

Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione nell'Adolescenza (CBT-Ea)

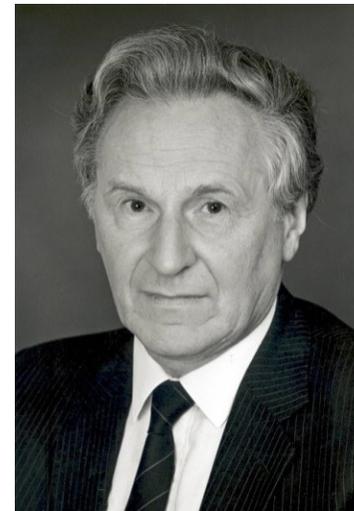
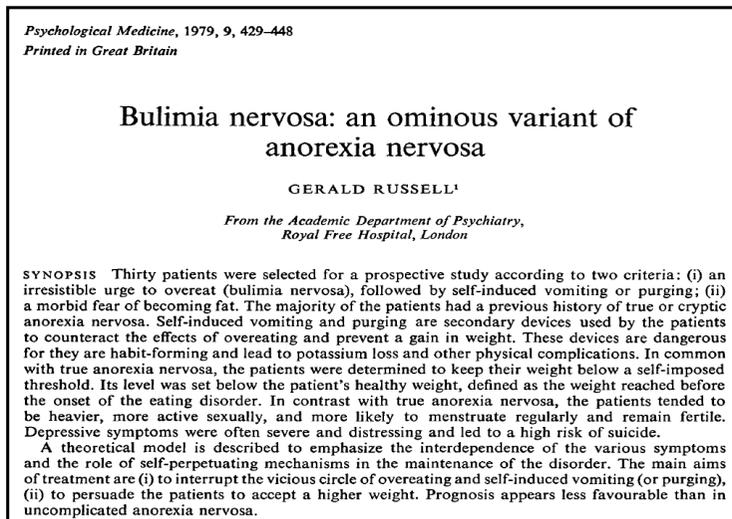
Dr. Riccardo Dalle Grave
Dr.ssa Simona Calugi

Le origini della CBT-E

Russell describe la bulimia nervosa (1979)

“Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa”

- Ha proposto un nome per il disturbo
- Ha descritto 30 pazienti identici a quelli visti da Fairburn



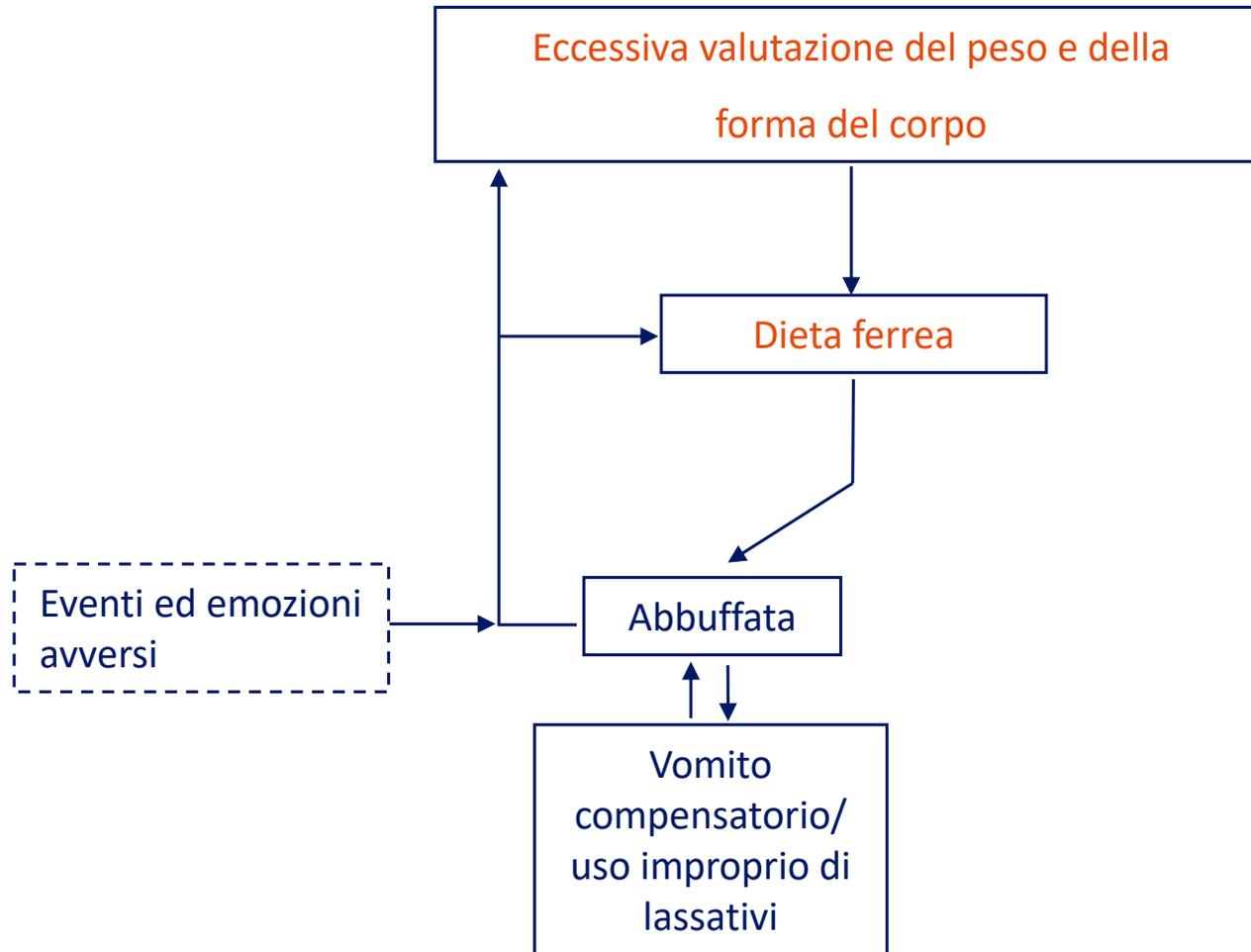
Affermazione
intrigante
La bulimia nervosa è
“intrattabile”

Le origini della CBT-E

Sviluppo di una teoria psicologica della bulimia nervosa (Fairburn, 1999)

- **Comportamenti e preoccupazioni specifici**
 - Tentativi persistenti di seguire regole dietetiche estreme e rigide
 - Episodi ricorrenti di perdita di controllo dell'alimentazione (abbuffata) seguiti da vomito autoindotto o uso improprio di lassativi
 - Abbuffate scatenate dalla violazione delle regole dietetiche
 - Preoccupazioni estreme per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione
 - In ogni paziente un insieme simile di processi di interazione sembra mantenere il disturbo dell'alimentazione
 - Su questa base è stata sviluppata una teoria di mantenimento del disturbo dell'alimentazione

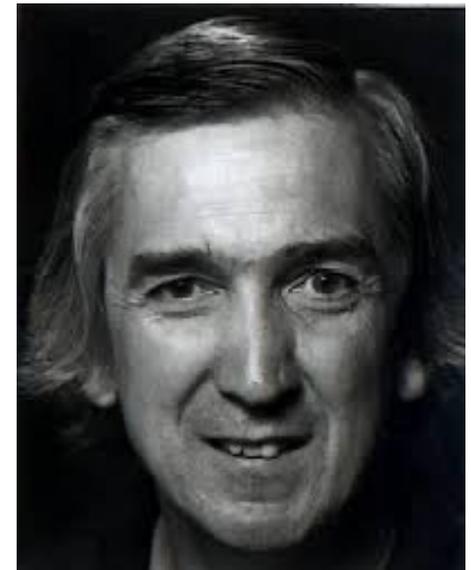
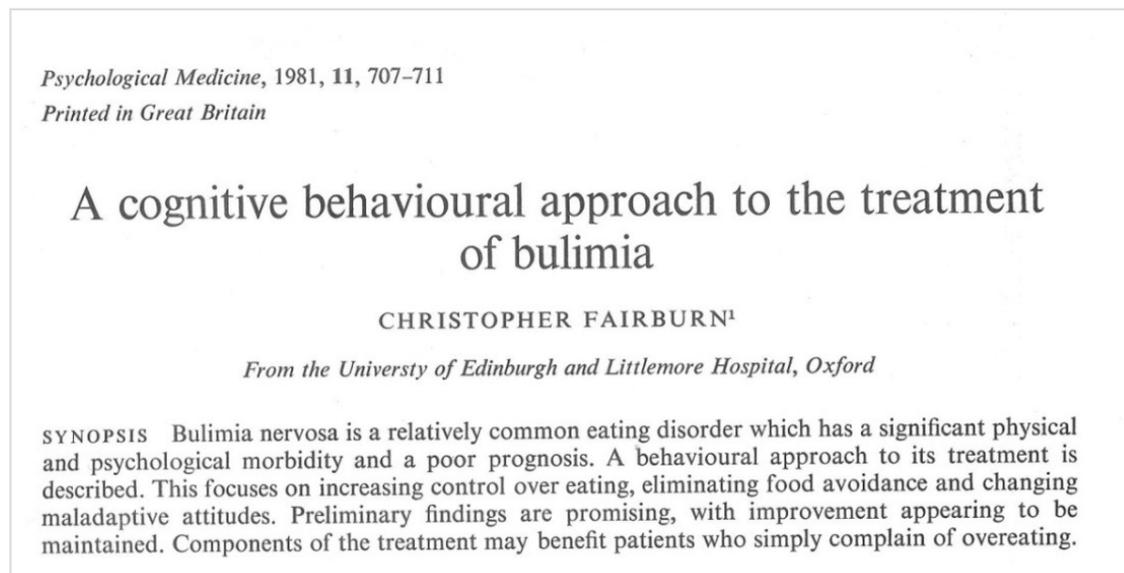
La teoria iniziale della bulimia nervosa (Fairburn, 1981, 1985)



Le origini della CBT-E

Sviluppo di un trattamento psicologico

- Terapia cognitivo comportamentale della bulimia nervosa (**CBT-BN**)



CBT-BN

- Ideata per affrontare ognuno dei processi di mantenimento descritti dalla teoria
- Il focus del trattamento era affrontare le **abbuffate**, ma anche
 - Restrizione dietetica
 - Risposta a eventi ed emozioni avversi
 - Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo
 - Raggiungere una risposta piena e duratura
- Trattamento ambulatoriale, 20 sedute in 5 mesi

Studi sull'efficacia della CBT-BN

- Fino al 2004 sono stati condotti oltre **30 RCTs**
- La CBT-BN è risultata più efficace di tutti i trattamenti con cui era stata confrontata, incluso....
 - Ampia gamma di trattamenti psicologici
 - Trattamenti farmacologici
- Dal **40% al 50%** dei pazienti ha ottenuto una risposta completa che sembrava essere ben mantenuta

Eating disorders

Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders

1.3.1.3 Cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa (CBT-BN), a specifically adapted form of CBT, should be offered to adults with bulimia nervosa. The course of treatment should be for 16 to 20 sessions over 4 to 5 months.

A

Clinical Guideline 9

January 2004

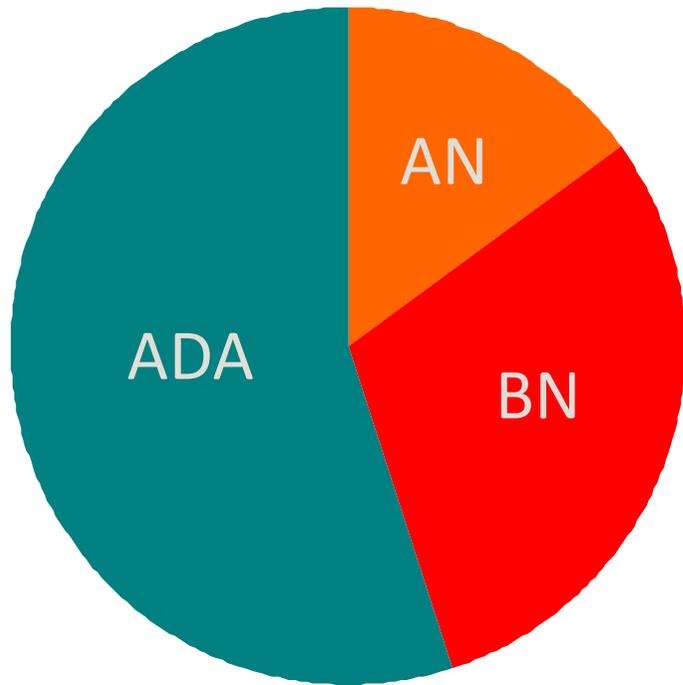
Developed by the National Collaborating Centre for
Mental Health

Le origini della CBT-E

Due osservazioni cliniche

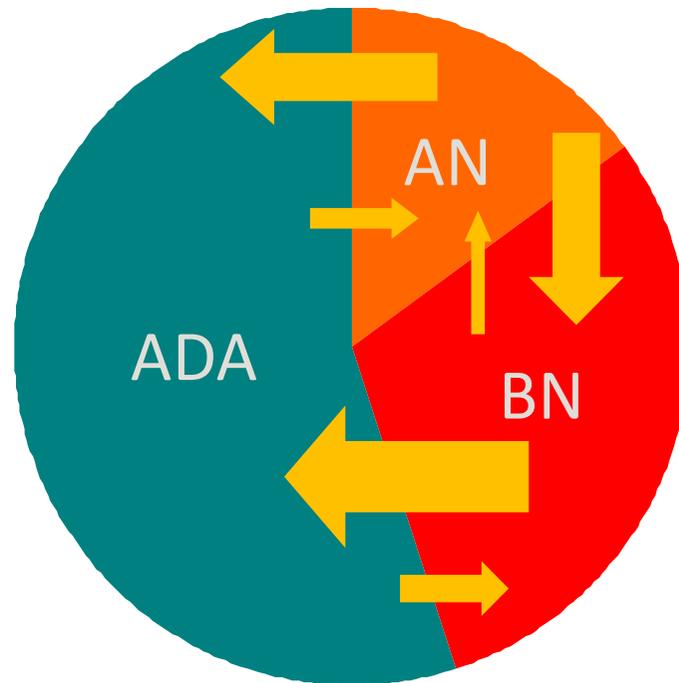
- 1. Molte caratteristiche cliniche presenti nella bulimia nervosa sono presenti anche nell'anoressia nervosa e negli altri disturbi dell'alimentazione e molti pazienti si spostano tra queste diagnosi**
 - Psicopatologia condivisa e migrazione diagnostica

Psicopatologia condivisa



	AN	BN	ADA
Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del loro controllo	+++	+++	++
Dieta ferrea	+++	++	++
Episodio di abbuffata	+	+++	++
Vomito auto-indotto	+	++	+
Uso improprio di lassativi	+	++	+
Uso improprio di diuretici	+	+	+
Esercizio fisico eccessivo	++	+	+
Check dell'alimentazione	+++	+	+
Check del corpo	+++	+++	++
Evitamento del corpo	+	++	++
Sensazione di essere grasso	+++	+++	+++
Basso peso e sintomi da malnutrizione	+++	+	+

Migrazione diagnostica



Le origini della CBT-E

Due osservazioni cliniche

1. **Molte caratteristiche cliniche presenti nella bulimia nervosa sono presenti anche nell'anoressia nervosa e negli altri disturbi dell'alimentazione e molti pazienti si spostano tra queste diagnosi**
 - **Psicopatologia condivisa e migrazione diagnostica**
 - Sembrava probabile che molti dei processi che mantengono la bulimia nervosa (affrontati dalla CBT-BN) mantengono anche gli altri disturbi dell'alimentazione
 - Di conseguenza, è stata sviluppato una **teoria "transdiagnostica"** di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione... .. e un **trattamento transdiagnostico** basato su questa teoria

La teoria transdiagnostica

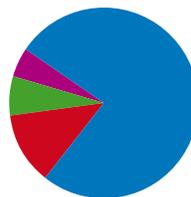
Psicopatologia specifica e nucleare

- **Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo**
 - È presente solo nei DA (per tale motivo è chiamata specifica)
 - Spiega le principali caratteristiche cliniche osservate (per tale motivo è chiamata centrale)
 - Deve essere modificata affinché si verifichi una remissione duratura del disturbo dell'alimentazione
- **Eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione**
 - Presente in un sottogruppo di persone con DA
 - A volte coesiste con l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, ma non sempre

La teoria transdiagnostica

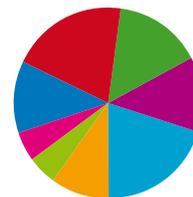
Psicopatologia specifica e centrale

- **Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione**
 - Le persone con disturbi dell'alimentazione giudicano se stesse in modo predominante o esclusivo in termini di controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo (spesso tutte e tre le caratteristiche)



■ Peso, forma del corpo, alimentazione
■ Scuola
■ Famiglia
■ Altro

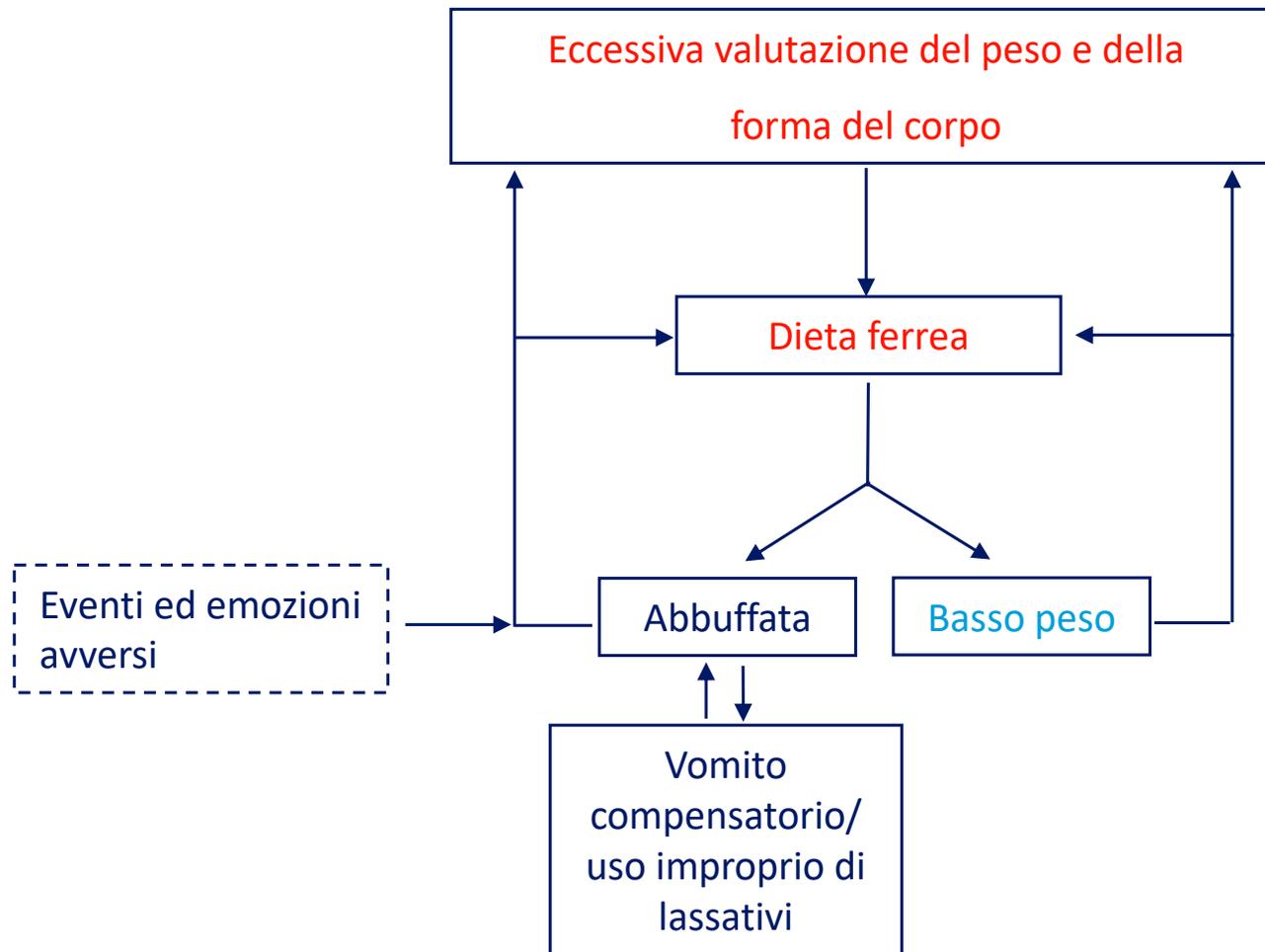
Persona con DA



■ Peso, forma del corpo, alimentazione
■ Scuola
■ Famiglia
■ Sport
■ Musica
■ Amici
■ Pittura
■ Altro

Persona senza DA

La teoria transdiagnostica (Fairburn et al, 2003)

