

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE MULTI-STEP PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: BASI TEORICHE E ASPETTI PRATICI

Riccardo Dalle Grave<sup>1</sup>, Massimiliano Sartirana<sup>2</sup>, Lucia Camporese<sup>3</sup>,  
Igino Marchi<sup>1</sup>, Simona Calugi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unità di Riabilitazione Nutrizionale Casa di Cura Villa Garda

<sup>2</sup>AIDAP Verona

<sup>3</sup>AIDAP Padova

### Riassunto

La Terapia Cognitivo Comportamentale-Multistep (CBT-MS) è un innovativo trattamento derivato dalla CBT transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione (CBT-E) descritta da Fairburn, Cooper e Shafran nel 2003. Il trattamento è stato ideato per essere applicabile a differenti livelli di cura (ambulatoriale, ambulatoriale intensiva, day-hospital, ricovero e post-ricovero) e a pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione di tutte le categorie diagnostiche, età e indice di massa corporea. Caratteristiche distintive del trattamento sono: 1) l'adozione della medesima teoria a tutti i livelli di cura; 2) l'approccio a passi successivi; 3) la gestione del trattamento da parte di un'equipe multidisciplinare non eclettica; 4) l'inclusione di un modulo di CBT familiare per i pazienti con meno di 18 anni di età e 5) l'uso di innovative procedure per affrontare la restrizione alimentare calorica e cognitiva e il recupero del peso.

**Parole chiave:** *terapia cognitivo comportamentale multistep, disturbi dell'alimentazione*

## COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY MULTI-STEP IN EATING DISORDERS: THEORY AND CLINICAL PRACTICE

### Abstract

Cognitive Behaviour Therapy-Multi-Step (CBT-MS) is an innovative treatment derived from the transdiagnostic cognitive behaviour theory of eating disorders described by Fairburn, Cooper and Shafran in 2003. The treatment has been designed to be applicable to different levels of care (outpatient, intensive outpatient, day-hospital, inpatient and post-inpatient), and to eating disorder patients of all diagnostic categories, ages and BMI. Distinctive characteristics of CBT-MS are: 1) the adoption of same theory to all the steps of care; 2) the multi-step approach; 3) the treatment conducted by a multidisciplinary non eclectic team; 4) the inclusion of a CBT family module for patients <18 years, and the use of innovative procedures to address eating restriction, eating restraint and weight regain.

**Key words:** *cognitive behaviour therapy Multi-Step; eating disorders*

Negli ultimi venti anni l'efficacia del trattamento dei disturbi dell'alimentazione è stata estensivamente valutata per la bulimia nervosa. Nell'anoressia nervosa, invece, sono stati effettuati solo pochi studi controllati e randomizzati di piccole dimensioni (Fairburn 2005) e quasi nessun dato è disponibile sull'efficacia dei trattamenti per i disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS) che rappresentano circa il 50% dei pazienti curati ambulatoriamente (Fairburn e Bohn 2005) e con il ricovero (Dalle Grave e Calugi 2007).

Tra i trattamenti basati sull'evidenza la terapia cognitivo comportamentale (CBT) per la bulimia nervosa (CBT-BN) (Wilson et al. 1997) è l'approccio che fino ad ora ha ottenuto i risultati migliori. La CBT-BN è un trattamento manualizzato individuale di 20 sedute che dura cinque mesi. Il trattamento è stato ideato per affrontare i principali meccanismi cognitivo comportamentali di mantenimento della bulimia nervosa, attraverso una sequenza specifica di procedure cognitive comportamentali ed esperimenti collocati nel contesto della versione personalizzata della teoria cognitivo comportamentale di mantenimento del disturbo (Wilson et al. 1997). I risultati in più di 20 ricerche controllate e randomizzate indicano che nei pazienti che completano il trattamento (tipicamente tra l'80% e l'85%) la CBT-BN determina una remissione completa dal disturbo nel 40% dei casi (Wilson e Fairburn 2002). La CBT-BN è risultata più efficace del trattamento ritardato, del trattamento farmacologico e più efficace o ugualmente efficace delle altre psicoterapie con cui è stata confrontata (Wilson e Fairburn 2002). Questa ampia evidenza di efficacia ha spinto le National Clinical Practice Guideline inglesi ad indicare la CBT-BN come intervento di prima scelta per gli adulti affetti da bulimia nervosa (National Institute of Clinical Excellence 2004).

La CBT-BN presenta due limiti importanti (Dalle Grave 2005a): primo, più della metà dei pazienti non risponde al trattamento; secondo, è un trattamento testato solo in pazienti adulti ambulatoriali affetti da bulimia nervosa che rappresentano meno di un terzo dei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione che richiedono un trattamento ambulatoriale.

Per superare questi due limiti, Fairburn e collaboratori hanno recentemente proposto un'espansione della teoria cognitivo comportamentale originale della bulimia nervosa e un nuovo trattamento chiamato CBT-Enhanced (CBT-E; tr. it. CBT-Migliorata), ideato per curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, EDNOS) (Fairburn et al. 2003). Il trattamento è in fase di valutazione in uno studio randomizzato e controllato multicentrico (Oxford-Leicester Trial) su pazienti adulti (età superiore a 18 anni), affetti da un disturbo dell'alimentazione di severità clinica gestibile in un setting ambulatoriale e con un Indice di Massa Corporea (BMI)  $> 16 \text{ kg/m}^2$ .

La CBT-E è un importante passo in avanti nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione per tre motivi principali: primo, si basa su una teoria che espande quella troppo ristretta della bulimia nervosa affrontando in modo chiaro e preciso nuovi meccanismi di mantenimento esterni al disturbo dell'alimentazione che sembrano operare in un sottogruppo di pazienti (vedi sotto); secondo, la teoria e il trattamento, pur allargandosi, mantengono una struttura focalizzata e precisa solo sui meccanismi di mantenimento rilevanti per il paziente attraverso la costruzione della formulazione personalizzata del caso; terzo, è concepita per curare tutti i disturbi dell'alimentazione e non solo la bulimia nervosa.

Nonostante questi progressi il campo di applicazione della CBT-E è ancora limitato ad un sottogruppo di pazienti che hanno più di 18 anni, un BMI  $> 16 \text{ kg/m}^2$  e che possono essere gestiti a livello ambulatoriale. Un'analisi dei dati dei 147 pazienti che hanno iniziato il trattamento presso il nostro centro nel 2005 e nel 2006 ha evidenziato che il 40,8% ha un BMI  $\leq 16 \text{ kg/m}^2$  e/o meno di 18 anni. Inoltre, un ampio numero di pazienti non risponde ad alcuna forma di terapia ambulatoriale, incluso la CBT-E, ed abbisogna di trattamenti più intensivi. Per tale

Riccardo Dalle Grave et al.

motivo il nostro gruppo ha deciso di espandere ulteriormente il campo di applicazione della CBT-E per renderla adatta a tutti i pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione (di qualsiasi età e BMI) e a ogni livello di cura (terapia ambulatoriale, terapia ambulatoriale intensiva, day-hospital e ricovero). Il nuovo trattamento, che per la sua natura abbiamo chiamato CBT-Multi Step (CBT-MS), pur basandosi sulla nuova teoria transdiagnostica (Fairburn et al. 2003), introduce numerose caratteristiche distintive rispetto alla CBT-E.

Scopo dell'articolo è quello di descrivere le caratteristiche comuni e distintive della CBT-MS rispetto alla CBT-E e le modalità di applicazioni della CBT-MS a vari livelli di cura.

