini familiari più appropriati e riorganizzando la vita dei genitori dopo la guarigione del paziente</p>	<p>Recupero del peso e rimozione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione con il coinvolgimento attivo del paziente</p> <p>Correzione dei meccanismi che mantengono la psicopatologia</p> <p>Prevenzione della ricaduta aiutando il paziente a decentrarsi dal mind-set del disturbo dell'alimentazione</p>
Numero sedute (n)	<p>20 con due terapeuti</p> <p>Numerose sedute con altri membri dell'equipe multidisciplinare (pediatra, infermiere, nutrizionista)</p> <p>Ricovero della durata di circa un mese in circa il 15% dei pazienti</p>	<p>30-40 sedute (pazienti sottopeso) con un terapeuta</p> <p>Periodiche visite con medico se il paziente è sottopeso e perde peso</p>