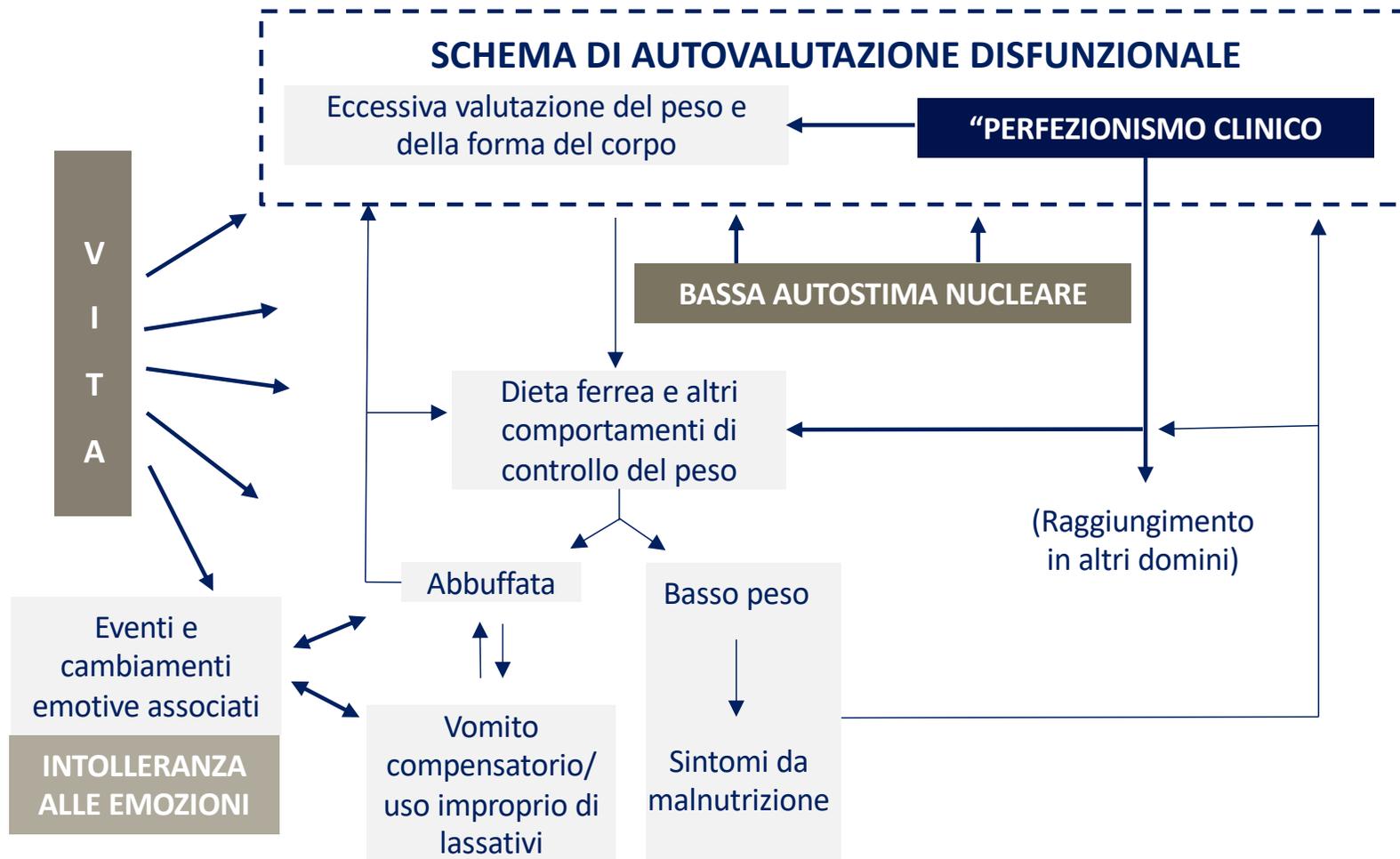


Le origini della CBT-E

Due osservazioni cliniche

2. La mancata risposta alla CBT-BN era dovuta a motivi consistenti

- Ha condotto un'analisi dei casi che non hanno risposto:
 - **La CBT-BN deve essere modificata per essere più efficace**
 - Ambivalenza nei confronti del cambiamento
 - Preoccupazioni estreme per il peso e la forma del corpo
 - **Alcune psicopatologie coesistenti contribuiscono al mantenimento dei disturbi dell'alimentazione in alcuni pazienti**
 - Perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, difficoltà interpersonali marcate, intolleranza alle emozioni



Le origini della CBT-E

Sviluppo di un trattamento psicologico transdiagnostico

- Terapia cognitivo comportamentale migliorata dei disturbi dell'alimentazione (**CBT-E**) per gli adulti trattati a livello ambulatoriale



PERGAMON

Behaviour Research and Therapy 41 (2003) 509–528

**BEHAVIOUR
RESEARCH AND
THERAPY**

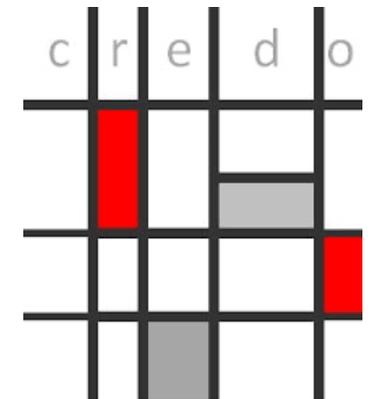
www.elsevier.com/locate/brat

Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment[☆]

Christopher G. Fairburn *, Zafra Cooper, Roz Shafran

Oxford University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK

Received 28 March 2002; received in revised form 27 May 2002; accepted 27 May 2002



Le origini della CBT-E

Ulteriori sviluppi

- **CBT-E** per setting intensivi di cura (Dalle Grave et al, 2013)
- **CBT-E** per gli adolescenti (Dalle Grave et al, 2013)



Psychotherapy
and Psychosomatics

Regular Article

Psychother Psychosom 2013;82:390–398
DOI: 10.1159/000350058

Received: November 27, 2012
Accepted after revision: February 19, 2013
Published online: September 20, 2013

Inpatient Cognitive Behaviour Therapy for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial

Riccardo Dalle Grave^a Simona Calugi^a Maddalena Conti^a Helen Doll^b
Christopher G. Fairburn^c

^aDepartment of Eating and Weight Disorders, Villa Garda Hospital, Garda (Vr), Italy; ^bDepartment of Health Sciences, Leicester University, Leicester, and ^cDepartment of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford University, Oxford, UK

Behaviour Research and Therapy 51 (2013) 89–R12



ELSEVIER

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Behaviour Research and Therapy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/brat



Shorter communication

Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa:
An alternative to family therapy?

Riccardo Dalle Grave^{a,*}, Simona Calugi^a, Helen A. Doll^b, Christopher G. Fairburn^c

^aDepartment of Eating and Weight Disorders, Villa Garda Hospital, Via Montebaldo, 89, I-37016 Garda (VR), Italy

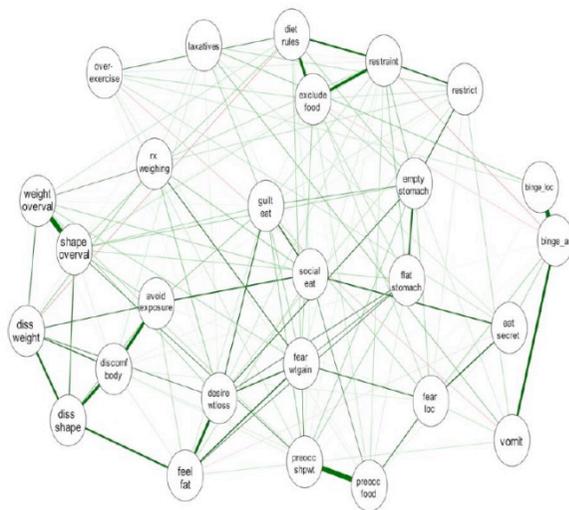
^bNorwich Medical School, University of East Anglia, Norwich NR4 7TJ, UK

^cOxford University, Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK

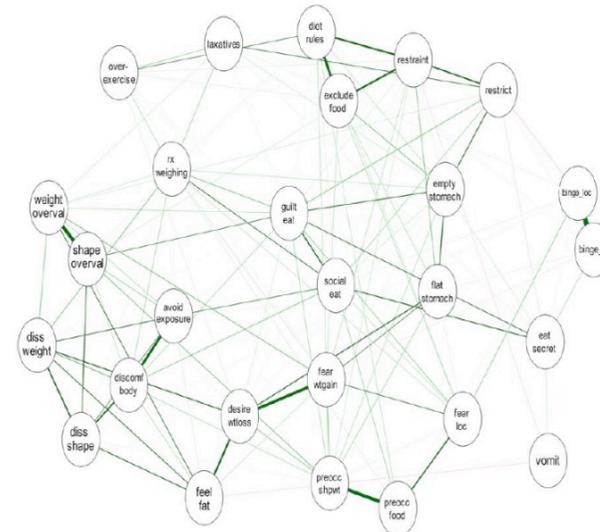
La ricerca sul modello teorico trasdiagnostico

Valutazioni che hanno usato la *network analysis*

- I risultati supportano la premessa cognitivo-comportamentale che l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo sono al centro della psicopatologia dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e di un campione trasdiagnostico (DuBois et al., 2017; Forrest et al., 2018).



Anorexia nervosa



Bulimia nervosa

Ricerche che supportano la teoria transdiagnostica

Evidenze indirette

- La CBT-E ha prodotto risultati promettenti nella bulimia nervosa, nell'anoressia nervosa e negli altri disturbi dell'alimentazione, negli adulti (Fairburn, 2009, 2013, 2015; Poulsen 2015) e negli adolescenti (Dalle Grave et al., 2013, 2105; 2019)



CBT-E: una visione di insieme

Terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E) dei disturbi dell'alimentazione

Descrizione

- È una forma specifica di terapia cognitivo comportamentale
- Focalizzata sulla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione (non sulla diagnosi DSM)

CBT-E

Enhanced Cognitive Behaviour Therapy



CBT-E

Punti chiave

- **Adotta un modello psicologico non di malattia**
 - Per spiegare perché la persona continua ad adottare comportamenti estremi di controllo del peso nonostante i danni che questi provocano

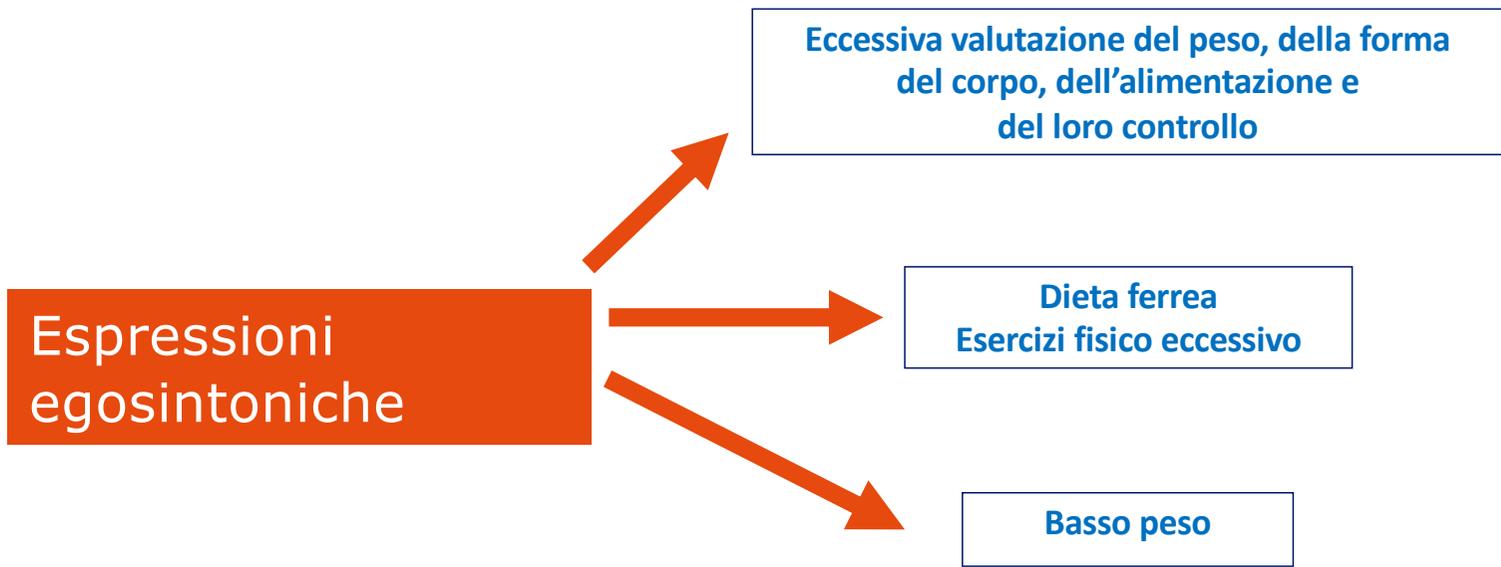


Modello di malattia vs modello psicologico

- I disturbi dell'alimentazione sono difficili da affrontare perché molte delle loro **espressioni sono egosintoniche**
- Le persone che ne sono colpite fanno fatica a vederle come un problema

Egosintonico

Qualsiasi comportamento, sentimento o idea che sia in armonia con i bisogni e desideri dell'Io, o coerente con l'immagine di sé del soggetto



Una domanda che richiede una risposta

- Perché una persona continua ad adottare una dieta ferrea ed altri comportamenti estremi di controllo del peso per cerca di perdere peso e modificare la forma del corpo nonostante i danni che questi creano?



Due spiegazioni

1. Modello di malattia
2. Modello psicologico

Modello di malattia

La dieta ferrea, le abbuffate, la paura di ingrassare e la mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo come **sintomi di una malattia specifica**

AN = anoressia nervosa

BN = bulimia nervosa

BED = disturbo da binge-eating

ADA = altri disturbi dell'alimentazione



Modello di malattia

Implicazioni

- **Approccio prescrittivo/coercitivo**
 - Obiettivo: sconfiggere la malattia
 - **Paziente: ruolo passivo**
 - Deve seguire le prescrizioni dietetiche, farmacologiche e psicologiche dei terapeuti
 - Non si deve fidare di quello che pensa – sono sintomi del disturbo dell'alimentazione
 - **Terapeuti: «prescrittori»**
 - Prescrivono la terapia
 - **Genitori (altri significativi): «controllori»**
 - Devono controllare il comportamento alimentare e gli altri comportamenti del disturbo dell'alimentazione del loro caro

Modello di malattia

Vantaggi

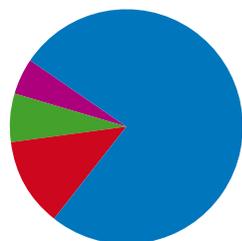
- Decolpevolizza i familiari e il paziente per lo sviluppo del disturbo dell'alimentazione (***esternalizzazione***)

Svantaggi

- Non aiuta la persona a comprendere i significati psicologici associati al controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione
- La causa biologica dei disturbi dell'alimentazione, non è ancora stata trovata!
- Nessuno studio ha dimostrato l'efficacia dei trattamenti farmacologici o biologici spesso usati nella cura dell'anoressia nervosa e di altri stati simili.

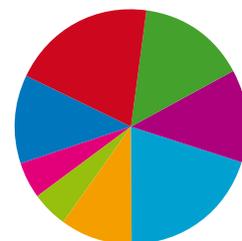
Modello psicologico (adottato dalla CBT-E)

La "persona" ha difficoltà a vedere la dieta, i comportamenti estremi di controllo del peso e il basso peso (quando presente) come un problema, perché **la sua valutazione di sé è diventata prevalentemente basata sul peso, sulla forma del corpo e sul controllo dell'alimentazione**



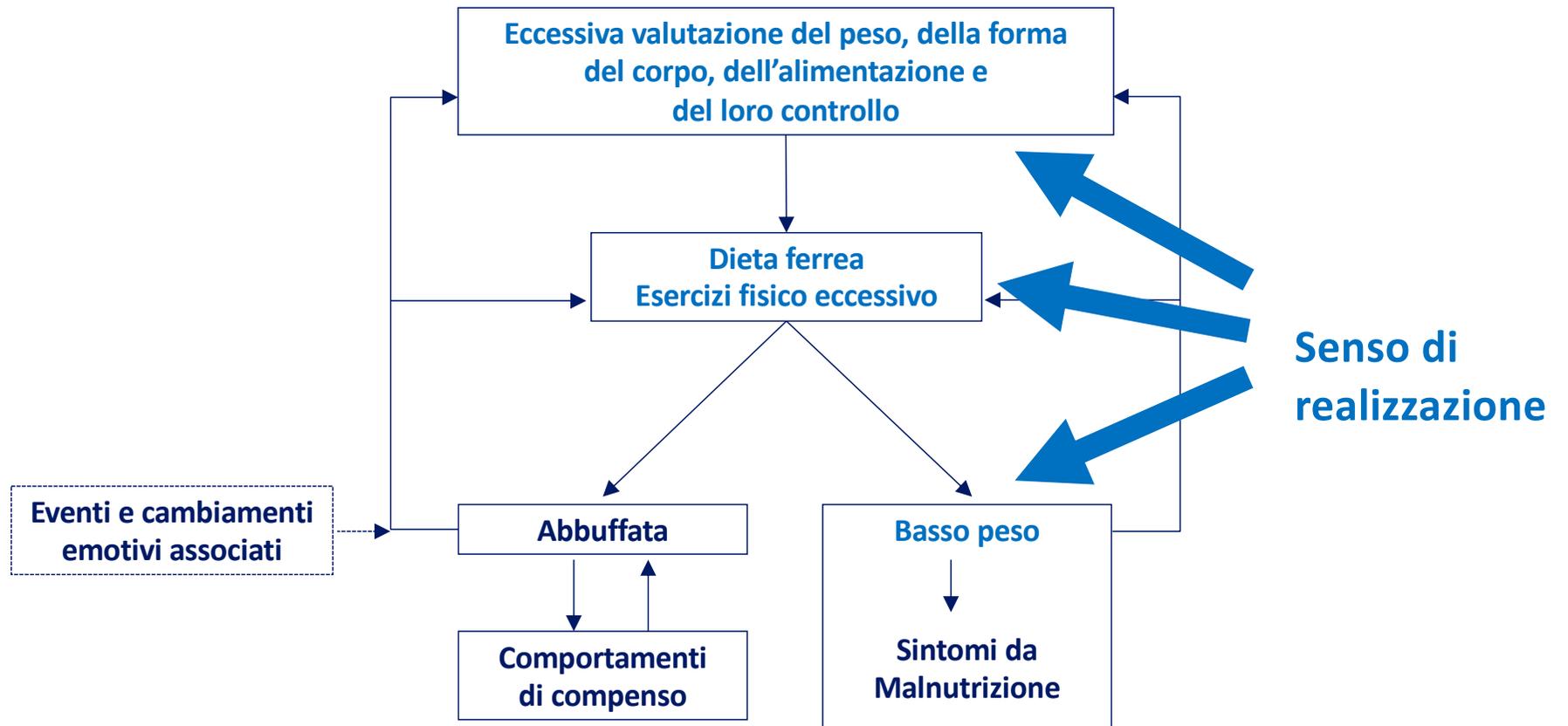
- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Altro

Persona con DA



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Sport
- Musica
- Amici
- Pittura
- Altro

Persona senza DA



Modello psicologico adottato dalle CBT-E

Implicazioni

- **Approccio collaborativo**
 - Non chiede mai alla persona di fare delle cose che non vede come un problema
 - La persona è aiutata a capire che il suo sistema di autovalutazione è disfunzionale
 - Non permette di raggiungere una buona e stabile valutazione di sé
 - Crea danni
 - Marginalizza la vita

Modello psicologico adottato dalle CBT-E

Implicazioni

- Obiettivo: trovare **soluzioni più funzionali nella valutazione di sé**
- Paziente: **ruolo attivo**
 - Nel capire il suo problema e nel decidere di affrontarlo
 - Paziente e terapeuta lavorano come una squadra (empirismo collaborativo)
- Terapeuti: «collaboratori»
 - Nell'aiutare a capire i meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione
 - Nel trovare delle soluzioni più funzionali
- Genitori (altri significativi): «**aiutanti**»
 - Nel creare un ambiente familiare ottimale che faciliti il cambiamento
 - Nell'aiutare il proprio familiare ad implementare alcune procedure del trattamento

Modello psicologico adottato dalle CBT-E

Vantaggi

- Aiuta a comprendere la funzione percepita positiva, ma disfunzionale, del valutarsi in modo predominante sul peso, sulla forma del corpo e sul controllo dell'alimentazione
- Aiuta a capire che ci sono modi per sviluppare un sistema di autovalutazione più funzionale
- L'analisi storica degli eventi accaduti nella vita può aiutare a distanziarsi dal problema e a decolpevolizzarsi, senza dover adottare la spiegazione di malattia
- L'efficacia dei trattamenti psicologici è dimostrata da numerosi studi



Principali differenze tra trattamento basato sulla famiglia (FBT) e CBT-E

	FBT	CBT-E
Concettualizzazione del disturbo dell'alimentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Il problema appartiene all'intera famiglia • La malattia è separata dal paziente (esternalizzazione) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il problema appartiene all'individuo • Non separa la malattia dal paziente
Coinvolgimento dell'adolescenza	<ul style="list-style-type: none"> • Non coinvolto attivamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolto attivamente
Coinvolgimento genitori	<ul style="list-style-type: none"> • Vitale 	<ul style="list-style-type: none"> • Utile ma non essenziale
Equipe di trattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinare 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta singolo
Sedute (n)	<ul style="list-style-type: none"> • 18 sedute familiari • Sedute con il team di consulenza (pediatra, infermiere) • Ospedalizzazione ~ 15% 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 sedute individuali (pazienti non sottopeso) • 30-40 sedute individuali (pazienti sottopeso)

Dalle Grave, R., Eckhardt, S., Calugi, S., & Le Grange, D. (2019). *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 42.
doi:10.1186/s40337-019-0275-x

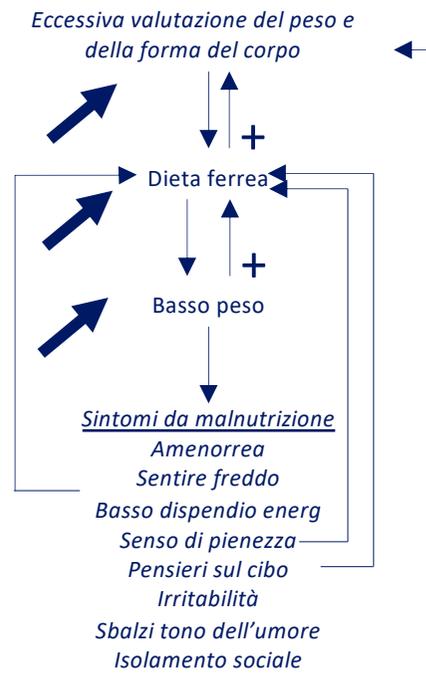
CBT-E

Punti chiave (cont.)