## Caratteristiche in comune tra CBT-MS e CBT-E

La CBT-MS condivide con la CBT-E cinque caratteristiche fondamentali: teoria di riferimento, approccio transdiagnostico, obiettivo generale del trattamento, trattamento basato su manuale e uso di nuove strategie per potenziare l'efficacia del trattamento.

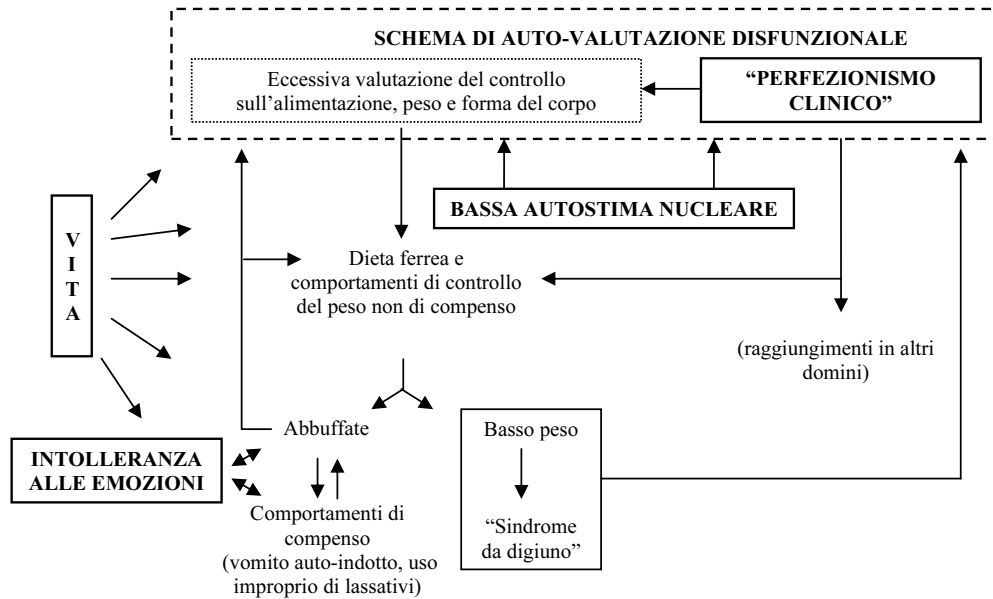
### 1) Teoria di riferimento

La CBT-MS si basa sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione (per una descrizione dettagliata vedi Fairburn et al. 2003). La teoria postula che l'eccessiva valutazione del controllo sull'alimentazione, peso e forma del corpo è centrale nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. La maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da questa *psicopatologia nucleare*. Ad esempio, la preoccupazione per i pensieri sull'alimentazione, peso e forma del corpo, i comportamenti di controllo del peso estremi (dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo e compulsivo, vomito auto-indotto, uso improprio di lassativi o di diuretici), la sindrome da digiuno, i comportamenti di check dell'alimentazione e del corpo e gli evitamenti dell'esposizione del corpo si possono verificare solo se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo sia di estrema importanza per giudicare il suo valore. L'unico comportamento non direttamente legato alla psicopatologia nucleare è l'abbuffata. Presente in un sottogruppo di pazienti, sembra essere la conseguenza del tentativo di restringere in modo ferreo l'alimentazione o, in taluni casi, di modulare emozioni considerate intollerabili. Le varie manifestazioni cliniche del disturbo dell'alimentazione a loro volta, aumentando la preoccupazione per i pensieri sul controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo, mantengono in uno stato di continua attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale.

La teoria propone anche che in un *sottogruppo* di pazienti operino uno o più dei seguenti quattro meccanismi di mantenimento esterni al disturbo dell'alimentazione: perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, intolleranza alle emozioni e difficoltà interpersonali. Questi, se presenti, interagiscono con la psicopatologia nucleare del disturbo dell'alimentazione creando un ostacolo aggiuntivo al cambiamento.

La Figura 1 riporta una rappresentazione schematica della nuova teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica con i quattro meccanismi di mantenimento esterni al disturbo dell'alimentazione descritti sopra.

Figura 1. Rappresentazione schematica della teoria trasdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione. VITA è un diminutivo di difficoltà interpersonali. Adatta da Fairburn et al. (2003).



## 2) Approccio trasdiagnostico

La CBT-MS condivide con la CBT-E (Fairburn et al. 2003) l'approccio *transdiagnostico* e cioè un trattamento concepito per essere applicabile con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, EDNOS). Il disturbo dell'alimentazione specifico del paziente non è rilevante per il trattamento, piuttosto, il contenuto della terapia è dettato dalla formulazione personalizzata del caso nel contesto della teoria cognitivo comportamentale trasdiagnostica di mantenimento.

L'approccio trasdiagnostico è supportato da due osservazioni cliniche (Fairburn et al. 2003): primo, anoressia nervosa, bulimia nervosa ed EDNOS hanno caratteristiche cliniche distinte condivise; secondo, sembra esserci un movimento temporale dei pazienti da un disturbo dell'alimentazione all'altro, ma non verso altri disturbi psichiatrici (Milos et al. 2005). Ciò suggerisce che anoressia nervosa, bulimia nervosa ed EDNOS siano mantenuti da meccanismi psicopatologici comuni e che dovrebbero rispondere alle medesime strategie e procedure terapeutiche.

### 3) Obiettivo generale del trattamento

L'obiettivo generale del trattamento è aiutare il paziente a modificare la relazione con il suo disturbo, a sviluppare cioè un'autoconsapevolezza metacognitiva (Teasdale et al. 2002). Ciò implica un cambiamento del suo "mind-set" (stato mentale), cioè un decentrarsi ed un disidentificarsi dal disturbo dell'alimentazione. Piuttosto che *essere anoressico*, il paziente è spinto a pensare che *ha l'anoressia nervosa*, un disturbo psicologico associato a un caratteristico e problematico stato mentale.

Il trattamento non enfatizza il contenuto dei pensieri, ma cerca di aiutare il paziente a modificare la relazione che ha con essi. Al paziente è suggerito che i pensieri dovrebbero essere sperimentati come eventi passivi della mente piuttosto che aspetti inerenti del sé (Teasdale et al. 2002). Un approccio di questo tipo può aiutare il paziente a diventare inquisitivo sul proprio disturbo dell'alimentazione e a partecipare attivamente nell'analisi e nella modificazione dei processi che lo mantengono. Il fine è quello di aiutarlo ad acquisire un modo di pensare che influenza l'intero modo in cui vede se stesso, sperimenta il mondo, il passato ed il futuro.

### 4) Trattamento basato su un manuale

La CBT-MS è una delle poche terapie praticate in un setting clinico e non di ricerca che segue le indicazioni di un manuale. Sono disponibili manuali per la CBT-MS ambulatoriale (Dalle Grave 2003a), per il trattamento ospedaliero (Dalle Grave 2005b) e per il modulo della terapia della famiglia (Dalle Grave 2003b). Recentemente è stato anche pubblicato un manuale con trascritti delle sedute di tre casi clinici trattati a livello ambulatoriale, ambulatoriale intensivo e residenziale (Dalle Grave et al. 2005). È in corso di pubblicazione in lingua inglese il manuale della CBT-E (Fairburn in corso di pubblicazione), dove è presente un capitolo dedicato alla CBT ambulatoriale intensiva e alla CBT-residenziale (day-hospital e ricovero) sviluppata dal nostro gruppo in Italia (Dalle Grave et al. in corso di pubblicazione).

### 5) Uso di nuove strategie per potenziare l'efficacia del trattamento

La CBT-MS in comune la CBT-E adotta le seguenti strategie per potenziare l'efficacia della CBT-BN:

1. *Preparare il paziente al trattamento.* Grande attenzione è posta affinché il paziente possa iniziare la CBT-E nelle migliori condizioni per avere successo e per tale motivo gli eventuali ostacoli sono affrontati (es. depressione clinica, dipendenza da sostanze, impegni che competono) prima di iniziare il trattamento
2. *Ingaggiare il paziente.* Molte energie sono dedicate per aiutare il paziente a raggiungere la conclusione che il disturbo dell'alimentazione è un problema psicologico e non una scelta personale. Il trattamento è proposto come un'opportunità speciale per guarire dal disturbo dell'alimentazione e per iniziare una nuova e più soddisfacente vita. Come ogni cambiamento ci sono dei rischi, ma i vantaggi che si possono ottenere sono enormi. Poiché il cambiamento non è facile è chiesto al paziente di spostare gli sforzi dal controllo sull'alimentazione, peso e forma del corpo verso l'applicazione delle strategie previste dal trattamento. Elementi chiave sono lo sviluppo di una relazione terapeutica collaborativa e la responsabilità del paziente nel cambiamento comportamentale

### Terapia Cognitivo-Comportamentale Multi-Step

1. *Effettuare un trattamento individualizzato.* Il trattamento è individualizzato, non dipende dalla diagnosi DSM-IV, ma dai processi di mantenimento che operano nel paziente
2. *Aumentare l'intensità del trattamento nelle prime quattro settimane.* Il trattamento ambulatoriale prevede nelle prime quattro settimane due sedute la settimana, rispetto a una seduta la settimana della CBT-BN. Tale intensificazione della frequenza iniziale della terapia ha determinato una significativa riduzione della frequenza del tasso di drop-out (Fairburn et al. 2003)
3. *Enfatizzare il cambiato iniziale.* La ricerca sulla CBT-BN ha evidenziato che una riduzione della frequenza del vomito del 70% nelle prime quattro settimane è associata a un esito buono a un anno ((Fairburn et al. 2004). Tale dato è illustrato al paziente che è spinto a provare a interrompere i comportamenti non salutari di controllo del peso fin dalle prime settimane di cura
4. *Adottare strategie per affrontare l'eccessiva valutazione del controllo sul peso e la forma del corpo.* Il trattamento introduce nuove tecniche per affrontare il check del corpo, l'evitamento dell'esposizione del corpo e la sensazione di essere grassi
5. *Inserire moduli aggiuntivi.* In un sottogruppo di pazienti affronta in specifici moduli uno o più dei quattro meccanismi esterni di mantenimento postulati dalla teoria transdiagnostica.

### Caratteristiche distintive della CBT-MS rispetto alla CBT-E

La CBT-MS ha numerose caratteristiche distintive rispetto alla CBT-E (Tabella 1). Alcune sono state introdotte per espandere l'applicabilità clinica della CBT-E (es. approccio multi-step, équipe multidisciplinare non eclettica, modulo di CBT familiare), altre per ragioni teoriche e pratiche (es. alimentazione pianificata e meccanica per affrontare il recupero del peso).

Tab.1 *Differenze principali tra CBT-E e CBT-MS*

<b>CBT-E</b>	<b>CBT-MS</b>
Trattamento ambulatoriale	Trattamento Multi-Step
Terapeuta singolo	Equipe multidisciplinare non eclettica
Pazienti adulti	Nessun limite di età (Modulo di terapia cognitivo comportamentale familiare nei pazienti di età inferiore a 18 anni)
Pazienti con disturbi dell'alimentazione di severità clinica gestibile a livello ambulatoriale	Pazienti con disturbi dell'alimentazione di quasi tutti i livelli di severità clinica <sup>1</sup>
Diario alimentare e graduale regolarizzazione dell'alimentazione	Alimentazione pianificata e meccanica nei pazienti sottopeso

<sup>1</sup> Solo i rari pazienti che richiedono un trattamento in un reparto per acuti (es rianimazione) sono esclusi dalla CBT-MS

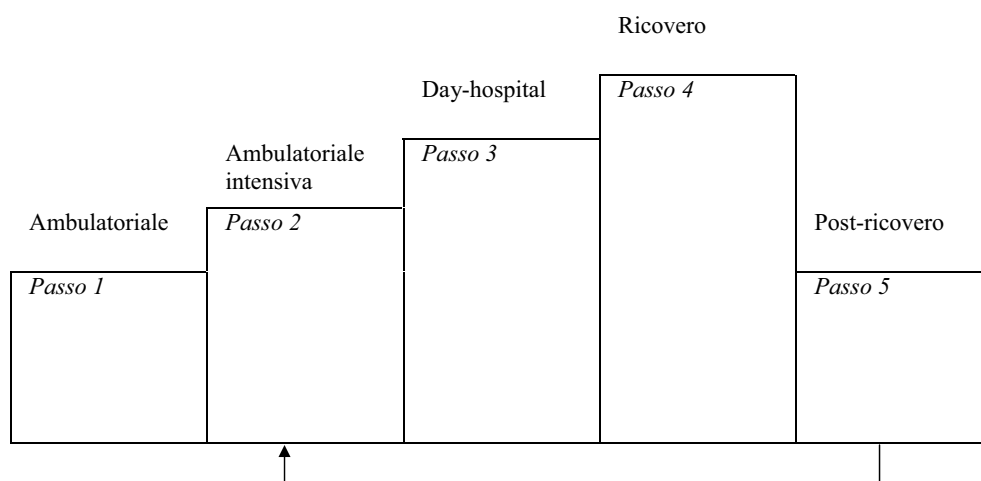
### 1) Approccio multi-step

La CBT-E, come la maggior parte delle CBT testate in studi randomizzati e controllati, è stata ideata per essere applicata esclusivamente a livello ambulatoriale. Nel campo dei disturbi dell'alimentazione, però, un ampio numero di pazienti che non risponde alla terapia ambulatoriale o è in condizioni mediche instabili è ricoverato in strutture ospedaliere specializzate dove è applicato un modello terapeutico eclettico che non fa riferimento solo alla teoria cognitivo comportamentale.

Per far fronte a questo limite, la CBT-MS è stata ideata per essere applicata con minime modifiche a cinque passi di cura (Figura 2) (Dalle Grave 2005a). L'intervento inizia sempre, salvo le rare eccezioni di pazienti con grave instabilità medica, con la terapia ambulatoriale (Passo Uno) e poi, se dopo tre mesi non si verificano miglioramenti (o prima se le condizioni mediche diventano instabili) si passa alla terapia ambulatoriale intensiva (Passo Due). Se il paziente non risponde al Passo Due (perché ad esempio non riesce a gestire i pasti durante il week-end a casa) è proposto un trattamento residenziale che può essere il day-hospital (in genere nei pazienti maggiorenni e in condizioni mediche stabili) oppure il ricovero (in genere nei pazienti minorenni o in condizioni mediche instabili). Il passo successivo è la CBT-MS ambulatoriale post-ricovero (Passo Cinque). Se durante il Passo Cinque si verifica un ricaduta il paziente è ricollocato per un breve periodo al Passo Due o se questo intervento non è sufficiente ai Passi Tre o Quattro.