- **Transdiagnostica e personalizzata**
 - Affronta meccanismi di mantenimento psicologici e comportamentali che operano nel singolo paziente (non la diagnosi del disturbo dell'alimentazione)
- **Flessibile**
 - Usa in modo flessibile strategie e procedure terapeutiche in sequenza per affrontare i problemi psicologici e comportamentali del paziente

CBT-E

Obiettivo finale



Valutazione di sé



Con il disturbo dell'alimentazione



Senza il disturbo dell'alimentazione

CBT-E

Obiettivi specifici

1. Ingaggiare il paziente

- Nella decisione di cambiare
- Nell'averne un ruolo attivo nel trattamento

2. Rimuovere la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione

- 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 (non determinato dalla diagnosi)

4. Assicurarsi che i cambiamenti siano duraturi

- Aiutare i pazienti a rispondere prontamente a qualsiasi passo indietro (set-back)

CBT-E

Strategie generali

- **Non adotta mai procedure “prescrittive” o “coercitive”**
- Non chiede 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-E: una visione d'insieme

Strategie generali (cont.)

- Adozione di una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali... ma **si favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per ottenere dei cambiamenti cognitivi**
 - Per ottenere un cambiamento cognitivo i pazienti sono spinti a fare cambiamenti comportamentali gradualmente 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-E

Strategie generali (cont.)

- Principio della parsimonia «**Fare poche cose bene piuttosto che tante male**»
- Il disturbo dell'alimentazione può essere paragonato a un castello di carte
- Non va affrontata ogni caratteristica clinica del disturbo dell'alimentazione presente, molte di esse si trovano nella seconda e terza fila del castello e si risolvono indirettamente se sono affrontate le caratteristiche cliniche principali
 - Preoccupazione per il peso, la forma del corpo e l'alimentazione
 - Vomito autoindotto e uso improprio di lassativi e diuretici dopo le abbuffate.



CBT-E

Due forme

Forma focalizzata

- Adatta per la maggior parte dei pazienti
- Focalizzata esclusivamente su
 - La psicopatologia specifica dei DA
 - I processi che mantengono la psicopatologia
 - Il mantenimento dei cambiamenti

Forma allargata

- Forma più complessa di CBT-E con strategie e procedure aggiuntive
- Ideata per un sottogruppo di pazienti che ha uno o più dei seguenti problemi
 - Perfezionismo clinico
 - Bassa autostima nucleare
 - Difficoltà interpersonali marcate
 - Intolleranza alle emozioni

CBT-E

Gruppi di pazienti

- Versione originale per pazienti adulti (Fairburn et al, 2008)
 - Sottopeso (IMC 15-18,5)
 - Non sottopeso (IMC 18,6 -39,9)
- Versione per pazienti adolescenti (Dalle Grave, Calugi, Sartirana 2018)
- Versione per ricovero, day-hospital e terapia ambulatoriale intensiva (Dalle Grave et al, 2012)
- Adattamenti per casi complessi con comorbidità psichiatrica e medica (Dalle Grave, Calugi, Sartirana 2019)

CBT-E ambulatoriale

Altre caratteristiche

- L'obiettivo è stabilire e mantenere lo “slancio terapeutico”
- Molto “lavoro” è eseguito tra le sedute
- Trattamento individuale (un unico terapeuta)
 - Una dietista formata nella CBT-E può essere coinvolta nel Passo Due nei pazienti sottopeso, vegetariani o con necessità dietetiche legate a comorbidità (es. morbo celiaco, malattie infiammatorie intestinali, ecc.)
- Non prevede che siano associate altre forme di trattamento

CBT-E

Principi

- La somma è più delle singole parti
- Usare procedure semplici
- Aderire al protocollo è raccomandato
- Una relazione terapeutica è necessaria ma non sufficiente

CBT-E

Ruolo del paziente

- Dà al trattamento la priorità
- Attivo durante le sedute
- Si impegna attivamente nel lavoro terapeutico tra le sedute
- Evita interruzioni nel trattamento

CBT-E

Ruolo del terapeuta

- Attivo ed empatico... capace di essere fermo quando necessario
- Lavora in modo collaborativo con il paziente
- Mantiene il paziente ingaggiato nel trattamento e nel cambiamento
- Evita le interruzioni del trattamento – slancio terapeutico
- Gestisce le complicazioni mediche o ha accesso ad altri specialisti

CBT-E

Prerequisiti dei terapeuti

- Conoscere la psicopatologia dei DA e i suoi termini
- La prospettiva transdiagnostica dei DA
- La formulazione CBT-E (concettualizzazione del caso)

N.B. I pazienti devono essere educati sugli stessi temi

- Nella CBT-E il paziente e il terapeuta arrivano a condividere una comprensione comune del DA

CBT-E

Caratteristiche del terapeuta

- Ha completato un training in CBT-E
- Ha esperienza di lavoro con pazienti con disturbi dell'alimentazione
- È a conoscenza delle complicazioni mediche dei disturbi dell'alimentazione
- La competenza del terapeuta è più importante del suo sesso
- L'aspetto del terapeuta è importante se è dello stesso sesso ed età

Ruolo dei familiari nella

Strategie generali

1. Creare un ambiente familiare ottimale
2. Aiutare il proprio figlio/a (o partner) a implementare alcune procedure del trattamento

La strategia del trattamento è di coinvolgere i familiari come **“aiutanti”** non come **“controllori”**

CBT-E

Salute fisica

- I disturbi dell'alimentazione sono associati con complicazioni fisiche a volte gravi
- Un medico competente deve “sempre” valutare ed eventualmente gestire le complicanze fisiche associate al DA

Implementare bene la CBT-E

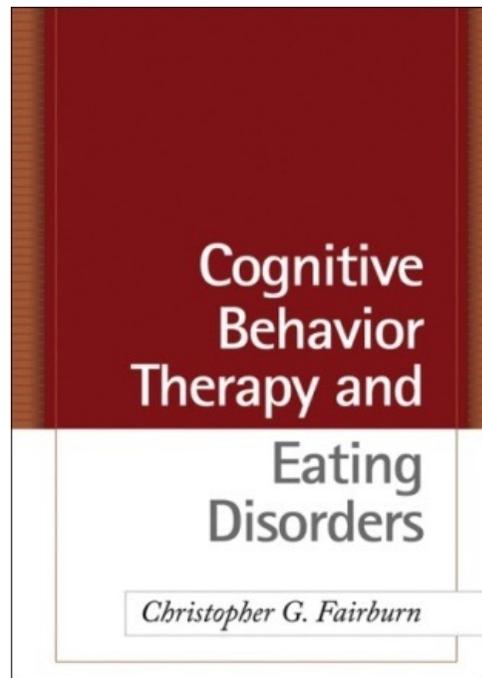
Perché imparare la CBT-E?

Perché impararla?

- È in grado di trattare la maggior parte dei pazienti
 - Affronta la psicopatologia del DA (indipendentemente dalla diagnosi DSM)
 - Di tutte le età e gradi di gravità (incluso quelli con DA grave e di lunga durata)
- Piace ai pazienti
 - Rispetta la loro necessità di sentirsi in controllo
- Buona evidenza di efficacia
- Ben descritta
 - Guide del trattamento dettagliate
 - Corsi di formazione

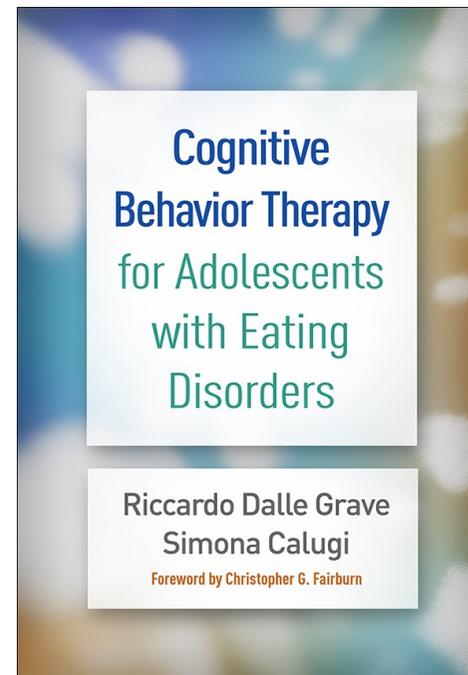
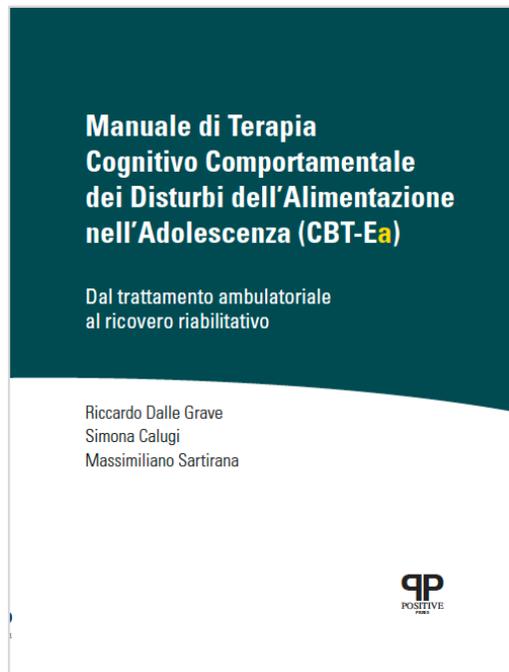
CBT-E

Il manuale originale



CBT-E

Il manuale per gli adolescenti



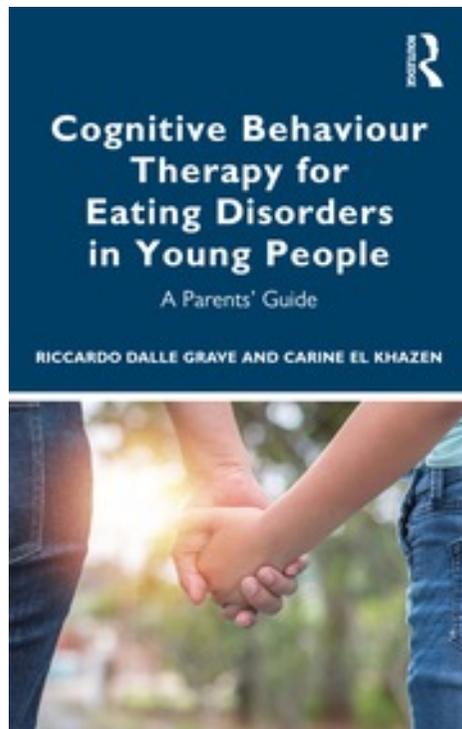
CBT-E

Il manuale per i pazienti



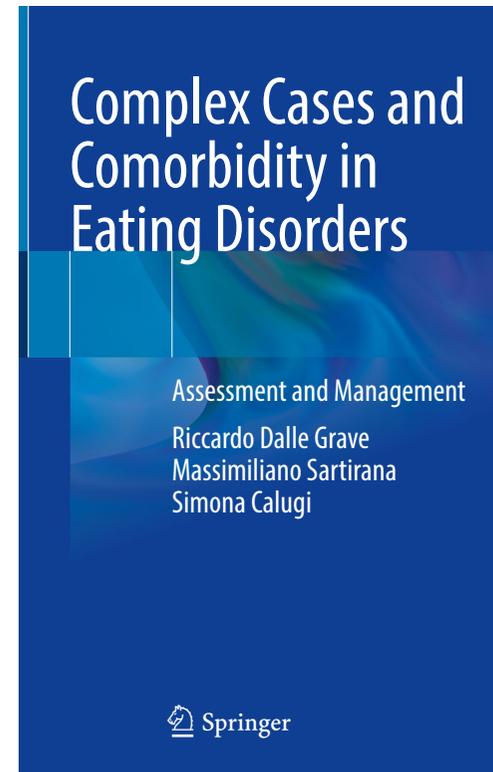
CBT-E

Il manuale per i familiari



CBT-E

Il manuale per i casi complessi



CBT-E

Video educativi per familiari e pazienti



CBT-E
Informazioni
per i familiari



Dr. Riccardo Dalle Grave
Medico, Psicoterapeuta, Specialista in Scienza dell'Alimentazione ed Endocrinologia
Direttore Scientifico AIDAP
Fellow dell'Academy for Eating Disorders
Responsabile dell'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda e del centro ADA di Verona
Membro del CBT-E training group



Dr.ssa Simona Calugi
Psicologa, Psicoterapeuta
Dottore di ricerca
Presidente AIDAP
Responsabile della ricerca clinica della Casa di Cura Villa Garda e del centro ABO di Empoli e Firenze
Membro del CBT-E training group





Password
videofamiliarida

Master terapia e prevenzione dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità

<https://www.positivepress.net>

24^a EDIZIONE - ONLINE

MASTER

TERAPIA E PREVENZIONE
DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE
E DELL'OBESITÀ

VERONA, SETTEMBRE 2022 - DICEMBRE 2023

Per il conseguimento del
Advanced Certificate in CBT-ED
Advanced Certificate in CBT-OB



24 edizioni

Più di 500 terapeuti formati

Obiettivi

Fornire le **conoscenze** e le **abilità** per implementare il paziente in un setting clinico un trattamento evidence-based

Moduli

1. CBT-E dei disturbi dell'alimentazione
2. CBT-OB dell'obesità

Web-centered training

<https://www.cbte.co>

CBT-E

Enhanced Cognitive Behaviour Therapy

WHAT IS CBT-E? ▾

SELF-HELP PROGRAMMES ▾

ABOUT US ▾

FOR THE PUBLIC ▾

FOR PROFESSIONALS ▾

PUBLICATIONS ▾

NEWS AND EVENTS

Training, Supervision and Competence

Sito CBT-E

www.cbte.co

WHAT IS CBT-E? ▾ SELF-HELP PROGRAMMES ▾ ABOUT US ▾ FOR THE PUBLIC ▾ FOR PROFESSIONALS ▾ PUBLICATIONS ▾ NEWS AND EVENTS

CBT-E
An evidence-based treatment for all forms of eating disorder

READ MORE

THE PURPOSE OF THIS WEBSITE

This is the official news website of CBT-E and it is intended to provide updated information about CBT-E to the public, people with eating disorders, therapists and health care professionals

READ MORE

- Per il grande pubblico
- Per i terapeuti
- Per i pazienti

CBT-E Website Editors



RICCARDO DALLE GRAVE

Director, Department of Eating and Weight Disorders, Villa Garda Hospital, Garda (Vr) Italy



REBECCA MURPHY

Co-Director, The Centre for Research on Eating Disorders at Oxford (CREDO)

Supervisione sulla CBT-E

www.cbte.co

- Per aiutare a implementare bene la CBT-E nei servizi clinici

CBT-E Training Group



KRISTIN BOHN

HCPC registered and BPS Chartered
Clinical Psychologist



SIMONA CALUGI

Clinical research director, Department of
Eating and Weight Disorders, Villa Garda
Hospital



ZAFRA COOPER

Professor of Psychiatry, Yale Medical
School, Yale University



RICCARDO DALLE GRAVE

Director, Department of Eating and Weight
Disorders, Villa Garda Hospital. Garda (Vr)
Italy



CHRISTOPHER FAIRBURN

Emeritus Professor of Psychiatry,
University of Oxford



REBECCA MURPHY

Co-Director, The Centre for Research on
Eating Disorders at Oxford (CREDO)



MASSIMILIANO SARTIRANA

Clinical Director, Associazione Disturbi
Alimentari (ADA), Verona



SUZANNE STRAEBLER

Director, Center for Eating Disorders
Partial Hospital Program, NY-Presbyterian/
Weill Cornell Medicine

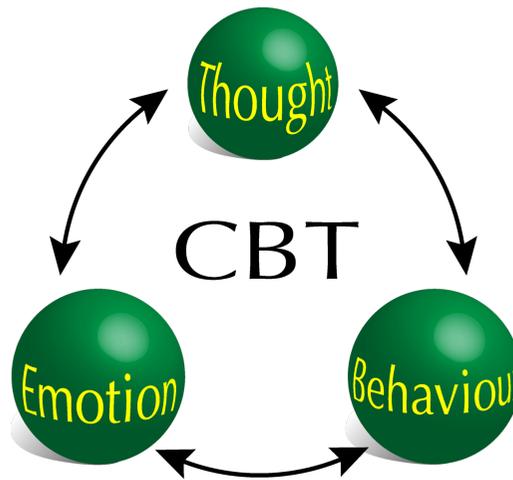
Implementare bene la CBT-E

Imparare la CBT-E

- La CBT-E non è difficile da imparare... ma va presa seriamente
- Imparare e implementare la CBT-E è un “lavoro in corso” e continuare a fare pratica è essenziale
- Bisogna seguire alcuni casi per diventare familiari con il trattamento
- È utile impararla con altri colleghi in modo da poter beneficiare della loro esperienza
- Quando si impara la CBT-E è consigliabile seguire scrupolosamente il protocollo e non deviare da esso (anche se si hanno delle riserve)
- Nella nostra esperienza si raggiunge il momento di massima competenza due o tre anni dopo aver iniziato a implementare il trattamento

Conoscere la CBT in generale è sufficiente?

- Essere esperti nella CBT in generale non qualifica a implementare in modo ottimale la CBT-E
- È come se un ortopedico fosse automaticamente qualificato a eseguire una nuova procedura ortopedica chirurgica



Implementare bene la CBT-E

Imparare la CBT-E

- La CBT-E non è difficile da imparare... ma va presa seriamente
- Imparare e implementare la CBT-E è un “lavoro in corso” e continuare a fare pratica è essenziale
- Bisogna seguire alcuni casi per diventare familiari con il trattamento
- È utile impararla con altri colleghi in modo da poter beneficiare della loro esperienza
- Quando si impara la CBT-E è consigliabile seguire scrupolosamente il protocollo e non deviare da esso (anche se si hanno delle riserve)

Implementare bene la CBT-E

Il rischio della deriva terapeutica

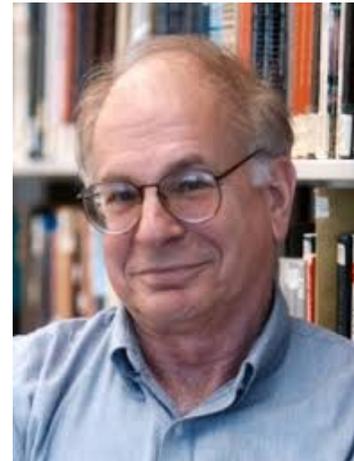
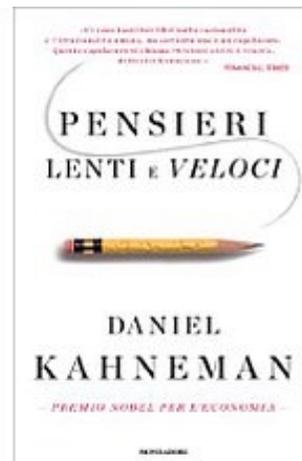
- Nella nostra esperienza si raggiunge il momento di massima competenza due o tre anni dopo aver iniziato a implementare il trattamento
- L'esperienza è utile, ma può essere pericolosa. **Rischio della “deriva terapeutica”** (Waller, 2009)
 - **Dimenticare aspetti del protocollo**
 - **Evitare aspetti del protocollo**
 - **Elaborare un proprio piano di miglioramento**
- L'età e la lunga durata dell'esperienza sono associati a una scarsa aderenza alla pratica evidence-based (Waller et al., 2012)



Implementare bene i trattamenti psicologici

Il rischio della deriva terapeutica

- *Siamo tutti pronti a dare rapidi giudizi basati sull'esperienza e questi sono spesso influenzati da bias (Kahenman, 2014)*



Psicologo israeliano, professore di psicologia a Princeton e vincitore del Premio Nobel per l'economia nel 2002 "per avere integrato i risultati della ricerca psicologica nella scienza economica, specialmente in merito al giudizio umano e alla teoria delle decisioni in condizioni d'incertezza"

Implementare bene la CBT-E

Il miglior terapeuta

- Il miglior terapeuta prende il lavoro seriamente e continua a farlo anche dopo molti anni di esperienza
- Caratteristiche in comune
 - Ha la guida del trattamento
 - È orgoglioso di implementare il trattamento bene e di aiutare gli altri a fare lo stesso
 - Raramente devia dal protocollo
 - Tratta ogni caso come una nuova sfida
 - Considera ogni training un'opportunità
 - Si tiene aggiornato sugli sviluppi rilevanti

Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione nell'Adolescenza (CBT-Ea)

CBT-Ea

Argomenti

1. CBT-Ea: una visione d'insieme
2. Differenze tra FBT e CBT-Ea
3. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-Ea
4. Influenze sulla politica sanitaria
5. La fase di valutazione e preparazione
6. I tre passi del trattamento

CBT-Ea

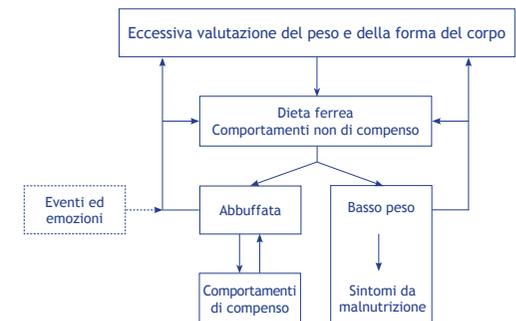
Argomenti

1. CBT-Ea: una visione d'insieme
2. Differenze tra FBT e CBT-Ea
3. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-Ea
4. Influenze sulla politica sanitaria
5. La fase di valutazione e preparazione
6. I tre passi del trattamento

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 e il centro ADA di Verona, in collaborazione con il prof. Christopher Fairburn dell'Università d Oxford



CBT-Ea: una visione d'insieme

Razionale per usare la CBT-E negli adolescenti

- Non è complessa da comprendere e da ricevere
- Adotta un **approccio flessibile e personalizzato** 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.
- Gli adolescenti con DA hanno **la stessa psicopatologia specifica** degli adulti

Disturbi dell'alimentazione negli adolescenti

Caratteristiche condivise con i pazienti adulti

- Hanno la stessa psicopatologia del DA
 - eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo
 - vomito autoindotto
 - uso improprio di lassativi
 - abbuffate
 - esercizio fisico eccessivo
- Queste caratteristiche possono essere affrontate dalla CBT-E

The distribution of eating disorder diagnosis among consecutive patients with eating disorders attending an Italian outpatient CBT-E clinical service from 2016 to 2018

Diagnosis	Adults		Adolescents	
	N	%	N	%
Anorexia Nervosa	126	62.4	81	60.0
Bulimia Nervosa	35	17.3	12	8.9
Binge-Eating Disorder	11	5.4	7	5.2
Avoidant restrictive food intake disorder	9	3.3	7	5.2
Other Specified Eating Disorders				
Atypical Anorexia Nervosa	7	2.6	16	11.9
Bulimia nervosa (of low frequency and/or limited duration)	2	1.0	0	0
Binge-Eating Disorder (of low frequency and/or limited duration)	1	0.5	0	0
Purging Disorder	1	0.5	0	0
Night Eating Syndrome	1	0.5	0	0
Unspecified Eating Disorders	9	4.5	12	8.9

Disturbi dell'alimentazione negli adolescenti

Caratteristiche distintive

- **La maggior parte degli adolescenti è molto preoccupata di temi riguardanti il controllo e l'autonomia**
 - Questo non è un problema dal momento che la CBT-E è stata ideata per aumentare il senso di controllo e di autonomia. La CBT-E è un trattamento collaborativo in cui il terapeuta e il paziente lavorano assieme per superare il problema alimentare
- **Molti adolescenti sono estremamente ambivalenti nei confronti del trattamento**
 - Questo non è un problema perché la CBT-E è stata specificamente ideata per affrontare l'ambivalenza
- **Alcuni pazienti hanno un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo per sé**
 - Questo non è un problema dal momento che l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo può essere affrontata usando un adattamento del modulo CBT-E "Immagine corporea"
- **I pazienti più giovani necessitano di un trattamento che si adatti al loro sviluppo cognitivo**
 - Questo è facilmente gestito perché la CBT-E non è un trattamento complesso

Disturbi dell'alimentazione negli adolescenti

Caratteristiche distintive (cont.)