L'approccio a passi successivi è in linea con i suggerimenti dell'American Psychiatric Association (American Psychiatric Association 2000 revision) e con i più recenti modelli clinici decisionali proposti per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave et al. 2001). Caratteristica peculiare e unica della CBT-MS è, però, l'applicazione ad ogni livello di cura della medesima teoria di riferimento (la teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica) e delle stesse procedure terapeutiche con un'ovvia intensificazione degli interventi con il progredire dei passi di cura.

Figura 2. I cinque passi della CBT-MS



## 2) Equipe multidisciplinare non eclettica

I teorici della CBT per i disturbi dell'alimentazione nei suoi vari formati (CBT-BN, CBT-E) hanno proposto e valutato negli studi randomizzati e controllati trattamenti condotti da un unico terapeuta (Fairburn et al. 2003; Fairburn et al. 1993). Al contrario, i clinici che operano nel mondo reale in genere propongono trattamenti gestiti da equipe multidisciplinare (Dalle Grave et al. 1993). Tali scelte opposte sono facilmente capibili se si considera l'obiettivo diverso dei trattamenti: negli studi controllati ambulatoriali è prioritario rispettare la fedeltà al trattamento manualizzato e un singolo terapeuta, rispetto a un'equipe multidisciplinare, dà maggiori garanzie di mantenere la fedeltà al protocollo di cura. Nei trattamenti effettuati nel mondo reale (ambulatoriali, ma soprattutto ospedalieri) è inevitabile il coinvolgimento di più figure professionali (es. medico, dietista, psicologo, infermiere professionale) per affrontare i problemi clinici multipli, spesso presentati dai pazienti con disturbi dell'alimentazione e difficilmente gestibili da un unico specialista. Entrambi gli approcci presentano, comunque, dei seri limiti.

La CBT ambulatoriale manualizzata, prevedendo un singolo terapeuta (in genere un giovane psicologo) per poter essere portata a termine con successo, esclude inevitabilmente dal trattamento i pazienti più gravi con complicanze mediche, nutrizionali e psicologiche importanti: un lusso che chi opera nel mondo reale raramente si può permettere. Questo è forse uno dei principali motivi che ha limitato la disseminazione della CBT basata sull'evidenza nella pratica clinica non accademica.

Il trattamento ospedaliero multidisciplinare prevede invece un approccio eclettico nel quale i membri dell'equipe condividono le loro conoscenze specifiche, ma non hanno un'unica teoria di riferimento (Vandereycken, 2003). Ad esempio, lo psicologo può aderire a una teoria psicoanalitica, il dietista a un intervento di riabilitazione nutrizionale di tipo cognitivo comportamentale e il medico a un modello biomedico prescrittivo. Ogni figura segue la sua teoria e prassi terapeutica e mira ad un obiettivo legato al proprio ruolo professionale. Questo approccio, pur permettendo di curare anche i pazienti più gravi, presenta tre svantaggi principali: primo, non basandosi su una teoria testabile empiricamente non permette di capire quali sono gli elementi attivi e inattivi del trattamento, fatto che può ostacolare il miglioramento della cura; secondo, non può essere replicato ed è difficilmente disseminabile; terzo, aumenta il rischio di divisioni e conflittualità tra i membri dell'equipe.

La CBT-MS adotta un innovativo approccio chiamato *multidisciplinare non eclettico* che è potenzialmente in grado di superare sia i problemi dei trattamenti condotti da un singolo terapeuta sia di quelli multidisciplinari eclettici. L'intervento prevede un'equipe composta da medico, psicologo e dietista con l'aggiunta della figura dell'infermiere professionale nel day-hospital e ricovero. La caratteristica distintiva è che tutti i terapeuti dell'equipe hanno avuto un'estesa formazione sulla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica, usano lo stesso linguaggio e mirano ad obiettivi terapeutici comuni. In questo modo è possibile mantenere la fedeltà alla teoria e nello stesso tempo avere i vantaggi di un approccio multidisciplinare.

## 3) Nessun limite di età

La CBT-E non è stata testata in pazienti adolescenti che costituiscono un'ampia frazione dei casi clinici trattati nei centri specializzati per la cura dei disturbi dell'alimentazione. Per superare questo limite la CBT-MS ha introdotto un modulo aggiuntivo di CBT familiare per i pazienti che hanno meno di 18 anni di età. Il modulo prevede 8-10 sedute con i genitori e il paziente. Il modulo è organizzato in tre passi:



- *Passo 1. Educare i genitori sulla teoria cognitivo comportamentale e il trattamento dei disturbi dell'alimentazione.* L'intervento si svolge in due sedute e copre i seguenti argomenti: teoria cognitivo comportamentale di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione; formulazione personalizzata del paziente; strategie usate per aiutare il paziente ad affrontare i pasti e l'eventuale recupero del peso corporeo; emotività espressa nella famiglia e sfide dell'adolescenza
- *Passo 2. Affrontare i pasti in famiglia.* Una delle più importanti strategie del modulo di CBT familiare nei pazienti adolescenti sottopeso è il pasto in famiglia. A differenza dell'approccio basato sulla famiglia del Moudsley Hospital, dove i genitori sono incoraggiati ad assumere il controllo dei pasti della figlia/o senza dare specifiche istruzioni su come farlo (Lock et al. 2001), la CBT-MS insegna ai genitori strategie per aiutare la figlia/o ad adottare l'alimentazione pianificata e meccanica (vedi sotto)
- *Passo 3. Creare un ambiente familiare ottimale.* I genitori sono aiutati a creare un ambiente positivo a casa che abbia la potenzialità di supportare gli sforzi del paziente a cambiare e a usare la tecnica di risoluzione dei problemi per affrontare le difficoltà giornaliere e le crisi familiari più significative.

#### 4) *Inclusione di pazienti con disturbi dell'alimentazione di quasi tutti i livelli di severità clinica*

La CBT-MS è stata concepita per poter includere nel trattamento pazienti di quasi tutti i livelli di severità clinica. I pochi pazienti esclusi sono quelli in condizioni mediche instabili che richiedono un ricovero urgente in un reparto di unità intensiva. Anche questi casi, comunque, possono essere rapidamente inclusi nella CBT-MS dopo aver raggiunto una condizione medica stabile. I due aspetti della CBT-MS che permettono di trattare i pazienti con disturbi dell'alimentazione severi sono la disponibilità di livelli intensivi di cura (es. ricovero) e di medici esperti nel gestire le complicazioni mediche dei disturbi dell'alimentazione.

#### 5) *Strategie per affrontare il recupero del peso nei pazienti sottopeso*

Una differenza fondamentale tra CBT-E e CBT-MS è la strategia adottata per affrontare il recupero del peso nei pazienti sottopeso.

La CBT-E consiglia ai pazienti di tenere un diario alimentare e di erodere la restrizione alimentare calorica e cognitiva regolarizzando la frequenza, la quantità e la qualità dell'alimentazione assunta (Fairburn et al. 1993). Questo approccio è molto efficace nei pazienti normopeso con bulimia nervosa ed EDNOS ma, quando applicato a pazienti sottopeso con anoressia nervosa o EDNOS, rende lento e difficoltoso il processo di recupero ponderale.

I pazienti sottopeso hanno la convinzione che aumenteranno di peso in modo incontrollato se abbandonano il loro rigido controllo alimentare (Garner e Dalle Grave 1999; Garner et al. 1997). L'ansia generata da questa convinzione è gestita adottando una restrizione calorica severa o altri comportamenti non salutari di controllo del peso (es. esercizio fisico eccessivo e compulsivo). La CBT-MS adotta per i pazienti con anoressia nervosa ed EDNOS sottopeso una strategia chiamata *alimentazione pianificata e meccanica* con il fine di aiutarli a sentirsi in controllo e meno in ansia nella fase di recupero ponderale (Garner e Dalle Grave 1999; Garner et al. 1997). I pazienti sono incoraggiati a pianificare in anticipo la quantità, la qualità (con un

contenuto di grassi dietetici del 30% e l'inclusione di cibi che il paziente considera fobici) e la frequenza dei pasti (ogni 4-5 ore). Il contenuto calorico è determinato dallo stato del disturbo dell'alimentazione: nei pazienti sottopeso per produrre un bilancio energetico positivo tale da permettere un aumento compreso tra  $\frac{1}{2}$  - 1 kg la settimana (tra 1 e 1,5 kg la settimana nei pazienti ricoverati e in day-hospital) e, una volta normalizzato il peso corporeo, per produrre un bilancio energetico in pareggio tale da mantenere il peso corporeo in un intervallo di 3 kg. Nell'implementazione dell'alimentazione pianificata va sempre spiegato che *una caloria è una caloria* e che una caloria proveniente dai carboidrati ha gli stessi effetti sul bilancio energetico di una proveniente dai grassi o dalle proteine. Il paziente è istruito a consumare i pasti in modo meccanico senza farsi influenzare da situazioni esterne (es. offerta di cibo) o interne (es. pensieri o emozioni). Il paziente è anche istruito a non fidarsi dei pensieri e delle preoccupazioni che ha nei confronti del controllo dell'alimentazione e del peso e a etichettarli come eventi mentali che si verificano nelle persone ammalate di un disturbo dell'alimentazione (*tecnica del decentramento*) (Dalle Grave 2003a). L'alimentazione pianificata e meccanica va adottata fino alla normalizzazione del peso corporeo (BMI > 19 kg/m<sup>2</sup>)

Basandosi sui principi della teoria cognitivo comportamentale, la pianificazione dei pasti e l'alimentazione meccanica sono finalizzate a interrompere i principali meccanismi di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione tra cui (Garner e Dalle Grave 1999): i sintomi da denutrizione (nei soggetti sottopeso); i rinforzi positivi e negativi associati alla scelta dei cibi; l'ansia associata all'assunzione di cibo e la preoccupazione per i pensieri sul controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo. L'alimentazione pianificata e meccanica sfida la convinzione dei pazienti che, se mangeranno certi cibi o determinate quantità di alimenti, perderanno il controllo e aumenteranno di peso in modo imprevedibile, fornendo precisione, esattezza e certezza sulla qualità e la quantità di cibo, che va assunto con precisione in modo da poter raccogliere dei dati che evidenzino gli effetti di quello che si mangia sul peso. L'alimentazione pianificata e meccanica aiuta i pazienti, inoltre, a non fidarsi dei segnali di fame e sazietà, profondamente alterati nella fase di denutrizione (Benini et al. 2004) e attrae la maggior parte dei pazienti perché soddisfa il loro stile cognitivo caratterizzato da una preferenza per la struttura, l'ordine, l'esattezza, la precisione e la pianificazione.

L'alimentazione pianificata e meccanica è una strategia che può essere usata a diversi livelli di cura senza sostanziali modifiche. L'unica differenza è la modalità all'esposizione del cibo: senza alcun aiuto nella terapia ambulatoriale, con l'assistenza dei genitori nel modulo della CBT familiare e con l'assistenza di un dietista nella terapia ambulatoriale intensiva, day-hospital e ricovero.

Quando il peso è normalizzato, e fin dall'inizio con i pazienti normopeso, la CBT-MS adotta le medesime strategie della CBT-E per affrontare la restrizione alimentare cognitiva. In sintesi, il paziente è gradualmente incoraggiato ad abbandonare la pianificazione dei pasti e a mangiare meccanicamente e a sostituire il diario della pianificazione con il diario alimentare, che va compilato subito dopo aver mangiato. In questa fase il paziente è aiutato ad affrontare le principali espressioni della restrizione alimentare cognitiva, come ad esempio gli evitamenti (es. eliminare alcuni alimenti, ridurre le porzioni, evitare di mangiare con gli altri, evitare di mangiare cibi di cui non si conosce il contenuto calorico, evitare di andare al ristorante, pizzeria fast-food, buffè), i check dell'alimentazione (es. pesare il cibo, contare le calorie, controllare le etichette nutrizionali degli alimenti, controllare quello che mangiano gli altri), le regole dietetiche (es. "Non devo mangiare più di un determinato livello calorico"; Non devo mai trasgredire la dieta"; "Devo mangiare meno degli altri", ecc.) e le reazioni alla trasgressione delle regole dietetiche (es. pensiero tutto e nulla; preoccupazioni sul peso, la forma e l'alimentazione, sensi

di colpa, autocritica, abbuffate, adozione di comportamenti non salutari di controllo del peso). Il fine è quello di aiutare il paziente a mantenere il peso corporeo in un intervallo salutare adottando un'alimentazione regolare, bilanciata nei vari nutrienti e soprattutto elastica.

## I vari passi della CBT-MS

### *Fase della preparazione*

La fase della preparazione precede l'inizio della CBT-MS ed è gestita da un medico dell'equipe in due sedute dove sono affrontati sei compiti principali:

1. *Valutare la severità clinica del disturbo dell'alimentazione e lo stato psichiatrico generale*
2. *Valutare le condizioni di salute del paziente.* Questa valutazione è di estrema importanza perché in alcuni casi lo stato di salute di molti pazienti è significativamente compromesso
3. *Ingaggiare il paziente nel trattamento* (vedi sopra)
4. *Educare il paziente sul suo disturbo dell'alimentazione e creare la formulazione iniziale personalizzata.* L'obiettivo è che il paziente arrivi gradualmente alla conclusione che l'eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo e i comportamenti da essa derivati non sono una scelta personale, ma fanno parte di un caratteristico e specifico disturbo psicologico.
5. *Spiegare che cosa comporta il trattamento.* Questo implica descrivere gli scopi, la durata, l'organizzazione, le procedure e gli effetti del trattamento. Viene sempre enfatizzato che iniziare la CBT è un'opportunità per cambiare e per iniziare una nuova vita. Al paziente è anche consegnato un libretto informativo sul trattamento
6. *Coinvolgere gli altri significativi.* Il terapeuta fornisce informazioni generali sui disturbi dell'alimentazione, sui processi coinvolti nel mantenimento e sulla natura del trattamento alle persone significative (genitori o partner) dei pazienti adulti disponibili a coinvolgerli nel trattamento. Alle persone significative è chiesto se accettano di partecipare a tre sedute di 30 minuti per capire come creare un ambiente familiare ottimale per il cambiamento. Con i pazienti adolescenti il terapeuta fornisce alle persone significative maggiori informazioni sui disturbi dell'alimentazione, sul loro ruolo nel trattamento e sull'organizzazione del modulo di CBT familiare (vedi sopra). Il terapeuta in questo incontro mantiene un atteggiamento neutrale sull'origine dei disturbi dell'alimentazione e sottolinea che la decisione ultima di iniziare il trattamento deve essere presa dal paziente ma che, comunque, può essere utile valutare tutti assieme i pro e i contro di iniziare la cura.