- **La salute fisica del paziente è di particolare preoccupazione** per i pazienti più giovani
 - Le complicanze mediche associate al DA tendono ad essere più gravi negli adolescenti rispetto agli adulti (i loro organi non sono ancora sviluppati completamente)
 - Osteopenia e osteoporosi
 - Arresto o ritardo della crescita
 - Pubertà ritardata o assente
 - Per tale motivo è indicato effettuare sempre un'accurata valutazione diagnostica e un monitoraggio ed è necessario adottare una soglia più bassa per indicare un trattamento più intensivo (per es. ospedalizzazione)

Disturbi dell'alimentazione negli adolescenti

Caratteristiche distintive (cont.)

- **Nella maggior parte dei casi i genitori devono essere coinvolti**
 - Ragioni legali (consenso informato)
 - Possono contribuire a mantenere il DA
 - Possono creare un ambiente che facilita il cambiamento
- Questo richiede la modificazione della CBT-E

CBT-Ea: una visione d'insieme

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 : una visione d'insieme

Non adotta mai procedure “prescrittive” o “coercitive”

- **Non chiede 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 : una visione d'insieme

Strategie generali

- Adozione di una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali... ma **si favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per ottenere dei cambiamenti cognitivi**
 - Per ottenere un cambiamento cognitivo i pazienti sono spinti a fare cambiamenti comportamentali gradualmente 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 : una visione d'insieme

Formato

- **Durata del trattamento**
 - 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 Map



Manuali sulla CBT-Ea



CBT-Ea

Argomenti

1. CBT-Ea: una visione d'insieme
2. Differenze tra FBT e CBT-Ea
3. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-Ea
4. Influenze sulla politica sanitaria
5. La fase di valutazione e preparazione
6. I tre passi del trattamento

REVIEW

Open Access

A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders



Riccardo Dalle Grave^{1*} , Sarah Eckhardt², Simona Calugi¹ and Daniel Le Grange^{3,4}

Principali differenze tra FBT e CBT-Ea

	FBT	CBT-Ea
Concettualizzazione del disturbo dell'alimentazione	<ul style="list-style-type: none"> • Il problema appartiene all'intera famiglia • La malattia è separata dal paziente (esternalizzazione) 	<ul style="list-style-type: none"> • Il problema appartiene all'individuo • Non separa la malattia dal paziente
Coinvolgimento dell'adolescenti	<ul style="list-style-type: none"> • Non coinvolto attivamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolto attivamente
Coinvolgimento genitori	<ul style="list-style-type: none"> • Vitale 	<ul style="list-style-type: none"> • Utile ma non essenziale
Equipe di trattamento	<ul style="list-style-type: none"> • Multidisciplinare 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta singolo
Sedute (n)	<ul style="list-style-type: none"> • 18 sedute familiari • Sedute con il team di consulenza (pediatra, infermiere) • Ospedalizzazione ~ 15% 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 sedute individuali (pazienti non sottopeso) • 30-40 sedute individuali (pazienti sottopeso)

Dalle Grave, R., Eckhardt, S., Calugi, S., & Le Grange, D. (2019). *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 42. doi:10.1186/s40337-019-0275-x

Similitudini tra FBT e CBT-Ea

- Non sono fatte ipotesi sulle potenziali origini dei DA
- Entrambi i trattamenti hanno l'obiettivo di normalizzare il peso del paziente
- Entrambi i trattamenti includono la misurazione del peso ad ogni seduta
- Potenziale meccanismo d'azione comune dei due trattamenti
 - esposizione (e abituazione) al cibo temuto e al suo consumo
- Entrambi riducono indirettamente l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo
 - CBT-Ea aiuta il paziente a migliorare l'importanza di altri domini della vita (ad es., scuola, vita sociale, hobby, ecc.),
 - FBT aiuta l'adolescente a sviluppare una maggiore autonomia personale

CBT-Ea

Argomenti

1. CBT-Ea: una visione d'insieme
2. Differenze tra FBT e CBT-Ea
3. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-Ea
4. Influenze sulla politica sanitaria
5. La fase di valutazione e preparazione
6. I tre passi del trattamento

Villa Garda effectiveness studies

Outpatient AN adolescents

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.

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*, 52(9), 1042-1046

Outpatient not underweight adolescents

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.

Outpatient AN adults vs adolescents

Calugi, S., Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Fairburn, C. G. (2015). Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3, 21

Inpatient AN

Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 390-398.

Inpatient AN adults vs adolescents

Dalle Grave, R., Conti, M., & Calugi, S. (2020). Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1428-1438

Enhanced Cognitive-Behavior Therapy and Family-Based Treatment for adolescents with an eating disorder: A non-randomized effectiveness trial

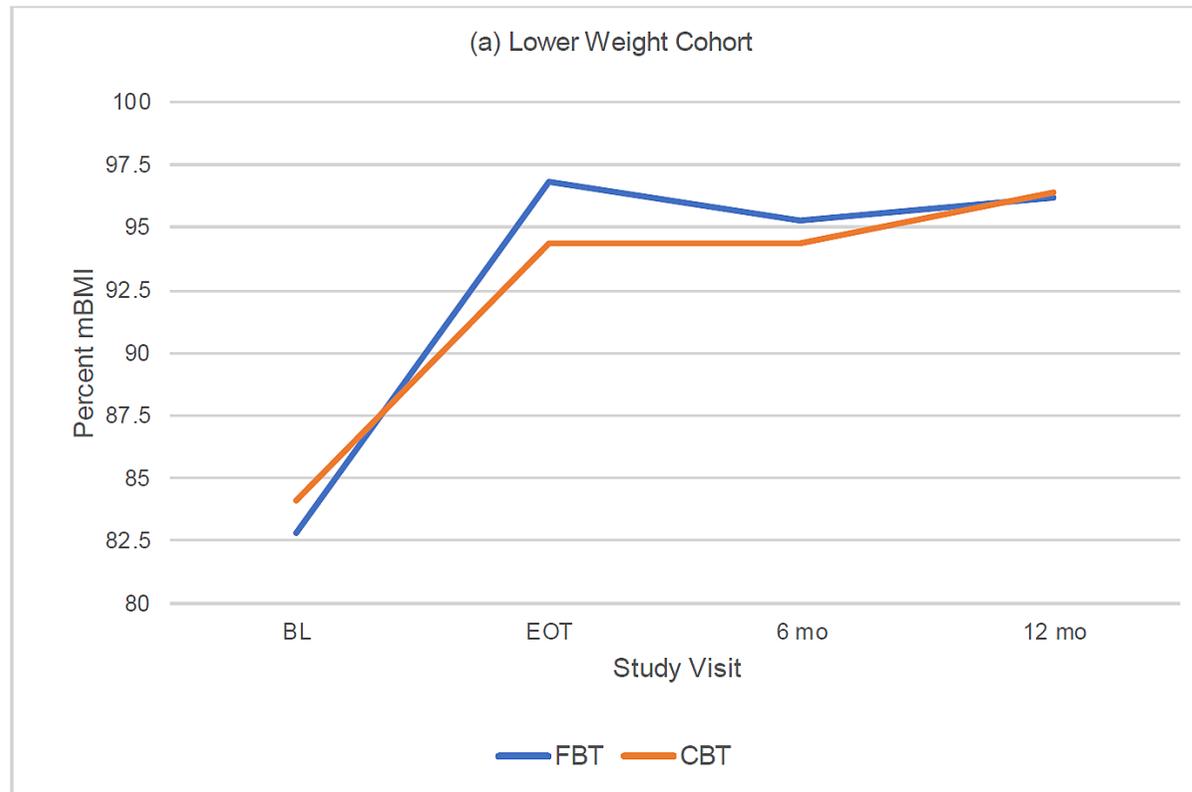
Le Grange D, Eckhardt S, Dalle Grave R, Crosby RD et al. *Psychological Medicine*, 2020

	FBT (N=51)		CBT-E (N=46)		FBT vs CBT-E Lower Wt	FBT vs CBT-E Higher Wt
	Lower Wt (n=21)	Higher Wt (n=30)	Lower Wt (n=16)	Higher Wt (n=30)		
Age (M/SD)	13.62 (1.83)	13.73 (1.51)	15.88 (1.54)	15.4 (1.4)	<.001	<.001
Weight (%mBMI)	82.25 (3.97)	102.29 (12.09)	85.42 (3.50)	105.15 (11.72)	.015	.356
Duration ill (mo)	11.18 (11.92)	9.61 (6.37)	28.93 (20.57)	22.04 (23.62)	.003	.010
Previous MH Tx (%)	29	43	69	73	.017	.018
Previous Psych Hosp (%)	14	3	25	23	.342	.026
CIA	17.53 (12.41)	11.12 (9.96)	29.0 (11.45)	25.53 (12.94)	.010	<.001
CDI-2	55.43 (13.67)	56.97 (15.09)	64.5 (11.41)	66.44 (13.28)	.048	.018
BAI	15.44 (10.74)	10.81 (8.58)	19.13 (12.95)	18.86 (12.69)	0.372	0.008

Lower weight cohort (<90% median body mass index [mBMI]; 38% of participants)

Enhanced Cognitive-Behavior Therapy and Family-Based Treatment for adolescents with an eating disorder: A non-randomized effectiveness trial

Le Grange D, Eckhardt S, Dalle Grave R, Crosby RD et al. *Psychological Medicine*, 2020



Sintesi dei risultati

La CBT-E ha dimostrato di essere adatta al trattamento degli adolescenti con anoressia nervosa

- Circa il 72% completa il trattamento e il 60% ha una remissione a 12 mesi di follow-up

La CBT-E può essere utilizzata in contesti residenziali negli adolescenti

- L'85% completa il trattamento e il 62% ha una remissione a 12 mesi di follow-up

La CBT-E per gli adolescenti è efficace in setting clinici del mondo reale

CBT-Ea

Argomenti

1. CBT-Ea: una visione d'insieme
2. Differenze tra FBT e CBT-Ea
3. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-Ea
4. **Influenze sulla politica sanitaria**
5. La fase di valutazione e preparazione
6. I tre passi del trattamento

Access and Waiting Time Standard for Children and Young People with an Eating Disorder

Commissioning Guide

July 2015

Treatment should include specialised community family interventions for anorexia nervosa and specifically adapted forms of CBT for bulimia nervosa, in particular CBT-E (Fairburn, 2008). Overall, current evidence for effective treatments for children and young people with an eating disorder remains limited. However, both CBT and family interventions for adolescent bulimia nervosa have some support (Fisher et al., 2010). In addition, there is emerging evidence to suggest that a specifically adapted form of CBT may be effective in anorexia nervosa in young people (Dalle Grave et al., 2013).

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 specied feeding and eating disorders; SSCN = Specialist Supportive Clinical Management

N.B. La CBT-ED per gli adolescenti è stata sviluppata e valutata a Villa Garda in tre studi di coorte

Centri clinici che applicano la CBT-E per gli adolescenti sviluppata a Villa Garda (con la nostra supervisione)

Inghilterra



Cotswold House Oxford Inpatient & Day Unit

Usa



Children's Minnesota's Center for the Treatment of Eating Disorders

Australia



Children's Health Queensland Hospital and Health Service, South Brisbane

Italia



Centro disturbi della alimentazione
Villa del Principe, Genova

Norvegia



Department of Eating Disorders,
University Hospital, Bergen

Dubai



American Center for Psychiatry
and Neurology in Dubai



Eating Disorder Service, The Royal
Children's Hospital Melbourne



Cliniche Italiane di Psicoterapia,
Milano

CBT-Ea

Argomenti

1. CBT-Ea: una visione d'insieme
2. Differenze tra FBT e CBT-Ea
3. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-Ea
4. Influenze sulla politica sanitaria
5. La fase di valutazione e preparazione
6. I tre passi del trattamento

**VALUTAZIONE/
PREPARAZIONE**

```
graph LR; A[VALUTAZIONE/PREPARAZIONE] --> B["• L'appuntamento iniziale<br/>• Il secondo appuntamento"]
```

- L'appuntamento iniziale
- Il secondo appuntamento

Fase di valutazione e preparazione

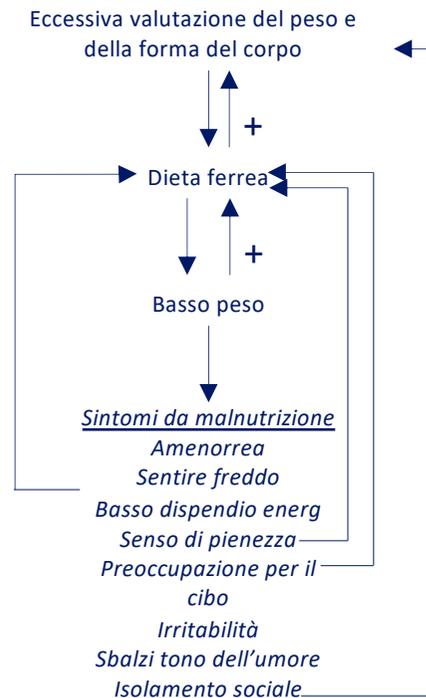
L'appuntamento iniziale

1. Vedere il paziente da solo
2. Adottare uno stile terapeutico ingaggiante
3. Valutare l'atteggiamento del paziente
4. Valutare la natura e la gravità del disturbo dell'alimentazione
5. Esplorare la natura e l'esito dei trattamenti precedenti
6. Esplorare cosa pensa il paziente del suo disturbo dell'alimentazione

Fase di valutazione e preparazione

L'appuntamento iniziale

7. Educare il paziente sul suo disturbo dell'alimentazione : disegnare una formulazione provvisoria



Valutazione di sé



Con il problema alimentare

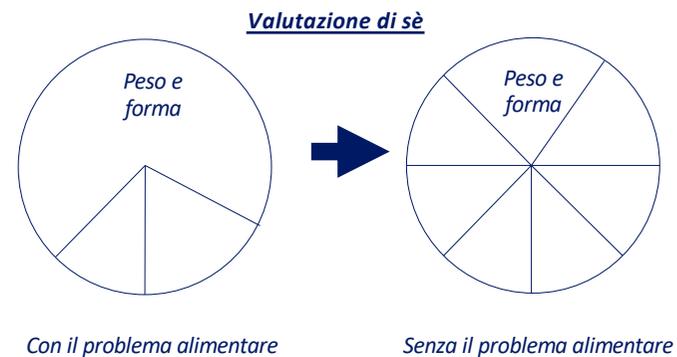
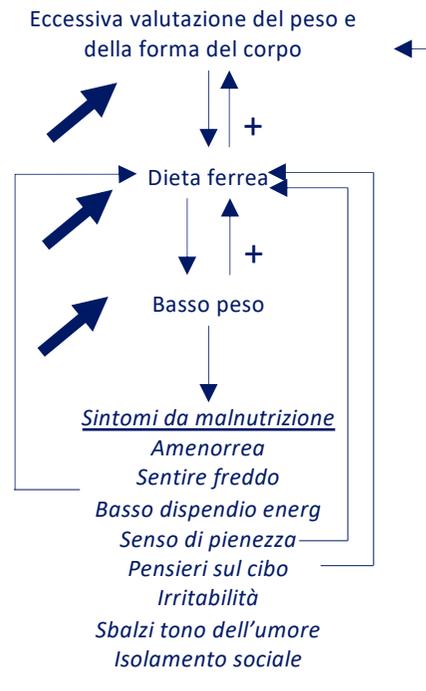


Senza il problema alimentare

Fase di valutazione e preparazione

L'appuntamento iniziale

8. Spiegare la natura della CBT-Ea: facendo riferimento alla formulazione



Fase di valutazione e preparazione

L'appuntamento iniziale

1. Vedere il paziente da solo
2. Adottare uno stile terapeutico ingaggiante
3. Valutare l'atteggiamento del paziente
4. Valutare la natura e la gravità del disturbo dell'alimentazione
5. Esplorare la natura e l'esito dei trattamenti precedenti
6. Esplorare cosa pensa il paziente del suo disturbo dell'alimentazione
7. Educare il paziente sul suo disturbo dell'alimentazione
8. Spiegare la natura della CBT-Ea
9. Concordare i compiti a casa per la seconda seduta della Fase di Valutazione e Preparazione
10. Coinvolgere i genitori

Fase di valutazione e preparazione

L'appuntamento iniziale

Concordare i compiti a casa per la seconda seduta della Fase di Valutazione e Preparazione

- Chiedere al paziente se è disponibile a
 - Leggere un opuscolo informativo sulla CBT-Ea
 - Scrivere in un foglio i pro e i contro di iniziare il trattamento e una lista di domande da fare al terapeuta nella seduta successiva.