Alla fine della prima seduta il terapeuta chiede al paziente di fare i seguenti compiti per casa:

- Considerare i pro e i contro di iniziare il trattamento
- Leggere il libretto informativo sul trattamento
- Fare una lista di domande da discutere con il terapeuta.

La seconda seduta si tiene generalmente una settimana dopo la prima. Il terapeuta rivede con il paziente i pro e i contro di iniziare il trattamento e rinforza l'interesse nel cambiamento. Poi affronta le varie domande del paziente e infine fissa le date dell'intero ciclo di cura.

## CBT-MS ambulatoriale

L'organizzazione generale della CBT-MS ambulatoriale è riportata nella Tabella 2. Il trattamento è suddiviso in tre fasi e può essere somministrato in forma focalizzata (CBT-F) o allargata (CBT-A). La CBT-F ha l'obiettivo di erodere i meccanismi di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione. La CBT-A è riservata invece per un sottogruppo di pazienti e include uno o più moduli per affrontare i meccanismi di mantenimento esterni che sono emersi dalla formulazione personalizzata allargata sviluppata durante la Fase 1 dell'intervento.

Il trattamento prevede due versioni a seconda del BMI del paziente. Una più corta di 24 settimane per i pazienti che hanno un BMI  $\geq 17,5$  kg/m<sup>2</sup> (26 sedute) ed una più lunga di 48 settimane (50 sedute) per i pazienti con BMI  $< 17,5$  kg/m<sup>2</sup>. La frequenza delle sedute è due volte la settimana nella Fase Uno (prime quattro settimane), una volta la settimana nella Fase Due e ogni due settimane nella Fase Tre. Ogni seduta è divisa in due parti: 45 minuti con lo psicologo e 30 minuti con il dietista. Sono previste anche visite mediche periodiche nei pazienti con complicazioni mediche. Dopo 4, 12 e 24 (48 nei pazienti con BMI  $< 17,5$  kg/m<sup>2</sup>) è prevista una tavola rotonda con il paziente e i terapeuti (psicologo, dietista e medico). Lo scopo della tavola rotonda è valutare lo stato della formulazione personalizzata e determinare se continuare con il trattamento ambulatoriale o passare a una forma più intensiva di cura.

Nella Fase Uno il dietista disegna la formulazione iniziale del disturbo, stabilisce la soglia minima di BMI, affronta il recupero del peso (nei pazienti sottopeso), la restrizione cognitiva (nei pazienti normopeso), le abbuffate e gli altri comportamenti non salutari di controllo del peso. Lo psicologo costruisce con il paziente la formulazione personalizzata allargata e introduce il diario emotivo.

Nella Fase Due, il dietista continua ad affrontare il basso peso, le abbuffate e i comportamenti non salutari di controllo del peso. Lo psicologo affronta la psicopatologia specifica del disturbo ed eventualmente uno o più meccanismi di mantenimento esterni in specifici moduli se sono emersi durante lo sviluppo della formulazione personalizzata allargata.

Nella Fase Tre dietista e psicologo lavorano con il paziente per assicurarsi che i progressi siano mantenuti dopo la conclusione del trattamento.

## CBT-MS ambulatoriale intensiva

La CBT-MS ambulatoriale intensiva è stata primariamente ideata per i pazienti che hanno difficoltà a modificare la loro alimentazione con la terapia ambulatoriale standard (Passo Uno) o che ricadono durante la terapia ambulatoriale post-ricovero (Passo Cinque). L'obiettivo del trattamento è quello di portare i pazienti a una condizione tale da poter beneficiare della CBT-MS ambulatoriale standard. La CBT-MS ambulatoriale intensiva è indicata soprattutto per i pazienti sottopeso che non hanno avuto successo nel recuperare il peso corporeo dopo 12 settimane di terapia ambulatoriale standard. Il trattamento può essere indicato anche per pazienti con abitudini alimentari severamente disturbate (es. abbuffate e vomito frequente) che non sono sottopeso.

Dal momento che i pazienti che ricevono il trattamento ambulatoriale intensivo sono già in trattamento, la fase di preparazione non è finalizzata a decidere se iniziare una cura, ma piuttosto di intensificarla. Il rationale fornito al paziente è che la terapia ambulatoriale standard non è sufficientemente intensiva e che la terapia ambulatoriale intensiva può aiutare a fare i cambiamenti necessari evitando opzioni più complesse da affrontare, come il ricovero.

Tab.2 Organizzazione della CBT-MS ambulatoriale

Fasi	Fase 1				Fase 2														Fase 3									
Settimane	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
<b>CBT-F</b>	Formulazione iniziale del disturbo																							Mantenere il cambiamento Prevenire le ricadute				
	Stabilire la soglia minima di BMI																											
	Affrontare la restrizione calorica e cognitiva e se necessario normalizzare il BMI.																							Chiarire quando è necessario riprendere la terapia				
	Sviluppare le abilità per eliminare i comportamenti non salutari di controllo del peso e le abbuffate																											
	Usare il diario emotivo																											
	Formulazione allargata del disturbo				Affrontare l'eccessiva valutazione del controllo del peso e della forma del corpo														Consegna piano di mantenimento									
<b>CBT-A</b>	(se presenti fattori di mantenimento esterni uno o più moduli)				Modulo "Perfezionismo clinico"																							
					Modulo "Bassa autostima nucleare"																							
					Modulo "Intolleranza alle emozioni"																							
					Modulo "Difficoltà interpersonali"																							
					Modulo "Terapia della famiglia" (se età < 18 anni)																							

Interventi del:

Dietista

Dietista  
Psicologo

Nota: In caso di instabilità medica sono effettuate periodiche visite mediche con un medico dell'equipe

Il trattamento è effettuato in una struttura ambulatoriale specializzata nella cura dei disturbi dell'alimentazione e richiede, oltre agli abituali locali per la psicoterapia individuale, anche una cucina (con frigo, congelatore, microonde, lavabo, lavastoviglie), una stanza dove fare i pasti assistiti (che può essere la stessa cucina) e una per le attività ricreative e lo studio.

Il trattamento dura 12 settimane, ma può essere più breve nei pazienti normopeso, inizia alle 13:00 e finisce alle 19:45 e include le seguenti procedure (Tabella 3):

- Tre pasti assistiti al giorno da lunedì a venerdì consumati con l'assistenza del dietista (pranzo, merenda e cena). Durante le prime quattro settimane la pianificazione dei pasti è effettuata dal dietista, poi gradualmente autonomamente dal paziente
- Due sedute individuali la settimana con lo psicologo
- Due sedute la settimana con il dietista (per la preparazione e la revisione del week-end)
- Periodiche visite mediche.

Nelle ultime quattro settimane il paziente consuma progressivamente sempre più pasti al di fuori dell'ambulatorio e gradualmente il trattamento evolve nella CBT-MS standard.

Una procedura innovativa della La CBT-MS ambulatoriale intensiva è l'uso di cibi surgelati o preconfezionati che non necessitano di essere cucinati o manipolati. Tale tecnologia permet-

### Terapia Cognitivo-Comportamentale Multi-Step

te di implementare l'alimentazione assistita anche in un setting ambulatoriale non rendendo necessario la presenza di un cuoco e di altro personale addetto alla manipolazione e alla distribuzione dei pasti.