Fase di valutazione e preparazione

Il secondo appuntamento

- Rivedere i pro e i contro di iniziare il trattamento rafforzando il suo interesse per il cambiamento e affrontando le sue eventuali domande
 - Gli aspetti positivi del disturbo dell'alimentazione sono transitori e sempre associati a una grave compromissione della qualità della vita
- Trattamento come un nuovo inizio
- Nei pazienti ambivalenti
 - Fare il grande passo
 - Trattamento come esperimento
- Stressare l'importanza di "iniziare bene"
- Coinvolgere i genitori

CBT-Ea

Argomenti

1. CBT-Ea: una visione d'insieme
2. Differenze tra FBT e CBT-Ea
3. Studi che hanno valutato l'effectiveness della CBT-Ea
4. Influenze sulla politica sanitaria
5. La fase di valutazione e preparazione
6. I tre passi del trattamento

PASSO UNO
INIZIARE BENE E
DECIDERE DI CAMBIARE

- Ingaggiare il paziente nel trattamento e nel cambiamento
- Stabilire il monitoraggio in tempo reale
- Stabilire la misurazione collaborativa del peso in seduta
- Educare in modo personalizzato il paziente
- Creare la Formulazione Personalizzata
- Stabilire modalità di alimentazione regolare
- Pensare al recupero del peso (nei pazienti sottopeso)
- Coinvolgere i genitori nel trattamento

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Obiettivi

1. Coinvolgere i pazienti nel trattamento e nel cambiamento
2. Aumentare la comprensione del disturbo dell'alimentazione
3. Ridurre le preoccupazioni per il peso e l'alimentazione
4. Avviare l'alimentazione regolare
5. Decidere di cambiare (nei pazienti sottopeso include anche il decidere di affrontare il recupero del peso)

2 sedute la settimana

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

SETTIMANA	1		2		3		4	
SEDUTA	0	1	2	3	4	5	6	7
VALUTAZIONE	✓							
CREARE LA FORMULZIONE	✓	✓						
MONITORAGGIO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MISURAZIONE DEL PESO		✓		✓		✓		✓
PSICOEDUCAZIONE			✓	✓	✓	✓		
ALIMENTAZIONE REGOLARE			✓	✓	✓	✓	✓	✓
DECIDERE DI AFFRONTARE IL RECUPERO DEL PESO*				✓	✓	✓	✓	✓
GENITORI		✓**	✓		✓			✓

*Procedura eseguita solo nei pazienti sottopeso

** Seduta solo con i genitori tra la Seduta Zero e la Seduta Uno del paziente

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Ingaggiare il paziente nel trattamento e nel cambiamento

- Incoraggiare il paziente ad assumere la “proprietà” del trattamento e ad essere attivo nel tentativo di cambiare

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Valutare la natura e la gravità della psicopatologia presente

Focalizzata sul trattamento – per costruire la Formulazione Personalizzata

- Stato attuale del disturbo dell'alimentazione ultime quattro settimane (28 giorni) -
- Esordio ed evoluzione del disturbo
- Trattamenti precedenti
- Storia personale
- Circostanze di vita attuali
- Comorbilità
- Salute fisica
- Altro

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Creare la Formulazione Personalizzata Iniziale

- Rappresentazione visiva (un diagramma) dei processi che sembrano mantenere il disturbo dell'alimentazione de paziente
- Aiuta a ingaggiare il paziente, genera un senso di comprensione e controllo, evitare termini tecnici
- Va disegnata lentamente passo dopo passo, scrivendola in modo leggibile su un foglio di carta posto tra terapeuta e paziente
- Dovrebbe includere solo le caratteristiche del DA che sembrano aver operato negli ultimi 28 giorni
- Iniziare da qualcosa che il paziente vuole cambiare (es. non avere amici, sentire freddo, abbuffate)

Basso peso

Basso peso



Sintomi da malnutrizione

Amenorrea

Sensazione di pienezza

Sentire freddo

Pensieri sul cibo

Irritabilità

Sbalzi del tono dell'umore

Isolamento sociale

Perdita di interessi

Dieta ferrea
Esercizio fisico eccessivo



Basso peso



Sintomi da malnutrizione

Amenorrea

Sensazione di pienezza

Sentire freddo

Pensieri sul cibo

Irritabilità

Sbalzi del tono dell'umore

Isolamento sociale

Perdita di interessi

**Eccessiva valutazione del peso, della forma
del corpo e/o del controllo dell'alimentazione**



**Dieta ferrea
Esercizio fisico eccessivo**



Basso peso



Sintomi da malnutrizione

- Amenorrea
- Sensazione di pienezza
- Sentire freddo
- Pensieri sul cibo
- Irritabilità
- Sbalzi del tono dell'umore
- Isolamento sociale
- Perdita di interessi

**Eccessiva valutazione del peso, della forma
del corpo e/o del controllo dell'alimentazione**



Dieta ferrea
Esercizio fisico eccessivo



Basso peso



Sintomi da malnutrizione

Amenorrea

Sensazione di pienezza

Sentire freddo

Pensieri sul cibo

Irritabilità

Sbalzi del tono dell'umore

Isolamento sociale

Perdita di interessi



Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e/o del controllo dell'alimentazione



Dieta ferrea
Esercizio fisico eccessivo



Basso peso



Sintomi da malnutrizione

Amenorrea

Sensazione di pienezza

Sentire freddo

Pensieri sul cibo

Irritabilità

Sbalzi del tono dell'umore

Isolamento sociale

Perdita di interessi



Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e/o del controllo dell'alimentazione





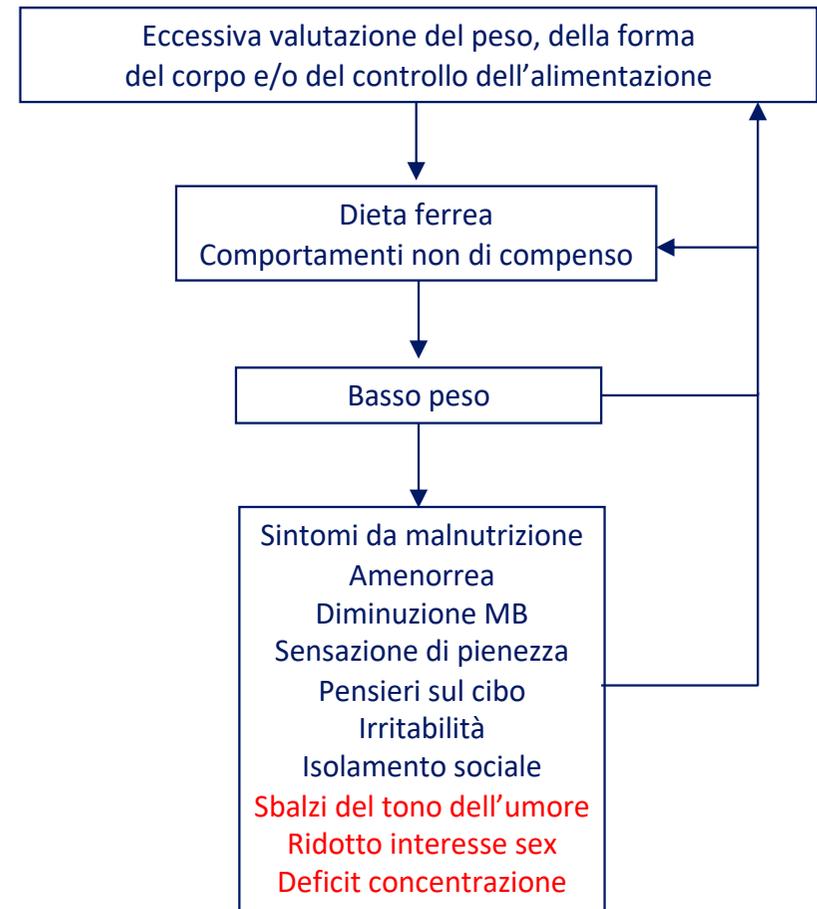
Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e/o del controllo dell'alimentazione



Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Creare la Formulazione Personalizzata Iniziale

- Al paziente sottopeso va chiesto di leggere gli effetti dell'essere sottopeso (il **Minnesota Study**) e di aggiungere i sintomi non presenti prima della perdita di peso che non sono stati inclusi nella formulazione



Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Creare la Formulazione Personalizzata Iniziale

Aiutare il paziente a pensare alle implicazioni

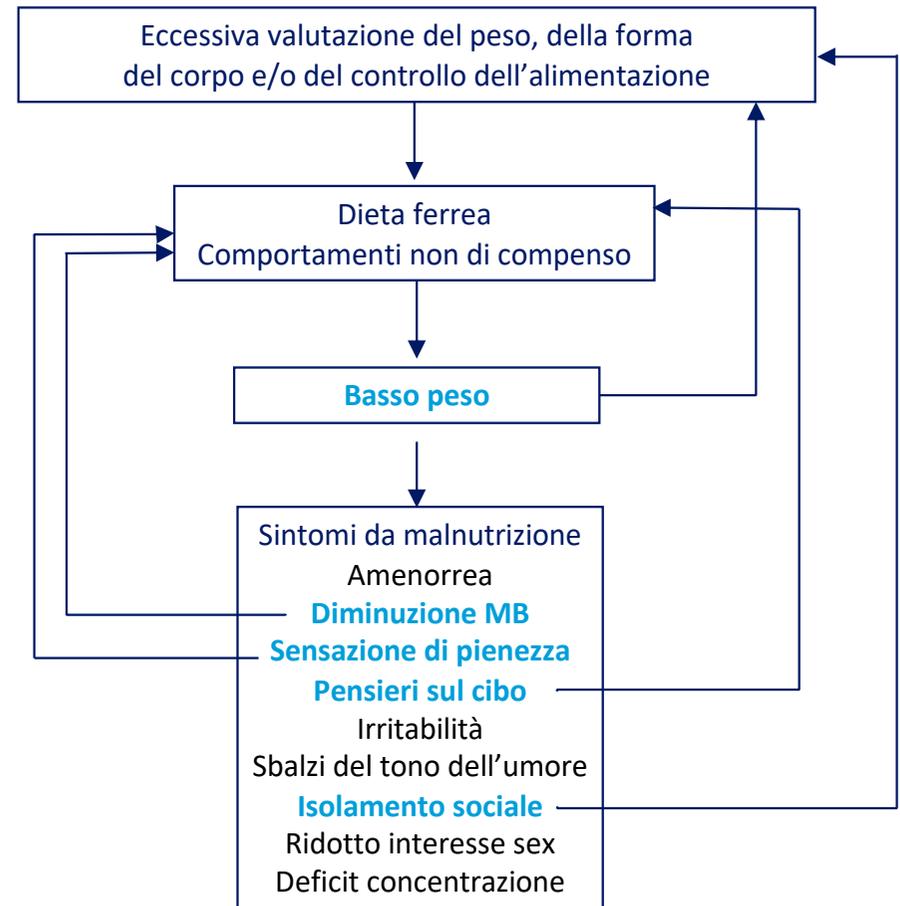
- **Molte cose fisiche che sta sperimentando (es. sentire freddo, dormire male) sono la conseguenza dell'essere sottopeso**
 - Reversibili con il recupero del peso
- **Alcune delle sue caratteristiche psicologiche attuali sono anch'esse la conseguenza dell'essere sottopeso (es. tono dell'umore deflesso, irritabilità, ossessività, indifferenza sociale)**
 - Non sono indicative della loro vera personalità
 - La loro vera personalità uscirà fuori solo quando recupereranno sufficiente peso per fuggire dagli effetti del digiuno
- **Alcune conseguenze del sottopeso sono pericolose per la salute**
 - Danni cardiovascolari
 - Danni ossei

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Creare la Formulazione Personalizzata Iniziale

Aiutare il paziente a pensare alle implicazioni

- **Alcuni effetti del sottopeso mantengono il DA**
 - Favoriscono l'aumento del controllo dell'alimentazione
 - Diminuzione del metabolismo basale
 - Aumento della preoccupazione per il cibo
 - Isolamento sociale



Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Seduta solo con i genitori

Obiettivo

- Creare un ambiente familiare ottimale per facilitare il tentativo della paziente di cambiare

Forma

- 50 minuti solo con i genitori

N.B. Il contenuto e le motivazioni di questa seduta vanno attentamente spiegate al paziente in anticipo, in modo da non compromettere la fiducia che ha cominciato a costruire con il terapeuta.

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Seduta solo con i genitori

Contenuti

- Valutare l'ambiente familiare
- Informare sui disturbi dell'alimentazione e sul ruolo dei genitori nel trattamento
- Ridurre gli stimoli che aumentano la preoccupazione per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione
- Creare un ambiente familiare ottimale
- Valutare e affrontare gli ostacoli genitoriali al cambiamento
 - Ostacoli logistici e lavorativi
 - Ostacoli culturali
 - Disaccordo sul trattamento proposto
 - Disaccordo tra i genitori sulla necessità del trattamento
 - Genitori con depressione clinica, altri disturbi mentali o non disponibili a fornire aiuto

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Stabilire il monitoraggio in tempo reale

- I giovani pazienti sono in grado di usare il monitoraggio in tempo reale
- Possono usare le scheda come un diario personale (defocalizzano l'attenzione dai meccanismi di mantenimento chiave)
- È facile che chiedano sull'uso delle apps (sono come un diario alimentare e non permettono una visione d'insieme)

Data 17 ottobre Giorno giovedì

Ora	Alimento e bevanda consumati	Luogo	*	V/L/E	Commenti
8:00	1 tazza di latte scremato 1 caffè senza zucchero 1 cucchiaino di zucchero	Cucina			Peso 54 kg. Mi sono guardata allo specchio le gambe e la pancia per 10 minuti: che schifo sono enorme. Devo saltare il pranzo e mangiare un'insalata a cena.
11:00	1 tè senza zucchero	Scuola			Sono in controllo.
13:00	1 tè senza zucchero	Cucina			Non ho pranzato: bene :-)
16:00	1 mela	Cucina			Non dovevo mangiarla ma avevo troppa fame.
17:00					Ho litigato con Gianni, non mi capisce :-
17:30	20 cioccolatini 3 gelati 1 pacchetto di patatine 1 pacchetto di noccioline	In piedi in Cucina	* * * *	V	Ho perso il controllo, faccio schifo, non ho forza di volontà.
20:00	1 insalata scondita 1 cracker	Cucina			Come avevo pianificato.
22:00	1 pacchetto intero di biscotti 1 lattina di coca cola light 1 stecca di cioccolata		* *	V	Ho perso nuovamente il controllo, sono esausta, vado a letto. Domani digiunerò tutto il giorno.

Nella seduta 1 rinforzare l'uso accurato del monitoraggio focalizzandosi sul processo di compilazione. Nelle sedute successive focalizzarsi soprattutto sui contenuti evidenziando i meccanismi di mantenimento e facendo riferimento alla Formulazione Personalizzata

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Stabilire la misurazione collaborativa del peso in seduta

Obiettivi

- Corregge convinzioni errate
- Affronta sia le misurazioni eccessive del peso sia l'evitamento della misurazione
- Fornisce ai pazienti informazioni affidabili sul loro peso
- Aiuta i pazienti a interpretare le cifre della bilancia
- Riduce le preoccupazioni per il peso

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Stabilire la misurazione collaborativa del peso in seduta

Informazioni sul peso

- Percentili di BMI
- Soglia minima: percentile di BMI che corrisponde a un BMI 19,0 negli adulti (e.g. in Italia è circa il 25th percentile)

Informazioni sulle modificazioni del peso

- Il peso corporeo è influenzato dalla genetica: difficile modificarlo a lungo termine
- Il 60% del peso è acqua (fluttuazioni di 3 kg)

Effetti del trattamento sul peso

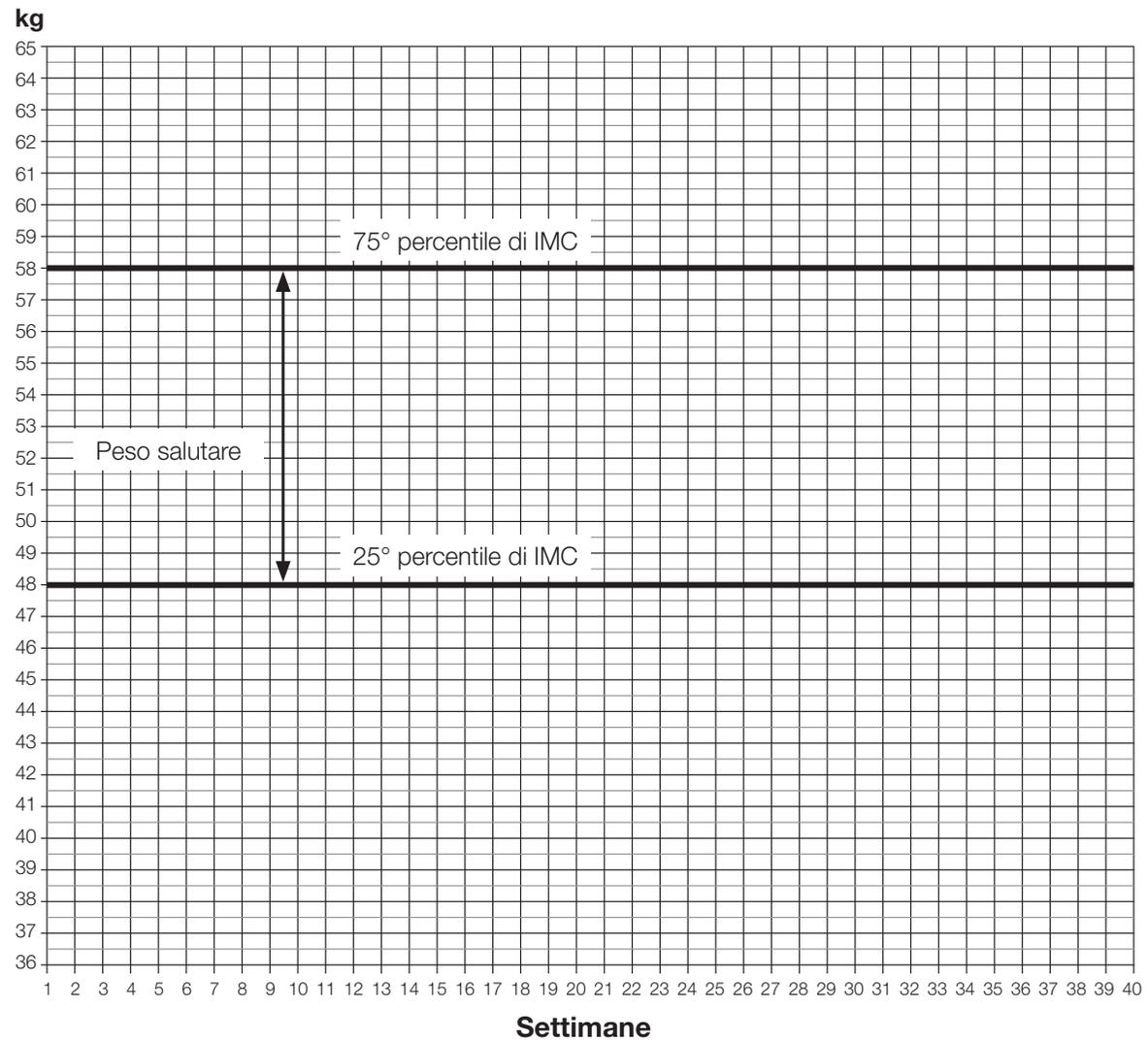
- L'obiettivo è liberare il paziente dalla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e dai suoi effetti avversi (es. percentile di BMI > 25th)

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

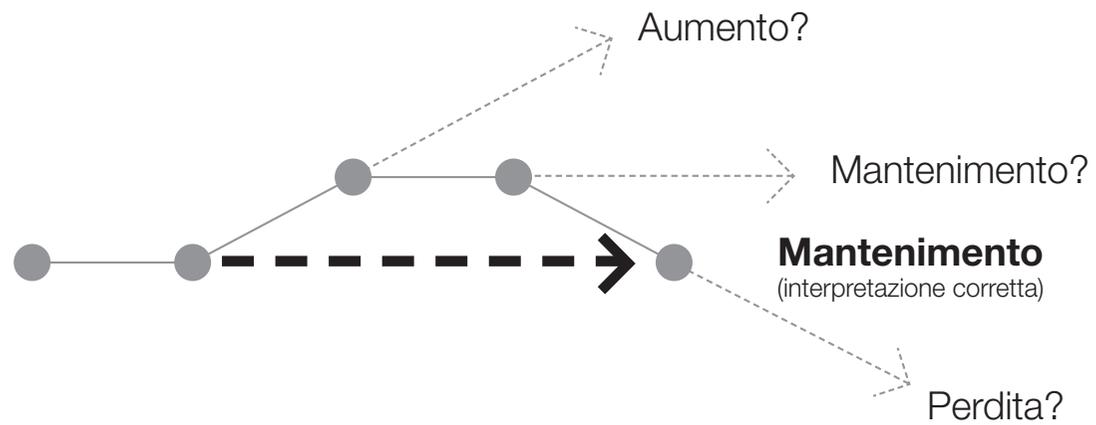
Stabilire la misurazione collaborativa del peso in seduta

Procedura

- Il paziente smette di pesarsi a casa (se possibile)
- Il paziente viene pesato ogni settimana (dal terapeuta) all'inizio della seduta
 - Il peso viene detto ad alta voce
- Il terapeuta e il paziente segnano l'ultima lettura del peso e la inseriscono nel grafico corrispondente
- Ogni settimana il terapeuta e il paziente interpretano insieme l'andamento
 - Sottolineare che per rilevare i cambiamenti di peso è necessario esaminare gli andamenti nel tempo (minimo quattro pesate nelle ultime 4 settimane)
 - Il terapeuta sottolinea: ***“Non si possono interpretare le singole pesate”***



Come interpretare l'andamento del peso



Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Eating Problem Check List (EPCL)

Eating Problem Check List (EPCL)

Istruzioni. Le seguenti domande riguardano gli ultimi 7 giorni. È pregato di rispondere a tutte le domande. Grazie

Quante volte nell'ULTIMA SETTIMANA (7 giorni)

	N° episodi				
Ho avuto abbuffate oggettive (sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione associata all'assunzione di una grande quantità di cibo)?					
Ho avuto abbuffate soggettive (sensazione di perdita di controllo sull'alimentazione non associata all'assunzione di una grande quantità di cibo)?					
Mi sono provocato/a il vomito per controllare il peso e/o la forma del corpo?					
Ho assunto lassativi per controllare il peso e/o la forma del corpo?					
Ho assunto diuretici per controllare il peso e/o la forma del corpo?					
Ho fatto esercizio in modo eccessivo per controllare il peso e/o la forma del corpo?					
Quante volte mi sono pesato?					
	0 mai	1 raramente	2 qualche volta	3 spesso	4 sempre
Ho cercato di evitare di mangiare dei cibi per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione?					
Ho cercato di ridurre la quantità di cibo per controllare il peso e/o la forma del corpo e/o l'alimentazione?					
Ho avuto comportamenti di check dell'alimentazione (es. contare le calorie, pesare ripetutamente il cibo, guardare le etichette degli alimenti)?					
Ho avuto comportamenti di check della forma del corpo (es. guardarsi allo specchio, misurare parti del corpo, guardare il corpo degli altri)?					
Ho evitato di esporre il corpo (es. evitare di pesarsi, indossare abiti che nascondono il corpo, evitare di guardarsi)?					
Mi sono sentito/a grasso/a?					
Mi sono preoccupato/a per il peso?					
Mi sono preoccupato/a per la forma del corpo?					
Mi sono preoccupato per il controllo dell'alimentazione?					