La CBT-MS ambulatoriale intensiva, a differenza del trattamento ospedaliero (vedi sotto), sembra associarsi a un minor tasso di ricaduta. Questo dato può essere la conseguenza del fatto che i cambiamenti, a differenza di quanto avviene durante il ricovero, si verificano nell'ambiente in cui vive abitualmente il paziente.

### CBT-MS residenziale

La CBT-MS residenziale include due livelli di trattamento: day hospital (Passo Tre), ricovero (Passo Quattro). Le procedure e l'organizzazione dei Passi Tre e Quattro sono identiche, con l'eccezione che nel day-hospital il paziente dorme al di fuori dell'ospedale.

Le indicazioni per il trattamento residenziale sono due: fallimento del trattamento ambulatoriale (standard o e/o intensivo), presenza di condizioni cliniche non gestibili a livello ambulatoriale. In genere, se il paziente ha meno di 18 anni e ha condizioni mediche stabili è proposto il day-hospital.

L'organizzazione generale dalla CBT-MS residenziale è descritta nella Tabella 4. Il Passo Quattro dura 20 settimane (13 di ricovero e sette di day-hospital) e può essere somministrato nella forma focalizzata (CBT-F) o allargata (CBT-A).

Il trattamento si svolge in quattro fasi:

1. Nella Fase Uno (settimane 1 - 4) l'obiettivo è ingaggiare ed educare il paziente alla CBT, sviluppare la formulazione iniziale, ottenere il massimo cambiamento comportamentale con l'esposizione ai pasti assistiti e, nei pazienti sottopeso, iniziare il processo di recupero ponderale

2. Nella Fase Due (settimane 5 e 6) è effettuata una revisione dettagliata dei progressi e degli ostacoli al cambiamento. Inoltre, è eseguita una valutazione formale per valutare se sono presenti uno o più dei quattro meccanismi di mantenimento esterni proposti dalla teoria

Tab.3 *Organizzazione della CBT-MS ambulatoriale intensiva*

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
12:45-13:00	Controllo del peso corporeo				Controllo del peso corporeo
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 alter attività	Tempo libero per studiare o per alter attività	Tempo libero per studiare o per alter attività	Tempo libero per studiare o per alter attività
15:00-16:00	Seduta individuale con dietista (revisione week-end e pianificazione pasti)	Seduta individuale con psicologo	Visita medica <sup>1</sup>	Seduta individuale con psicologo	Seduta individuale con dietista (preparazione week-end)
16:30-17:00	Merenda assistita	Merenda assistita	Merenda assistita	Merenda assistita	Merenda assistita
17:00- 18:30	Tempo libero per studiare o per alter attività	Tempo libero per studiare o per alter attività	Tempo libero per studiare o per alter attività	Tempo libero per studiare o per alter attività	Tempo libero per studiare o per alter attività
18:30-19:30	Cena assistita	Cena assistita	Cena assistita	Cena assistita	Cena assistita
19:30-19:45	Consegna alimenti per i colazione	Consegna alimenti per colazione	Consegna alimenti per colazione	Consegna alimenti per colazione	Consegna alimenti per week-end

<sup>1</sup>Settimanalmente nei pazienti sottopeso (BMI < 16 kg/m<sup>2</sup>) e/o con complicazioni mediche (es. ipopotassiemia), ogni due o tre settimane in quelli trattati con antidepressivi.

transdiagnostica (vedi sopra). Le informazioni derivate da questa valutazione sono usate per creare una formulazione revisionata ed estesa dei fattori che operano nel mantenimento del disturbo dell'alimentazione

3. Nella Fase Tre (settimane 7 - 17) il contenuto del trattamento è dettato dalla formulazione revisionata ed estesa. In tutti i pazienti è affrontata l'eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo e le sue varie espressioni. In un sottogruppo di pazienti sono affrontati in specifici moduli anche uno o più fattori esterni di mantenimento identificati nella formulazione revisionata ed allargata. In questa fase la maggior parte dei pazienti sottopeso raggiunge la soglia minima di BMI e inizia la fase di mantenimento del peso

4. Nella Fase Quattro (settimane 18 - 20) l'obiettivo è preparare la formulazione dei meccanismi di mantenimento residui che continuano ad operare alla fine del trattamento, il ritorno a casa e la terapia post-ricovero.

Il day-hospital inizia la settimana 14. In questa fase i pazienti dormono fuori dall'ospedale (nella loro casa se vivono vicino alla clinica o in camere private o appartamenti) e passano dei week-end a casa.

Uno dei maggiori limiti dei tradizionali trattamenti ospedalieri dei disturbi dell'alimentazione è l'elevato tasso di ricaduta dopo la dimissione. Questo non è sorprendente dal momento che il paziente va incontro a rapidi cambiamenti fisici e psicologici mentre è protetto dall'ambiente dell'ospedale; poi viene esposto bruscamente e spesso senza preparazione ai fattori ambientali esterni. Per favorire il mantenimento dei cambiamenti dopo la dimissione la CBT-MS adotta le seguenti strategie:

Tab. 4 *Organizzazione della CBT-MS residenziale applicata presso la Casa di Cura Villa Garda*

Setting	Ricovero														Day Hospital					
Fasi	Fase 1				Fase 2		Fase 3						Fase 4							
Settimane	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>CBT-F</b>	Sedute individuali con psicologo (due la settimana in Fase 1, poi una la settimana)																			
	Sedute individuali con dietista per gestione delle crisi nella Fase 1, uno la settimana nella Fase 2																			
	Tavola rotonda con paziente e terapeuti (dietista, medico, psicologo, infermiere)																			
	Alimentazione assistita						Alimentazione non assistita (se BMI > 18,5 kg/m <sup>2</sup> )													
	Attività alternative (dopo ogni pasto)							Gruppo di revisione del diario alimentare (uno la settimana)												
														Gruppo di cucina (uno la settimana)						
	Gruppo psicoeducazionale (5 gruppi la settimana)																			
<b>CBT-A</b> <i>(se sono presenti fattori di mantenimento esterni uno o più moduli)</i>							Modulo "Perfezionismo clinico"													
							Modulo "Bassa autostima nucleare"													
							Modulo "Intolleranza alle emozioni"													
							Modulo "Difficoltà interpersonali"													
							Modulo "Terapia della famiglia" (se età < 18 anni)													
<b>Formulazione</b>	Iniziale				Allargata														Residua	

### *Terapia Cognitivo-Comportamentale Multi-Step*

- La Casa di Cura Villa Garda è stata organizzata come *struttura aperta* e non chiusa come i tradizionali reparti per i disturbi dell'alimentazione. I pazienti in condizioni mediche stabili hanno permessi di uscita giornalieri. Allo stesso modo le persone significative per il paziente (inclusi gli amici) sono libere di fare visita al paziente al di fuori dei pasti e delle sedute terapeutiche. L'atmosfera del reparto è psicologica, non medica e istituzionale. Dal momento che il reparto è la casa del paziente per alcuni mesi, è permesso decorare la stanza con poster ed altro materiale. Inoltre nel reparto ci sono stanze per studiare, per navigare liberamente in internet e per svolgere varie attività ricreative
- È prevista una fase di day-hospital prima del ritorno a casa dove i pazienti affrontano le difficoltà che dovranno affrontare dopo la dimissione (es. socializzare con gli altri, cucinare), continuando ad avere il supporto del trattamento
- Durante le settimane finali i pazienti passano i week-end a casa continuando ad avere il supporto del trattamento
- Le persone significative per il paziente sono coinvolte nel trattamento e aiutate a creare un ambiente positivo per il ritorno del paziente a casa
- Verso la fine del trattamento è dedicato molto tempo per pianificare la CBT.MS post-ricovero.