Scheda Riassuntiva dell'Andamento del Trattamento di

Settimane	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Peso (kg)																					
Abbuffate oggettive ¹																					
Abbuffate soggettive ¹																					
Vomito ¹																					
Lassativi ¹																					
Diuretici ¹																					
Esercizio eccessivo ¹																					
Misurazione peso ¹																					
Evitamento cibi ²																					
Riduzione quantità cibo ²																					
Check alimentazione ²																					
Check forma del corpo ²																					
Evitamento esposizione corpo ²																					
Sentirsi grasso/a ²																					
Preoccupazione peso ²																					
Preoccupazione forma del corpo ²																					
Preoccupazione alimentazione ²																					
Giorni di cambiamento ³																					

¹ Numero episodi negli ultimi sette giorni

² 0=mai, 1 = raramente, 2=qualche volta, 3=spesso, 4=sempre

³ Un giorno di cambiamento è definitivo quando si sono applicate le strategie previste dalla fase del programma

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Educare in modo personalizzato il paziente

Informazioni generali sui disturbi dell'alimentazione

- Prevalenza
- Caratteristiche cliniche e decorso
- Prospettiva transdiagnostica

I meccanismi di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione

- Eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione
- Pensieri e preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo
- Basso Peso e sintomi da malnutrizione
- Comportamenti (episodi di abbuffata, esercizio fisico eccessivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi e diuretici, altri comportamenti non salutari di controllo del peso)
- Check ed evitamento del peso e della forma del corpo
- Sensazione di essere grassi
- Marginalizzazione di altri ambiti della vita
- Eventi ed emozioni che influenzano l'alimentazione

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Stabilire modalità di alimentazione regolare

Razionale

- La maggior parte dei pazienti non ha difficoltà ad aderirvi
- Affronta la tendenza a ritardare l'assunzione di cibo
- Riduce la frequenza degli episodi di abbuffata
- Sembra anche ridurre la sensazione di pienezza
- Produce spesso una riduzione del grado di preoccupazione per l'alimentazione
- Adozione di un pattern di alimentazione che comprende tre pasti e due/tre spuntini

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Stabilire modalità di alimentazione regolare

Procedura

- Mangiare a intervalli regolari durante il giorno (3 + 2 + 0)
 - Colazione
 - Spuntino di metà mattina
 - Pranzo
 - Spuntino di metà pomeriggio
 - Cena
 - [Spuntino dopo cena]
- Non mangiare tra gli intervalli

Scheda di Monitoraggio

Giorno Giovedì

Data 5 ottobre

Ora	Alimenti e liquidi consumati	Luogo	*	V/L/D/E	Commenti
7.00	Programma di oggi 1 tazza di cereali, latte scremato	Cucina			
10.30	1 mela	Scuola			
13.50	Insalata di tonno	Cucina			
17.00	1 arancia	Cucina			
20.00	Salmone con riso, spinaci spinaci, 1 vasetto di yogurt	Cucina			
7.10	1 tazza di cereali latte scremato	Cucina			Ok
10.30	1 mela	Scuola			
13.45	Insalata di tonno 3 grissini una manciata di mandorle	Cucina	*		Erano sul tavolo e non ho saputo resistere.
14.30	Una barretta di cioccolata	Cucina	*		Sono stanca e preoccupata. Ne avrei mangiato altro, ma ho resistito
20.15	Salmone con riso, spinaci	Cucina			Lo yogurt non mi andava, ho già mangiato abbastanza
22.00	8 biscotti ringo, 2 fette di toast con marmellata 3 yogurt, 2 pacchetti patatine, 1 brick di succo d'arancia, una lattina di coca	Cucina	*	V	Non resisto, li prendo dalla cucina e poi non mi fermo. Mi sento sola e infelice. Marco non mi capisce.

- **Va data la priorità a questo pattern di alimentazione**
- **Pianificare in anticipo**
 - I pazienti dovrebbero sempre sapere quando sarà il pasto successivo
 - Scrivere un piano per la giornata all'inizio di ogni monitoraggio
 - Se la giornata sarà imprevedibile, cercare di pianificarla il prima possibile
 - I piani possono essere cambiati per essere adattati alle circostanze
- **I pasti e le merende non dovrebbero essere saltati**
 - Non dovrebbero trascorrere più di tre/quattro ore tra uno e l'altro
- **I pazienti scelgono cosa mangiare**
 - Ma non devono mettere in atto comportamenti di compenso in seguito

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Stabilire modalità di alimentazione regolare

Coinvolgere i genitori

- Dopo averne discusso con il paziente
 - Lasciare il paziente libero di pianificare cosa e quanto mangiare, ma assicurarsi che ci sia la disponibilità del cibo e delle bevande che ha pianificato di mangiare
 - Preparare i pasti da consumare assieme al paziente seguendo l'Alimentazione Regolare
 - Incoraggiare delicatamente il paziente a sedersi a tavola nel caso sia esitante a consumare il pasto all'ora pianificata
 - Cercare di consumare la maggior parte dei pasti con il paziente
 - Evitare di convincere il paziente a mangiare più del pasto pianificato
 - Evitare di offrire del cibo (anche se di piccole quantità) al paziente, sia durante i pasti che in altri momenti della giornata

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare

Stabilire modalità di alimentazione regolare

Coinvolgere i genitori

- Dopo averne discusso con la paziente
 - Creare un'atmosfera positiva evitando discussioni sul cibo da mangiare e su argomenti che possono generare emozioni negative durante i pasti
 - Fornire supporto ed evitare qualsiasi approccio coercitivo o ricattatorio. Nelle situazioni difficili, durante i pasti, mostrare empatia nei confronti del paziente e usare frasi di supporto (per es. *“Sappiamo che seguire la procedura dell’Alimentazione Regolare è difficile, ma siamo qui per aiutarti. Cerca di mangiare quello che hai pianificato senza farti influenzare da ciò che pensi o senti”*)
 - Aiutare il paziente a praticare attività di distrazione dopo aver mangiato per gestire l’impulso ad usare comportamenti di compenso.

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare Uno

Aiutare il paziente a decidere di affrontare il cambiamento e il recupero di peso

- Dalle sedute 3 o 4 con la maggior parte dei pazienti si affronta il tema del “cambiamento” stimolato dal
 - Riflettere sulla loro vita e come essa non va bene
 - Comprendere che molti effetti dell’essere sottopeso e il fatto che li hanno e la maggior parte sono reversibili
 - Comprendere come alcuni effetti dell’essere sottopeso tendono a far persistere il loro problema alimentare
 - Cercare di aiutare i pazienti a
 - Diventare interessati a fare un “nuovo inizio” (... attualmente essi sono bloccati)
 - Diventare interessati a scoprire la loro vera personalità
 - Avere speranze sul futuro
 - Essere desiderosi di fuggire dagli effetti dell’essere sottopeso

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare Uno

Aiutare il paziente a decidere di affrontare il cambiamento e il recupero di peso

- Dalle sedute 3 o 4 con la maggior parte dei pazienti si affronta il tema del “cambiamento”(spesso sono necessarie più di 4 sedute)
- Mostrare empatia sia per le difficoltà del paziente a considerare il basso peso come un problema sia nei confronti della sua ambivalenza verso il cambiamento
- È essenziale che il terapeuta esprima che crede nella possibilità del paziente di cambiare
- La strategia è stimolare il paziente a incuriosirsi sui benefici del cambiamento e a considerare il trattamento come un'opportunità per fare un “nuovo inizio” nella sua vita.

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare Uno

Aiutare il paziente a decidere di affrontare il cambiamento e il recupero di peso

Cinque passi

- Passo 1. Valutare i pro e contro attuali del cambiamento (in una seduta)
- Passo 2. Valutare i pro e contro futuri del cambiamento (nella seduta successiva)
- Passo 3. Valutare i pro e contro complessivi
- Passo 4. Arrivare alle implicazioni del cambiamento
- Passo 5. Decidere di fare il “grande passo”.

Come mi sento ora

Ragioni per stare come sono	Ragioni per cambiare
<p><i>Mi fa sentire in controllo e speciale</i></p> <p><i>Ricevo attenzione dagli altri</i></p> <p><i>Non diventerò "grassa"</i></p> <p><i>Sono brava a farlo</i></p> <p><i>Mi fa sentire forte</i></p> <p><i>Mostra che ho forza di volontà</i></p> <p><i>E' familiare e mi fa sentire al sicuro</i></p> <p><i>Ho una scusa per molte cose</i></p> <p><i>Non ho il ciclo</i></p> <p><i>Non sono importunata dagli uomini</i></p> <p><i>Se cambio:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Non riuscirò a smettere di mangiare- Il mio peso aumenterà- La mia pancia sporgerà in fuori- Le mie cosce diventeranno più grasse <p><i>Se cambio la gente crederà che:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Sono debole e ingorda- Mi sono arresa- Sto diventando grassa	<p><i>Mi sbarazzerò degli aspetti dell'essere sottopeso:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Pensare sempre al cibo e a mangiare- Sentire così freddo- Non dormire bene- Sentirsi debole <p><i>Mi sentirò più in salute</i></p> <p><i>Sarò più in salute</i></p> <p><i>Sarò capace di pensare più chiaramente</i></p> <p><i>Avrò più tempo</i></p> <p><i>Potrò pensare ad altre cose</i></p> <p><i>Sarò meno ossessiva e più flessibile e spontanea</i></p> <p><i>La mia vita avrà un focus più ampio</i></p> <p><i>Sarò più felice e mi divertirò di più</i></p> <p><i>Sarò in grado di uscire con gli altri e stare meglio con loro</i></p> <p><i>Scoprirò chi sono davvero</i></p>

Pensare fra 1 anno

Ragioni per stare come sono	Ragioni per cambiare
<p><i>Mi fa sentire di avere il controllo e speciale</i></p> <p><i>Non diventerò "grassa"</i></p> <p><i>È familiare e mi dà senso di sicurezza</i></p> <p><i>Se cambio:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Non riuscirò a smettere di mangiare- Il mio peso aumenterà- La mia pancia sporgerà in fuori- Le mie cosce diventeranno grasse <p><i>Se cambio la gente crederà che:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Sono debole e ingorda- Mi sono arresa- Sono grassa	<p><i>Voglio avere successo professionale</i></p> <p><i>Voglio una relazione a lungo termine</i></p> <p><i>Voglio una famiglia</i></p> <p><i>Voglio essere un modello positivo per i miei figli</i></p> <p><i>Voglio andare in vacanza ed essere spontanea</i></p> <p><i>Voglio essere in salute</i></p> <p><i>Non voglio continuare ad avere gli effetti dell'essere sottopeso e qualsiasi altro effetto del disturbo dell'alimentazione (sentire freddo, pensare sempre a mangiare, ossessionarmi sulla forma corporea)</i></p> <p><i>Voglio avere un "vero" controllo alimentare</i></p> <p><i>Non voglio sprecare la mia vita</i></p> <p><i>Voglio raggiungere traguardi</i></p> <p><i>Non voglio essere cronicamente malata</i></p>

Conclusioni

Voglio stare meglio e recuperare il peso perché:

- *Non voglio più essere triste e ossessionata per il cibo*
- *Voglio essere libera*
- *Voglio essere in forma fisicamente*
- *Voglio riprendere a fare danza*
- *Voglio che i miei genitori smettano di essere tristi*
- *Voglio essere una persona solare come ero una volta*
- *Voglio finire l'anno scolastico*
- *Voglio uscire con gli amici e andare alle feste*
- *Voglio mangiare senza ansia e paura*
- *Non voglio essere stanca, avere la pelle gialla e secca*
- *Non diventerò grassa, ma raggiungerò un peso salutare*

Passo Uno - Iniziare Bene e Decidere di Cambiare Uno

Aiutare il paziente a decidere di affrontare il cambiamento e il recupero di peso

Due esiti possibili

- Il paziente decide di affrontare il problema alimentare (che include recuperare il peso)
 - La CBT-Ea continua
- o in modo inusuale il paziente decide di non affrontare il problema alimentare
 - La CBT-Ea non può continuare. “Questo trattamento è per le persone che prendono la decisione di affrontare il loro problema alimentare”

SEDUTE DI REVISIONE



```
graph LR; A[SEDUTE DI REVISIONE] --> B[• Condurre una revisione congiunta dei progressi  
• Identificare gli ostacoli emergenti al cambiamento  
• Rivedere e, se necessario, modificare la Formulazione Personalizzata iniziale  
• Decidere se utilizzare la forma estesa della CBT-Ea  
• Progettare il resto del trattamento];
```

- Condurre una revisione congiunta dei progressi
- Identificare gli ostacoli emergenti al cambiamento
- Rivedere e, se necessario, modificare la Formulazione Personalizzata iniziale
- Decidere se utilizzare la forma estesa della CBT-Ea
- Progettare il resto del trattamento

Sedute di revisione

Procedure

1. Condurre una revisione congiunta dei progressi
2. Identificare gli ostacoli emergenti al cambiamento
3. Rivedere e, se necessario, modificare la Formulazione Personalizzata iniziale
4. Decidere se utilizzare la forma estesa della CBT-Ea
5. Progettare il resto del trattamento

N.B. Nella seduta congiunta i genitori sono informati che il paziente ha deciso di affrontare il cambiamento e il recupero e che sarà eseguito un altro incontro congiunto per discutere il loro ruolo per aiutarlo durante i pasti

Revisione dell'andamento del trattamento

Elementi del trattamento	Come sta andando il trattamento		
	Non bene	Abbastanza bene	Bene
Partecipare alle sedute			
Essere in orario			
Compilare le Schede di Monitoraggio			
Fare il monitoraggio in tempo reale			
Non pesarsi a casa			
Leggere <i>Come vincere i disturbi dell'alimentazione</i>			
Fare tre pasti e due spuntini			
Non mangiare tra i pasti e gli spuntini			
Valutare di affrontare il recupero di peso*			
Dare la priorità al trattamento			
Svolgere un ruolo attivo nel trattamento			
Altri elementi			

* Solo nelle pazienti sottopeso

Identificare gli ostacoli al cambiamento

Ostacoli comuni

- Paura del cambiamento: affrontare sull'ambivalenza
- Resistenza al cambiamento in generale: effetto psicologico del sottopeso, perfezionismo clinico
- Impegni che competono: dare al trattamento la priorità
- Eventi esterni o difficoltà interpersonali: modulo problemi interpersonali
- Scarsa pianificazione: aiutare il paziente a essere più organizzato
- Depressione clinica: trattarla farmacologicamente
- Bassa autostima nucleare: modulo bassa autostima nucleare
- Perfezionismo clinico: modulo perfezionismo clinico
- Uso improprio di sostanze: se intermittente modulo intolleranza alle emozioni, se continuo inviare il paziente da uno specialista
- Avversione alla CBT: Inusuale. Incoraggiare a sospendere il loro scetticismo e accettare che questo nuovo trattamento può aiutarli a cambiare
- Scarsa implementazione del trattamento da parte del terapeuta: supervisione, incontri periodici di discussione dei casi, corsi di aggiornamento

Decidere se utilizzare la forma estesa della CBT-Ea

Procedura

- Valutazione se sono presenti meccanismi di mantenimento esterni
- La versione di base della CBT-E è quella focalizzata
- Scegliere solo moduli che siano rilevanti nel mantenimento del problema alimentare o nell'ostacolare il trattamento
- Valutare quale possa essere il modulo più potente che mantiene il problema alimentare
- Affrontare solo i problemi che possono essere affrontati con successo
- Affrontare moduli che sono considerati problemi per il paziente
 - Difficoltà interpersonali: scelto più di frequente
 - Perfezionismo clinico: secondo modulo in ordine di importanza
 - Bassa autostima nucleare: meglio affrontare il modulo interpersonale se ci sono difficoltà interpersonali. Sì, se prevale la componente cognitiva

Progettare il resto del trattamento

Procedura

Pianificazione della Fase Tre

- Meccanismi chiave da affrontare
 - **Immagine corporea** primo meccanismo da affrontare
 - **Restrizione dietetica cognitiva**: una settimana o due dopo aver iniziato ad affrontare l'immagine corporea
 - **Eventi ed emozioni che influenzano l'alimentazione** una settimana o due dopo aver cominciato ad affrontare la restrizione dietetica calorica
 - NB. L'ordine può essere invertito
 - **Moduli aggiuntivi**: circa 25 minuti per seduta sono dedicati al trattamento del (dei) meccanismo(i) di mantenimento esterno(i).

PASSO DUE
AFFRONTARE IL
CAMBIAMENTO



Moduli CBT-E focalizzata

- Basso Peso e Restrizione dietetica calorica
- Immagine Corporea
- Restrizione Dietetica Cognitiva
- Eventi, Emozioni e Alimentazione
- Passi Indietro e Stati Mentali

Moduli CBT-E allargata

- Perfezionismo clinico
- Bassa autostima nucleare
- Difficoltà interpersonali
- Intolleranza alle emozioni

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Obiettivi

1. Affrontare le caratteristiche residue del disturbo dell'alimentazione

- Basso peso, restrizione dietetica, episodi di abbuffata, vomito, uso improprio di lassativi, esercizio fisico eccessivo

2. Affrontare i meccanismi che stanno mantenendo la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione

- Basso peso
- Eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo
- Restrizione dietetica cognitiva
- Sensibilità a emozioni ed eventi negativi

3. Sviluppare le abilità per fronteggiare i passi indietro

- Diventa importante solo verso la fine del Passo Due

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Struttura

- Individualizzata, basata sulla psicopatologia individuale del paziente
- Ogni 4 settimane va eseguita una seduta di revisione
- Il coinvolgimento genitoriale è flessibile e varia da caso a caso

Due sedute la settimana fino a che il recupero di peso è stabile

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Contenuti

Modulo

- Basso peso e restrizione dietetica calorica
- Immagine corporea
- Restrizione dietetica cognitiva
- Eventi, emozioni e alimentazione
- Passi indietro e stati mentali

Quale modulo usare?

1. Il loro contributo alla psicopatologia
2. Il tempo richiesto per affrontarlo
3. La necessità di un progresso rapido

In questa fase si decide anche se usare la forma allargata della CBT-E

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

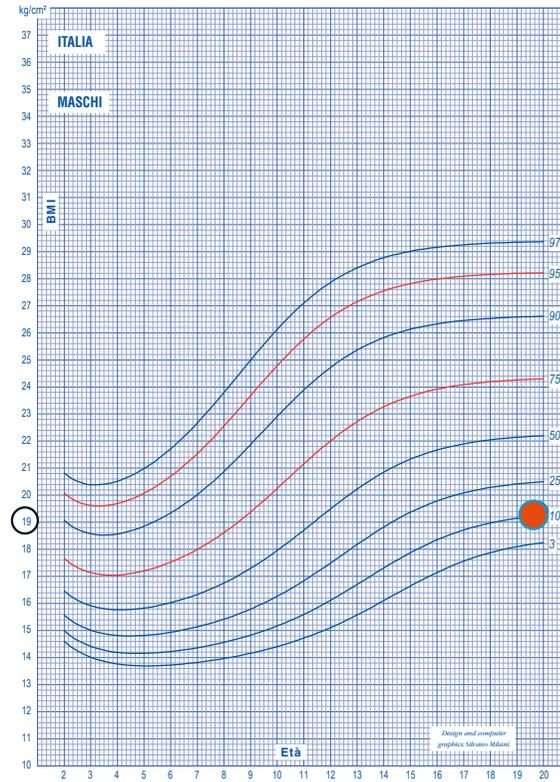
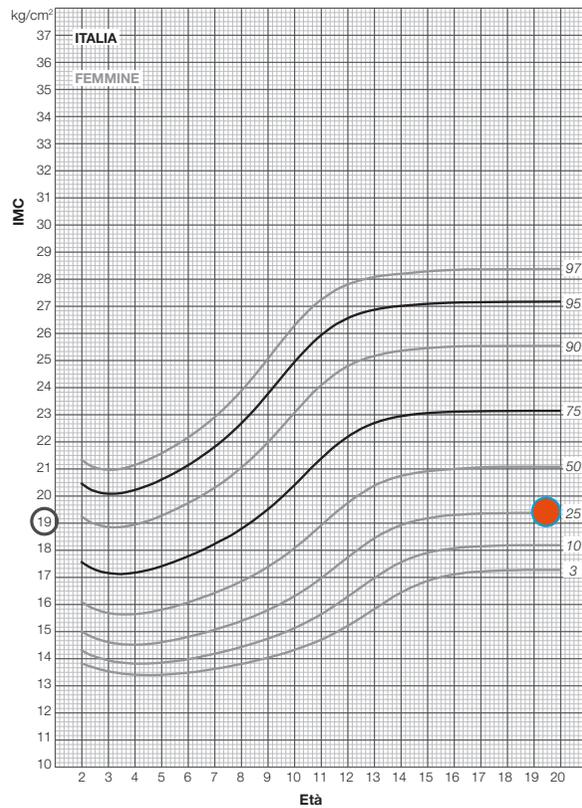
Identificare l'obiettivo dell'intervallo di peso

- La soglia minima dell'intervallo di mantenimento del peso salutare va valutata caso per caso e deve soddisfare le seguenti tre caratteristiche:
 1. Può essere mantenuto senza l'adozione di una restrizione dietetica calorica o altri comportamenti estremi di controllo del peso
 2. Non è associato a sintomi da malnutrizione (e **permette di continuare lo sviluppo psicofisico**)
 3. permette una vita sociale.
- In genere
 - Sotto i 16 anni: **IMC che corrisponde a un IMC di 19 a 18 anni (25° percentile nelle femmine, 10° percentile nei maschi)**
 - 16 o più anni: **IMC di 19**

N.B. Vedere il percentile prima della perdita di peso

Soglia minima di peso

Adolescenti (< 16 aa)