### CBT-MS post-ricovero

La CBT-MS post-ricovero è indicata per i pazienti che hanno concluso la CBT-MS residenziale. Gli obiettivi della CBT-MS post-ricovero sono i seguenti: primo, mantenere i cambiamenti raggiunti con il ricovero; secondo, affrontare le difficoltà tipiche che si verificano al ritorno a casa (es. ritornare a scuola o al lavoro, riallacciare le amicizie o la relazione sentimentale); terzo, affrontare i meccanismi di mantenimento non eliminati durante il ricovero; quinto, affrontare alcuni meccanismi di mantenimento non emersi durante il ricovero. La CBT-MS post-ricovero dura 48 settimane ed è divisa in tre fasi:

- Fase Uno: una seduta la settimana con psicologo e dietista
- Fase Due: una seduta ogni due settimane con psicologo e dietista
- Fase Tre: una seduta ogni tre settimane con psicologo e dietista.

Durante il trattamento sono previste anche periodiche viste con un medico per valutare l'andamento della terapia. Se si verifica una ricaduta è presa in considerazione l'eventualità di un nuovo e più intensivo livello di cura (es. CBT-MS ambulatoriale intensiva o un nuovo trattamento residenziale).

### Conclusioni

La CBT-MS rappresenta la prima esperienza clinica di applicazione nel campo dei disturbi dell'alimentazione della stessa teoria a diversi livelli di cura. La scelta di adottare la nuova teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica si basa sulle seguenti considerazioni: primo, numerose ricerche empiriche supportano la teoria, almeno per la bulimia nervosa; secondo, la CBT-BN derivata da questa teoria e valutata in numerosi trial randomizzati e controllati è superiore ai trattamenti con cui è stata controllata (National Institute of Clinical Excellence 2004); terzo, la teoria transdiagnostica permette di applicare lo stesso trattamento con minime modifiche a tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione. Questa opportunità è parti-



colarmente utile in setting come il day-hospital e il ricovero dove sono trattati pazienti con diverse diagnosi di disturbo dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa, EDNOS); quarto, la formulazione personalizzata transdiagnostica di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione è uno strumento fondamentale per il lavoro di un'equipe multidisciplinare non eclettica.

La CBT-MS introduce alcune procedure innovative nel campo dei disturbi dell'alimentazione. La più originale è l'uso della stessa teoria e delle medesime procedure a diversi livelli di cura e l'adozione di un'equipe multidisciplinare non eclettica. In confronto alla CBT-E, da cui è derivata, la CBT-MS aggiunge un modulo di CBT familiare per i pazienti di età inferiore ai 18 anni, tre setting intensivi di cura (terapia ambulatoriale intensiva, day-hospital e ricovero) e l'alimentazione pianificata e meccanica per i pazienti sottopeso. La maggior parte di queste modifiche è stata introdotta per espandere l'applicabilità clinica della CBT-E, mantenendo la fedeltà alla teoria di riferimento, altre sono state pianificate per ragioni teoriche e pratiche.

La CBT-MS ha la potenzialità di valutare nel mondo reale l'efficacia e i limiti della teoria transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione. Per questa ragione sono in corso uno studio controllato e randomizzato, svolto in collaborazione con il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, per valutare l'efficacia della CBT-MS applicata durante il ricovero (per maggiori informazioni sullo studio vedi <http://www.villagarda.it/>) e uno studio aperto per valutare gli effetti della CBT-MS a livello ambulatoriale e ambulatoriale intensivo. L'esperienza clinica fino ad ora raccolta indica che il trattamento è ben accettato dai pazienti e dai vari terapeuti dell'equipe. I dati preliminari che stanno emergendo dai due studi in corso sono molto positivi e i cambiamenti osservati nei pazienti sembrano ben mantenuti anche dopo la conclusione del trattamento.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2000 revision). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 157 (January Supplement), 1-39.
- Benini L, Todesco T, Dalle Grave R, Deiorio F, Salandini L, & Vantini I (2004). Gastric emptying in patients with restricting and binge/purging subtypes of anorexia nervosa. *American Journal of Gastroenterology* 99, (8), 1448-1454.
- Dalle Grave R (2003a). *Terapia cognitivo comportamentale ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R (2003b). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione: modulo terapia della famiglia*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R (2003c). *Trattamento riabilitativo ospedaliero dei disturbi dell'alimentazione. Informazioni per i pazienti e i familiari*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R (2005a). A multi-step cognitive behaviour therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review* 13, (6), 373-382.
- Dalle Grave R (2005b). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero* (Seconda edizione ed.). Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R, Bartocci C, Todisco P, Pantano M, & Bosello O (1993). Inpatient treatment for anorexia nervosa: A lenient approach. *European Eating Disorder Review* 1, (3), 166-176.
- Dalle Grave R, Bohn K, Hawter D, Fairburn CG (in corso di pubblicazione). Inpatient, day patient and two forms of outpatient CBT-E. In Fairburn CG (Eds-), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York.

### *Terapia Cognitivo-Comportamentale Multi-Step*

- Dalle Grave R, & Calugi S (2007). Prevalence of ED-NOS in an inpatient eating disorder unit: The impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorder Review*, 15, (5), 340-345.
- Dalle Grave R, Marchi I, Pasqualoni E, & Sartirana M (2005). *Terapia cognitivo comportamentale multi-step dei disturbi dell'alimentazione: casi clinici*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R, Ricca V, & Todesco T (2001). The stepped-care approach in anorexia nervosa and bulimia nervosa: progress and problems. *Eating and Weight Disorder* 6, (2), 81-89.
- Fairburn CG (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 37 Suppl, S26-30; discussion S41-22.
- Fairburn CG (in corso di pubblicazione). *Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Clinical Guide*. Guilford Press, New York.
- Fairburn CG, & Bohn K (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy* 43, (6), 691-701.
- Fairburn CG, Agras WS, Walsh BT., Wilson GT, & Stice E (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry* 161, (12), 2322-2324.
- Fairburn CG, Cooper Z, & Shafran R (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 41, (5), 509-528.
- Fairburn CG, Marcus MD, & Wilson GT (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In Fairburn CG & Wilson GT (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). Guilford Press, New York.
- Garner D, & Dalle Grave R (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press, Verona
- Garner D, Vitousek K, & Pike K (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In Garner DM & Garfinkel PE (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 94-144). Guilford Press, New York.
- Lock J, Le Grange D, Agras WS, & Dare C (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-Based Approach*. Guilford Press, New York.
- Milos G, Spindler A, Schnyder U, & Fairburn CG (2005). Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry* 187, 573-578.
- National Institute of Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9: National Collaborating Centre for Mental Health*. Document Number.
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, & Segal ZV (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, (2), 275-287.
- Vandereycken W (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders* 34, (4), 409-422.
- Wilson GT, & Fairburn CG (2002). Treatments for eating disorders. In Nathan PE & Gorman JM (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 559-592). Oxford University Press., New York.
- Wilson GT, Fairburn CG, & Agras WS (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In Garner DM. & Garfinkel PE (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93) Guilford Press, New York.

*Indirizzo per corrispondenza:*. Dott. Riccardo Dalle Grave, Unità di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, 37138 Garda (VR), Italia - Tel. +390458103915 - Fax. +390458102884 - email rdalleg@tin.it