Va individuata calcolando il **percentile di IMC per età e sesso**

Nelle femmine: **25° percentile**
Nei maschi: **10° percentile**

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Educare il paziente

- Recupero del peso
 - Gli adolescenti hanno spesso bisogno di una guida sugli alimenti da mangiare nei loro pasti e merenda
 - Creare un bilancio energetico positive di 500 kcal/die
- Mantenimento del peso
 - Mantenere un peso stabile in un intervallo di 3 kg al di sopra della soglia minima di peso

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Educare il paziente

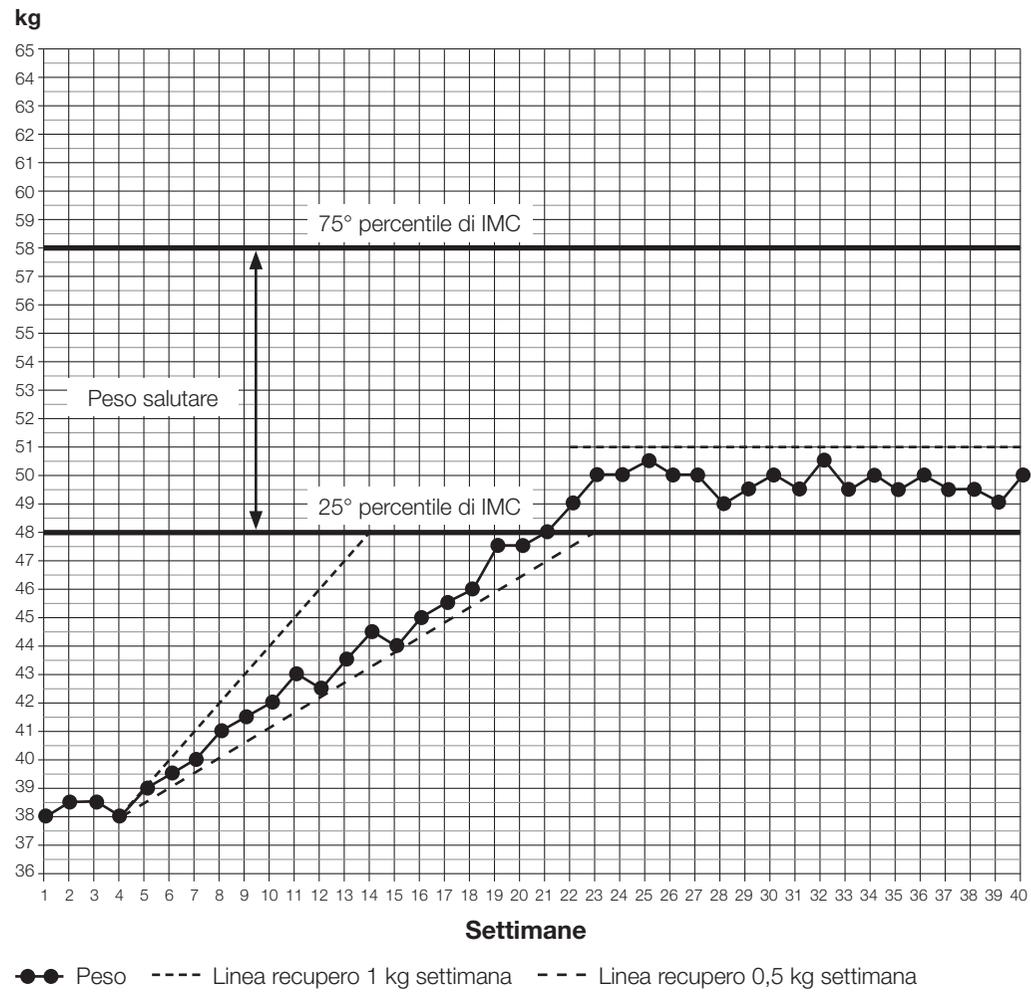
- La psicologia del recupero del peso
 - È un viaggio lungo e impegnativo, ma ne vale la pena
 - Produce dei benefici e breve termine, ma i veri benefici si apprezzeranno dopo avere mantenuto il peso per molti

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Procedure

- Coinvolgere attivamente il paziente nell'interpretare il recupero di peso
- Coinvolgere attivamente il paziente nella pianificazione di pasti e degli snack per recuperare peso.
- Pianificare in anticipo e monitorare l'alimentazione in tempo reale (come nel Passo Uno)
- Usare le strategie comportamentali e cognitive per affrontare le difficoltà durante i pasti (se applicabile).
- Gestire il tempo dopo i pasti



Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Procedure

- Coinvolgere attivamente il paziente nella pianificazione di pasti e degli snack per recuperare peso
 - **Linee guida per recuperare il peso**
 - Prima settimana Menù A (1500 kcal in media) – sei libera/o di scegliere i cibi da assumere nei vari gruppi alimentari, ma vanno assunti i gruppi alimentari previsti dal menù
 - In seguito
 - Se recuperi tra 0,5 kg e 1,0 kg nessun cambiamento
 - Se recuperi meno di 0,5 kg la settimana passare al menù B (circa 2000 kcal - per recuperare 0,5 kg la settimana è necessario assumere 500 kcal in più al giorno di quello che si consuma)
 - Se il peso aumenta più di 1,0 kg la settimana passare allo stesso menù ridotto (circa 250 kcal in meno al giorno – es. B ridotto)

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Procedure

- Coinvolgere attivamente il paziente nell'interpretare il recupero di peso
 - Il paziente misura il peso in seduta una volta la settimana e decide dopo avere interpretato il peso nel grafico del peso (aiutato dal terapeuta) i cambiamenti della dieta da apportare per mantenere un recupero tra 0,5 e 1,0 kg settimana secondo le linee guida per il recupero del peso
- Pianificare in anticipo e monitorare l'alimentazione in tempo reale (come nel Passo Uno)
 - Pianificare il giorno prima quando, cosa e dove mangiare sulla scheda di monitoraggio
 - Monitorare l'alimentazione in tempo reale

Data 5 ottobre Giorno giovedì

Ora	Alimento e bevanda consumati	Luogo	*	V/L/E	Commenti
7:00	Programma di oggi 2 yogurt + zucchero 6 frollini	Cucina			
10:30	1 mela	Scuola			
13:50	Pasta al pomodoro + grana salmone, zucchine e olio	Cucina			
16:30	1 gelato (cornetto)	Bar			
20:00	Pollo, pane integrale, insalata, olio, arancia	Cucina			
7:00	2 yogurt + zucchero 6 frollini	Cucina			Tutto bene Non faccio lo spuntino. Nessuno lo fa. Sono tutte più magre di me. Se mangio mi sento in colpa perché io mangio e le altre no
13:45	Pasta al pomodoro, grana salmone, zucchine, olio	Cucina			Pranzo tranquillo, anche se sono un po' in ansia per il peso
16:50	1 mela	Cucina			Mangio la mela al posto del gelato, così mi sento più tranquilla
20:00	Pollo, 1 panino integrale, insalata, olio, mela	Cucina			Le arance erano finite, per il resto tutto, ok

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Procedure

Usare le strategie comportamentali cognitive per affrontare le difficoltà durante i pasti

- Cerca di non deviare dal piano alimentare
- Cerca di mangiare senza farti influenzare dai segnali interni (fame, sensazione di pienezza)
- Cerca di mangiare senza farti influenzare dalle preoccupazioni sull'alimentazione, peso e forma del corpo
- Usa la scheda di monitoraggio in tempo reale

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Procedure

- Gestire il tempo dopo i pasti
 - Implementare attività distraenti
 - Evitare il bagno per almeno un'ora (se applicabile)

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Coinvolgere i genitori

- Istruire i genitori sull'obiettivo di recupero del peso settimanale e sulle procedure per raggiungere questo obiettivo
- Esaminare le difficoltà incontrate durante i pasti nell'applicare la procedura dell'alimentazione regolare
- Discute quale dovrà essere il ruolo dei genitori nel sostenere gli sforzi del paziente durante il processo di recupero del peso.
- Oltre ai consigli generali forniti per aiutare il paziente a mangiare in modo regolare, il terapeuta sottolinea l'importanza di lavorare con il paziente per scegliere e preparare i pasti seguendo il piano alimentare concordato

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Basso Peso e Restrizione Dietetica Calorica

Passare dal recupero al mantenimento del peso

- L'obiettivo è che i pazienti mantengano un peso che fluttua in un intervallo di circa 3 kg, adottando **linee guida alimentari salutarie in modo flessibile**
- La soglia minima dell'intervallo di mantenimento del peso salutare va valutata caso per caso (vedi Passo Uno)
- Ridurre (se necessario) gradualmente e con cautela la quantità di cibo introdotta (per es. dal Menù C al Menù B-C)
- Affrontare la restrizione dietetica cognitiva residua e a bilanciare il dispendio energetico dell'attività fisica con l'introito energetico.
- Incoraggiare il paziente ad accettare e ad apprezzare la nuova forma corporea e ad adattarsi alla loro nuova personalità, non più alterata dagli effetti del sottopeso.
- EDE-Q e il CIA per identificare le caratteristiche residue del disturbo dell'alimentazione ancora presenti da affrontare.

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Immagine Corporea

Procedure

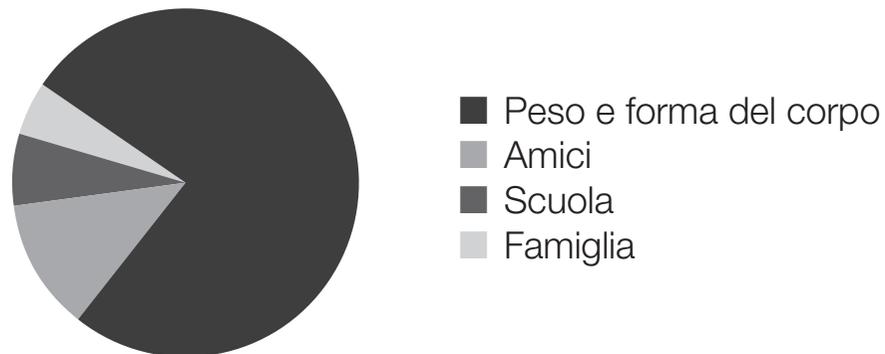
1. Identificare l'eccessiva valutazione e le sue conseguenze
2. Creare la formulazione personalizzata estesa
3. Aumentare l'importanza di altri domini di autovalutazione
4. Affrontare il check e l'evitamento del corpo
5. Affrontare la sensazione di essere grassi

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Immagine Corporea

Procedure

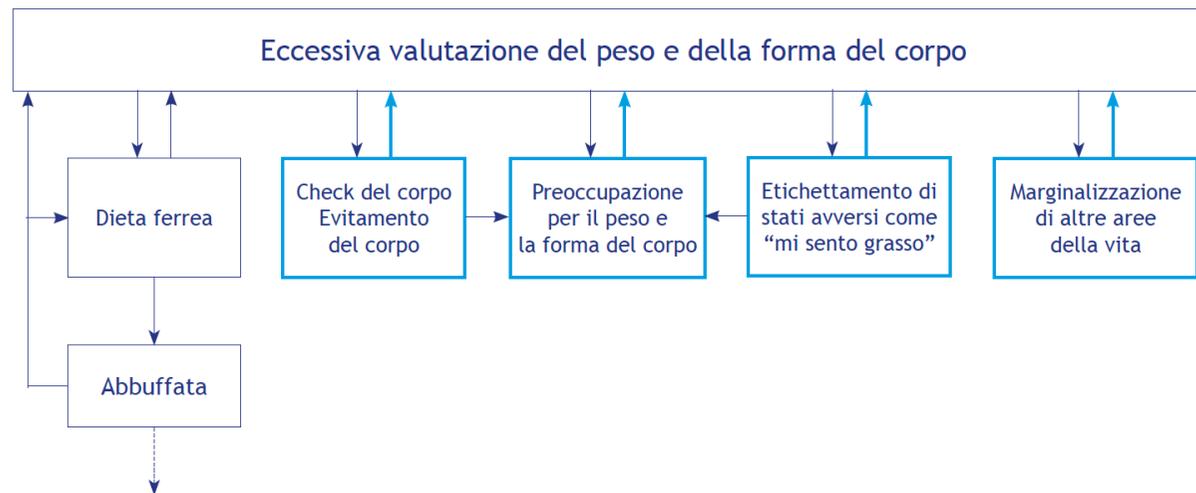
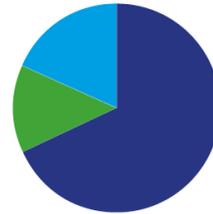
1. Identificare l'eccessiva valutazione e le sue conseguenze



Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Immagine Corporea

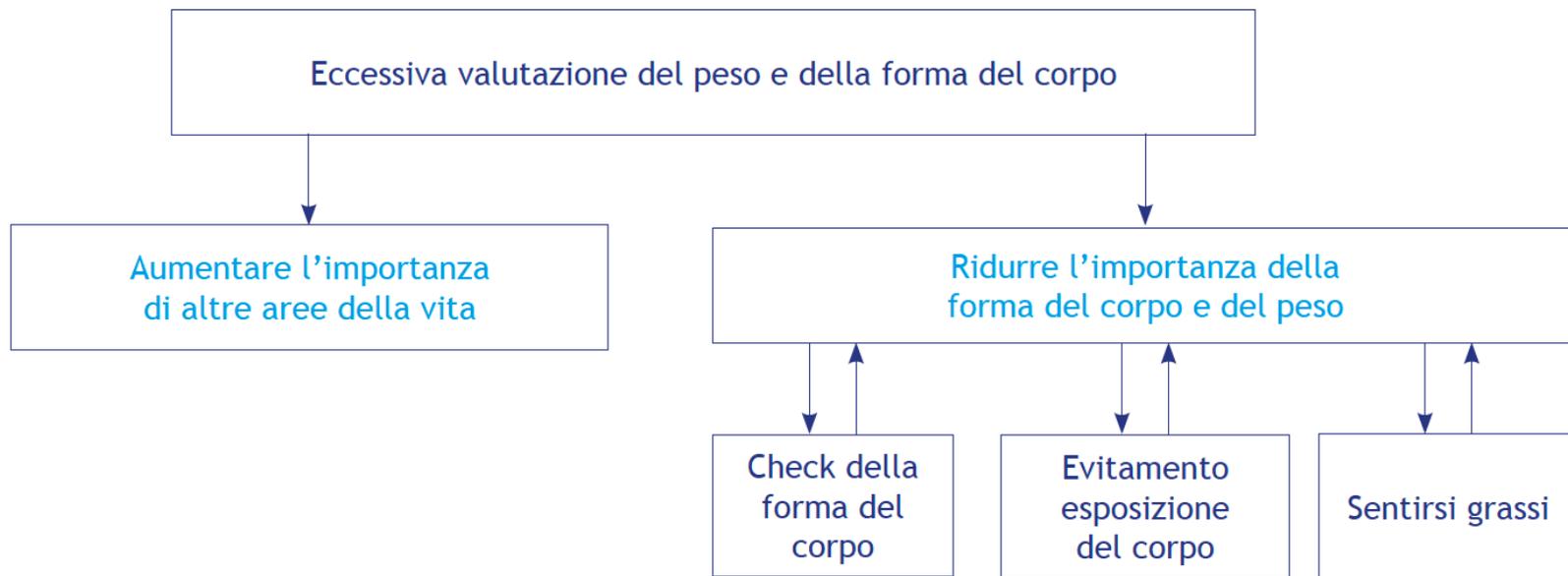
Costruire la formulazione estesa



Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Immagine Corporea

Affrontare l'eccessiva valutazione usando due strategie



Aumentare l'importanza di altre aree della vita

Procedura

Passo uno – Spiegare il razionale dell'intervento

- Aiuta a non avere più un dominio predominante
- Aiuta il coinvolgimento del paziente in aspetti di vita che sono stati messi da parte
- Porta queste aree a diventare più significative
- Riduce indirettamente l'importanza attribuita al peso e alla forma del corpo
- Potrebbero esserci ulteriori benefici

Aumentare l'importanza di altre aree della vita

Procedura

Passo due – Identificare potenziali attività

- Chiedere al paziente (vecchi interessi; cosa le piacerebbe fare)
- Considerare anche ciò che le altre persone fanno al di fuori del lavoro
- Le attività migliori sono quelle che coinvolgono gli altri
- Fare una lista possibilmente ampia

Passo tre – Selezionare una o due attività

- Selezionare una o due attività valutando i pro e i contro
- Fattibile, non eccessivamente minacciosa e ripetibile (non un evento isolato)

🔍 Find a Therapist (City or Postcode)

View

Edit

Publish Settings



Riccardo Dalle Grave M.D.
Eating Disorders: The Facts

EATING DISORDERS

Shape Checking in Eating Disorders

What is it and how to address it.

Posted Sep 02, 2020



Affrontare il check della forma del corpo

Procedura

Passo Uno – Spiegare le ragioni

- Formulazione estesa
- Nella maggior parte dei casi è meglio iniziare ad affrontare il check della forma del corpo
- Se applicabile, ricordare al paziente che una delle forme principali di check del corpo è stata affrontata nella Fase Uno – ossia il check del peso
- Affrontare il check della forma del corpo potrebbe probabilmente portare a un incremento di breve durata delle preoccupazioni sulla forma del corpo

Affrontare il check della forma del corpo

Procedura

Passo Due – Individuare le varie forme di check della forma del corpo

- Non è semplice poiché spesso accade inconsapevolmente
- Monitoraggio dettagliato per due periodi di 24 ore
- **Scheda di Monitoraggio modificata** - Esempio completo

Data 30 aprile Giorno venerdì

Ora	Alimento e bevanda consumati	Luogo	*	V/L/E	Check (quale e tempo impiegato)	Luogo	Contesto e commenti
6:30					Guardata faccia allo specchio (2 min)	Bagno	È enorme
7:00					Guardata allo specchio la pancia mentre mi vestivo (2 min) Toccata la pancia e prese le pieghe del grasso (5 min)	Camera	Che pancia che ho, sarà meglio che la copra
7:10	3 fette biscottate 1 kiwi	Cucina					Bene
8:30					Controllato per vedere se il mio sedere sporge troppo con questi pantaloni (3 min)	Bagno a scuola	Come faccio ad essere così grassa???
11:00	Barretta ai cereali	Scuola	*		Guardo verso il basso la mia pancia durante lo spuntino	Scrivania	Quanto è grande, come sono fortunate le persone magre, sarà meglio che mi controlli con l'alimentazione
13:15	Insalatona con tonno	Mensa scuola			Osservate le gambe e la pancia della cameriera	Bar	Vedi lei è sempre in movimento e guarda che fisico che ha, anch'io lo vorrei. Dovrei muovermi invece di stare seduta tutta la giornata!
16:30	Mela	Scrivania camera			Mi guardo le cosce sulla sedia	Scrivania camera	Sono grassa
20:30	Carne, insalata, 1 fetta di pane	Cucina					Ok
21:30		Salotto			Guardato le modelle in TV, pancia, cosce, fianchi		In TV c'è un programma di moda, quanto sono belle quelle donne, vorrei essere come loro

Affrontare il check della forma del corpo

Procedura (cont)

Passo tre - Rivedere in dettaglio il monitoraggio

1. *Che cosa stai cercando di scoprire quando fai il check?*

- Per capire com'è la forma del corpo (il check magnifica le imperfezioni e che alcuni aspetti della forma del corpo sono normali, per es. avere un addome leggermente protruso)
- Per vedere se la forma del corpo è cambiata (il check non fornisce dati attendibili, ma solo impressioni imprecise)

2. *Perché fai il check così frequentemente?*

- La forma del corpo non può cambiare nel giro di ore
- Le fluttuazioni dell'addome sono normali e non percepibili dagli altri

Affrontare il check della forma del corpo

Procedura (cont)

Passo tre - Rivedere in dettaglio il monitoraggio

3. *Ti sei mai guardata parti del corpo che ti piacciono?*

- Focalizzarsi solo sulle parti del corpo considerate negative intensifica l'insoddisfazione corporea.

4. *Ti senti meglio dopo il check?*

- A volte si è rassicurati, ma la sensazione dura poco e mantiene la preoccupazione per la forma del corpo
- Nella maggior parte dei casi ci si sente peggio perché si accentua l'insoddisfazione corporea

Affrontare il check della forma del corpo

Procedura (cont)

Passo tre - Rivedere in dettaglio il monitoraggio

5. *Pensi che il check del corpo abbia degli effetti negativi?*

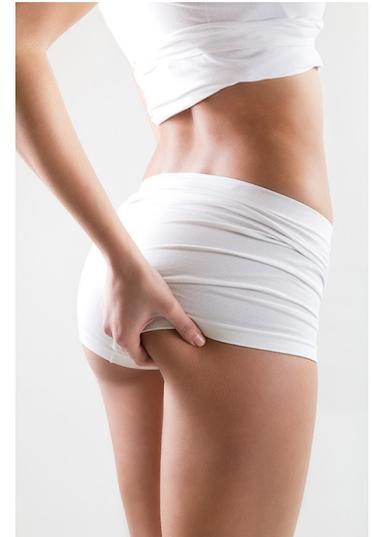
- Mantiene l'insoddisfazione del corpo perché sono scrutinate in continuazione le parti del corpo che non piacciono
- Fa trovare difetti (quello che si scopre dipende in gran parte da come ci si guarda e anche le persone più attraenti possono scovare difetti)
- Amplificare i difetti apparenti (aracnofobico)

Affrontare il check della forma del corpo

Procedura (cont)

Passo quattro - Categorizzare le varie forme di check del corpo

- ***Quelle che è meglio sospendere totalmente***
 - misurare le dimensioni
 - controllare se c'è un spazio fra le cosce
 - prendere in mano le pieghe della pelle
 - guardare la pancia quando ci si siede
 - indossare vestiti di prova
- ***Quelle che è meglio ridurre in frequenza e modificare***
 - usare lo specchio
 - confrontarsi con gli altri



Affrontare il check della forma del corpo

Procedura (cont)

Passo cinque – Aiutare il paziente a interrompere le forme non adeguate del check della forma del corpo

- Innanzitutto è necessario che il pazienti ne divengano consapevoli in tempo reale
- Spesso i pazienti riescono a bloccare senza troppa difficoltà questi comportamenti
- Meglio se in una sola volta piuttosto che gradualmente
- Potrebbe essere necessario coinvolgerli in forme alternative di comportamento per un certo periodo
- Aumenta il rispetto per se stessi

Uso dello specchio

Procedura

Passo uno - Valutare l'uso dello specchio da parte del paziente

Frequenza d'uso

- Osservare i monitoraggi del check del corpo
- Indagare l'uso dello specchio del paziente a casa e in altri luoghi
 - Che tipo di specchio utilizzi regolarmente?
- Monitorare da adesso in poi

Modo di usare lo specchio

- Quanto tempo trascorre davanti allo specchio ogni volta?
- Cosa viene fatto esattamente?
 - Quali sono le parti del corpo osservate e quali ignorate o evitate?
- Cosa sta cercando di scoprire il paziente?

Uso dello specchio

Procedura

Passo due- Modificare l'uso dello specchio da parte della paziente

- Chiedere ai pazienti di considerare le seguenti domande:
 - *Quando è appropriato specchiarsi?*
 - *Che modi di specchiarsi sono inappropriati o inutili?*
 - *Quando ci si guarda allo specchio, come si può evitare la magnificazione?*
- A partire da ciò, aiutare i pazienti a modificare il loro utilizzo degli specchi
 - Interrogarsi prima di guardarsi allo specchio (monitoraggio in tempo reale)
 - Modificare il modo di guardarsi allo specchio
- Questo include più sedute successive

Affrontare il check di confronto

Introduzione

- Due modi di confrontarsi:
 - **Effettuare il confronto con altre persone**
 - **Effettuare il confronto con le immagini proposte dai media**

Affrontare il check di confronto

Introduzione

- Una forma di check del corpo consiste nel confrontare se stessi con gli altri
 - Frequente nelle persone con disturbi dell'alimentazione
 - Spesso vengono tratte conclusioni a proprio sfavore
 - Il confronto è spesso non obiettivo a causa di uno o entrambi i seguenti bias:
 - **Bias del soggetto** - il confronto avviene con qualcuno che è attraente (attenzione selettiva)
 - **Bias di valutazione** - il modo in cui il corpo delle altre persone viene valutato è superficiale

Strategia

- Portare questi due tipi di bias all'attenzione del paziente ed aiutarlo a farvi fronte

Affrontare il check di confronto

Procedura

Passo Uno - Valutare la modalità di confronto del paziente

- Osservare i monitoraggi del check del corpo
- Monitorare questa modalità di confronto della paziente nel corso della settimana seguente
- Valutare la frequenza e la natura del confronto al fine di determinare se e quali dei due tipi di bias sono presenti
 - Con chi è stato effettuato il confronto?
 - Com'è stato valutato l'altro?
- Se entrambi i bias sembrano essere presenti, farli notare ed affrontarli separatamente

Affrontare il check di confronto

Procedura

Passo Due - Affrontare il bias del soggetto

- Chiedere al paziente di cimentarsi nel seguente esperimento
- Camminare per strada e confrontarsi con ogni terza persona che sia dello stesso sesso e che abbia all'incirca la stessa età
- Riflettere su quello che è stato trovato
- È probabile che emerga che:
 - Le persone all'apparenza siano molto più eterogenee di ciò che il paziente aveva presupposto
 - Alcune persone con corpi "poco attraenti" in realtà abbiano un bell'aspetto
- Aiutare il paziente a riconoscere il bias del soggetto che deriva dalla sua modalità di confronto e trarre le conclusioni. Incoraggiare il paziente a riflettere sulla nozione di "fascino"
 - Suggestire al paziente di ampliare la propria modalità di confronto al fine di includere aspetti delle altre persone che non si limitino esclusivamente alla forma del corpo (per es. i loro capelli, le scarpe, il senso dell'umorismo)

Affrontare il check di confronto

Procedura

Passo Due (cont) - Affrontare il bias di valutazione

- Chiedere al paziente di cimentarsi nel seguente esperimento:
 - Recarsi in uno spogliatoio in cui le persone sono svestite e valutarle velocemente identificando qualcuno che risulti “attraente”
 - Poi, senza dare nell’occhio, osservare in modo critico il loro corpo focalizzandosi su quelle parti di cui si è insoddisfatti
 - Riflettere su quello che ha scoperto
- È probabile che emerga che:
 - I corpi che risultano attraenti di primo acchito abbiano “difetti” e imperfezioni se vengono osservati con attenzione (allo stesso modo in cui il paziente analizza il proprio corpo)
 - Ciò che si vede è influenzato dal modo in cui il corpo viene valutato
- Aiutare il paziente a riconoscere il bias di valutazione che deriva dalla sua modalità di confronto e trarre le conclusioni

Affrontare il check di confronto

Immagini proposte dai media - Procedura

- Alcune pazienti si paragonano ripetutamente alle immagini proposte dai media
- Chiedere alla paziente di monitorare questa forma di confronto
 - **Riviste**
 - **Internet**
 - **Social media**
- Educare sulla manipolazione delle immagini dei media
 - Descrivere l'uso frequente della manipolazione dell'immagine (ritocchi e photoshop)
 - Incoraggiare il paziente a informarsi in merito a questi argomenti su internet
 - Suggestire inoltre la visione dei video "Evolution" e "Real Beauty Sketches" di Dove
- Lo scopo è di educare il paziente a non accettare in modo acritico le immagini mediatiche

🔍 Find a Therapist (City or Postcode)

View

Edit

Publish Settings



Riccardo Dalle Grave M.D.
Eating Disorders: The Facts

EATING DISORDERS

The Role of "Feeling Fat" in Eating Disorders

What is it and how to address it

Posted Aug 06, 2020



Affrontare la sensazione di essere grassi

“Sentirsi grassi”

- Manifestazione particolare. Esiste in molte lingue. Poco studiato; poca bibliografia in merito
- Sperimentato da molte donne nella popolazione generale. Vissuto dalla grande maggioranza delle persone con disturbi dell'alimentazione. Incluse quelle sovrappeso e quelle sottopeso
- Sembra essere il risultato di un'interpretazione errata di altre esperienze
 - **Consapevolezza corporea (in coloro che sono insoddisfatti del loro aspetto)**
 - **Stati fisici spiacevoli**
 - **Stati emotivi negativi**

Affrontare la sensazione di essere grassi

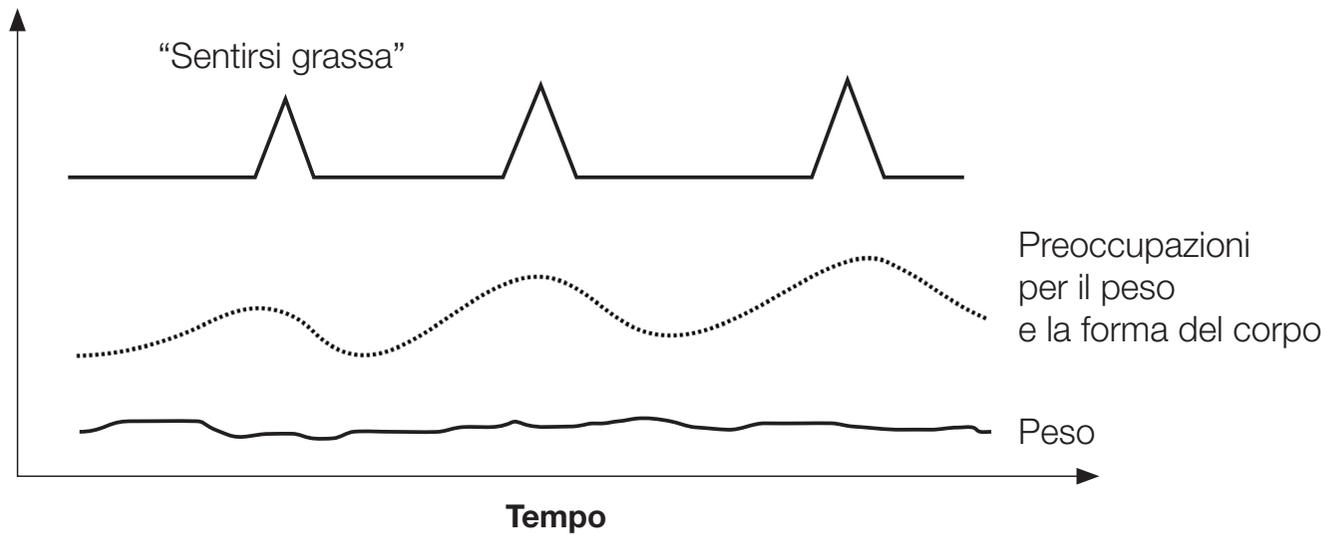
“Sentirsi grassi”

- È importante tenere presente che essi fanno equivalere il concetto di “sentirsi grassi” con il concetto di “essere grassi”
- Mantiene la loro psicopatologia
 - **Alimenta l’insoddisfazione corporea**
 - **Alimenta la restrizione dietetica**

Affrontare la sensazione di essere grassi

Il fenomeno

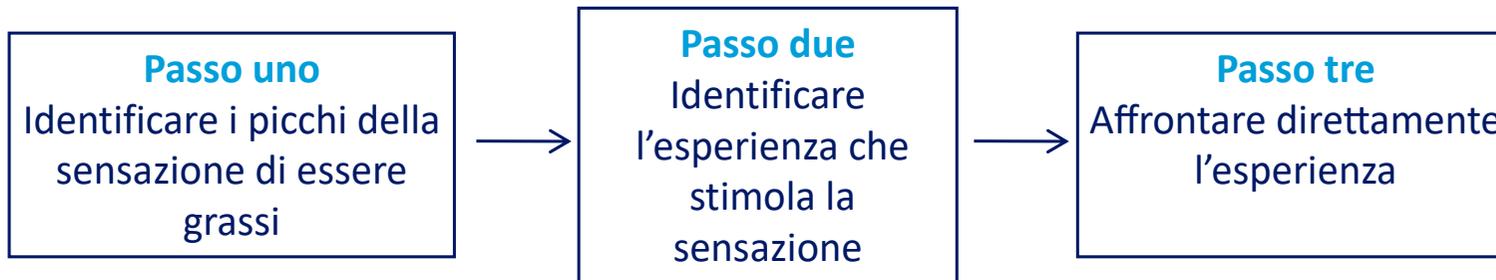
Fluttua di giorno in giorno e nello stesso giorno



Affrontare la sensazione di essere grassi

Strategia

- Aiutare i pazienti a identificare l'esperienza che stimola i picchi del sentirsi grassi e affrontarla direttamente
- Con il tempo questo fa sì che le pazienti non eguolino il sentirsi grasse con l'essere grasse
- Il sentirsi grassi smette di essere un meccanismo di mantenimento



Affrontare la sensazione di essere grassi

Procedura – Settimana tre (cont)

Affrontare i tre fattori scatenanti della sensazione di “essere grasse”

- ***Accentuata consapevolezza corporea***
 - Commenti sull’aspetto, check del corpo, contatto fisico, essere sudate, sentire parte del corpo che si muove, vestiti aderenti
 - Richiede una rivalutazione in positivo o in negativo del cambiamento comportamentale (per es. vestiti larghi) ... e continuare a lavorare sull’immagine corporea

Affrontare la sensazione di essere grassi

Procedura – Settimana tre (cont)

Affrontare i tre fattori scatenanti della sensazione di “essere grasse”

- ***Stati fisici spiacevoli***
 - Sentirsi gonfi o con sintomi premestruali, pieni, assonnati
 - Richiede una rivalutazione in positivo o in negativo del cambiamento comportamentale (per es. fare un pisolino)

Affrontare la sensazione di essere grassi

Procedura – Settimana tre (cont)

Affrontare i tre fattori scatenanti della sensazione di “essere grasse”

- ***Stati emotivi negativi***
 - Sentirsi depressi, soli, annoiati, non amati
 - Richiede una rivalutazione e il “problem solving”

Affrontare la sensazione di essere grassi

Procedura – Settimane successive

- Continuare con la stessa strategia e le medesime procedure
- Gradualmente il “sentirsi grassi” termina di essere associato all’essere effettivamente grassi
- Non contribuisce più a mantenere il disturbo dell’alimentazione
- Potrebbe richiedere dalle 4 alle 8 settimane (come uno dei punti dell’agenda)
- Inizialmente potrebbe occupare da 10 a 15 minuti di una seduta
- Successivamente potrebbe occupare da 5 a 10 minuti

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Restrizione Dietetica Cognitiva

Procedure

- Identificare le regole dietetiche residue
- Aiutare il paziente a vederle come un problema
- Affrontare le regola dietetiche
- Con la guida del terapeuta, i genitori possono essere in grado di aiutare i pazienti ad affrontare alcune regole dietetiche

Obiettivo

- Mantenere il peso adottando linee guida flessibili e salutare

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Restrizione Dietetica Cognitiva

Procedure

- Identificare le regole dietetiche residue
 - Schede di monitoraggio, asterischi, domande
- Aiutare il paziente a vederle come un problema
 - Valutare la funzione positive percepita della regola
 - Valutare gli effetti negativi
 - Discutere come mantengono il disturbo dell'alimentazione
 - Valutare i pro e i contro di affrontarle

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Restrizione Dietetica Cognitiva

Procedure

- Affrontare le regole dietetiche
 - Evitamento del cibo
 - Quando e quanto mangiare
 - Non mangiare di fronte agli altri
 - Non mangiare di più degli altri presenti
 - Non mangiare se non si ha fame
 - Non mangiare se non si è fatto esercizio
- Coinvolgere i genitori

Gruppo 1

- Banane
- Uva
- Biscotti secchi
- Ceci e piselli
- Cereali non integrali

Gruppo 2

- Yogurt intero
- Patate lesse
- Latte intero
- Carne rossa
- Salmone
- Muesli
- Uova

Gruppo 3

- Orzo e farro
- Tonno sott'olio
- Avocado
- Biscotti frollini
- Formaggi freschi
- Gelato alla frutta

Gruppo 4

- Patatine fritte
- Torte e merendine
- Gelato alle creme
- Frutta secca
- Pizza
- Schiacciata
- Formaggi stagionati
- Burro

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Eventi, Emozioni e Alimentazione

- Se gli eventi e le emozioni interrompono ripetutamente l'aderenza alle modalità di alimentazione regolare
- **Problem solving proattivo**

Passo 1 "Quando sono a casa da sola nel pomeriggio ho l'abbuffata"

Passo 2 "Mi capita di abbuffarmi nel pomeriggio verso le 18 quando sono da sola a fare i compiti e mi sto annoiando"

Passo 3
Soluzioni

- a. Fare una passeggiata
- b. Chatto con degli amici
- c. Sto al computer per un po'
- d. Mi faccio le unghie
- e. Fare lo spuntino un po' più tardi

Passo 4
Pro (+) e contro (-)

- + Mi allontano dal cibo, mi rilassa
- Perdo tempo e non studio
- + Può aiutare a rilassarmi e non mi sento sola
- Nessuno
- + Nessuno
- Potrei mangiare anche di fronte al pc
- + È una cosa che mi piace molto
- La posso fare solo qualche volta
- + È una buona idea così non arrivo a casa affamata
- Potrebbe avere troppa fame

Passo 5 Quali sono le soluzioni che possono essere utili?

"Farmi le unghie e chattare con gli amici, cercando di non occupare troppo tempo e fare lo spuntino più tardi"

Passo 6 "Giovedì ho fatto lo spuntino verso le 17.30, poi mi sono presa una mezz'ora per farmi le unghie. Sono riuscita a non abbuffarmi"

Passo 7 "La prossima volta oltre a mantenere lo spuntino più tardi potrò passare un po' di tempo a chattare, facendo una pausa dallo studio. Comunque è andata bene"

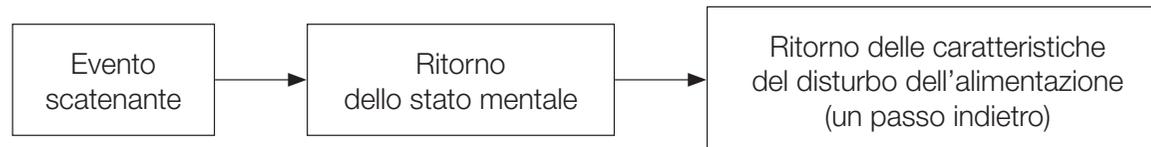
Figura 7.13 Procedura di Risoluzione dei Problemi Proattiva eseguita da una paziente

Passo Due – Affrontare il Cambiamento

Modulo Passi Indietro e Stati Mentali

Procedura

- Educare il paziente sui passi indietro e gli stati mentali (DVD)
- Identificare i trigger che riattivano lo stato mentale del DA
- “Fare la cosa giusta” – “Fare l’opposto” immediatamente
- Rimuovere lo stato mentale
- Esplorare l’origine dell’eccessiva valutazione



Periodo	Eventi
Fino a 12 mesi prima dell'esordio del problema alimentare (fino a 13 anni)	<ul style="list-style-type: none"> - Lieve eccesso di peso dai sette anni - Mamma a dieta - Commenti negativi e critiche sul mio corpo dai genitori e dagli amici - Amica del cuore magra
I 12 mesi precedenti l'esordio del problema alimentare (fino a 14 anni)	<ul style="list-style-type: none"> - Il ragazzo che mi piaceva mi ha detto che sono grassa - Cambiamento di scuola e di compagni - Solitudine e tristezza - Amica che inizia la dieta
I 12 mesi successivi all'esordio del problema alimentare (fino a 15 anni)	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta seguita in modo perfetto - Senso di controllo totale - Commenti positivi dagli amici - Maggiore attenzione dai ragazzi - Rapida perdita di peso - Discussioni con la mamma
Dopo 12 mesi dall'esordio del problema alimentare fino ad oggi (dai 15 anni agli attuali 17 anni)	<ul style="list-style-type: none"> - Comparsa di abbuffate e recupero di tutto il peso perso (15 aa) - Inizio del vomito auto-indotto sei mesi dopo le abbuffate (16 aa) - Interruzione della relazione con Giorgio (16 aa) - Aumento della frequenza delle abbuffate e del vomito, inizio esercizio fisico eccessivo (16 aa)

PASSO TRE

FINIRE BENE

- Affrontare le preoccupazioni per la fine del trattamento
- Assicurarsi che i progressi siano mantenuti
- Procedure del programma da eliminare gradualmente
- Minimizzare il rischio di ricaduta a lungo termine

Passo Tre – Finire Bene

Obiettivi

1. Assicurarsi che i progressi siano mantenuti dopo la fine del trattamento
2. Minimizzare il rischio di ricaduta a lungo termine

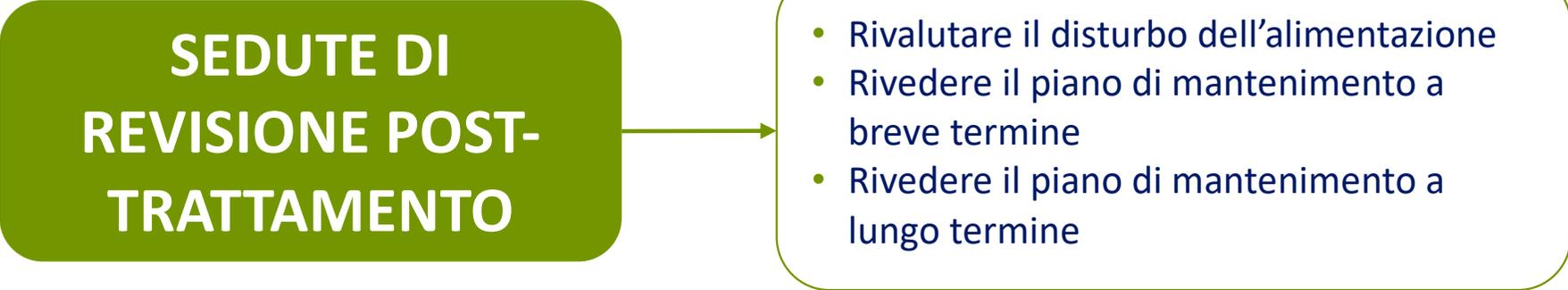
Tre appuntamenti ogni due settimane

Passo Tre – Finire Bene

Procedure

1. *Affrontare le preoccupazioni per la fine del trattamento*
2. *Assicurarsi che i progressi siano mantenuti*
 - Piano di mantenimento a breve termine
 - Problemi su cui focalizzarsi e come affrontarli
3. *Procedure del programma da eliminare gradualmente*
 - Monitoraggio, misurazione del peso in seduta
4. *Minimizzare il rischio di ricaduta a lungo termine*
 - Piano di mantenimento a lungo termine
 - Come minimizzare il rischio di ricaduta
 - Circostanze che possono aumentare il rischio di passi falsi
 - Segnali precoci di ricaduta
 - Affrontare i trigger e i passi indietro

SEDUTE DI REVISIONE POST- TRATTAMENTO



- Rivalutare il disturbo dell'alimentazione
- Rivedere il piano di mantenimento a breve termine
- Rivedere il piano di mantenimento a lungo termine

Sedute di Revisione Post-Trattamento

Quando

- Dopo 4 – 12 – 20 settimane

Contenuti

- Rivedere l'attuazione del piano a breve termine
- Discutere la necessità di pesarsi settimanalmente e di continuare a compilare l'EPCL
- Discutere come sono stati gestiti eventuali passi indietro
- Rivedere, se necessario, il piano di mantenimento a lungo termine