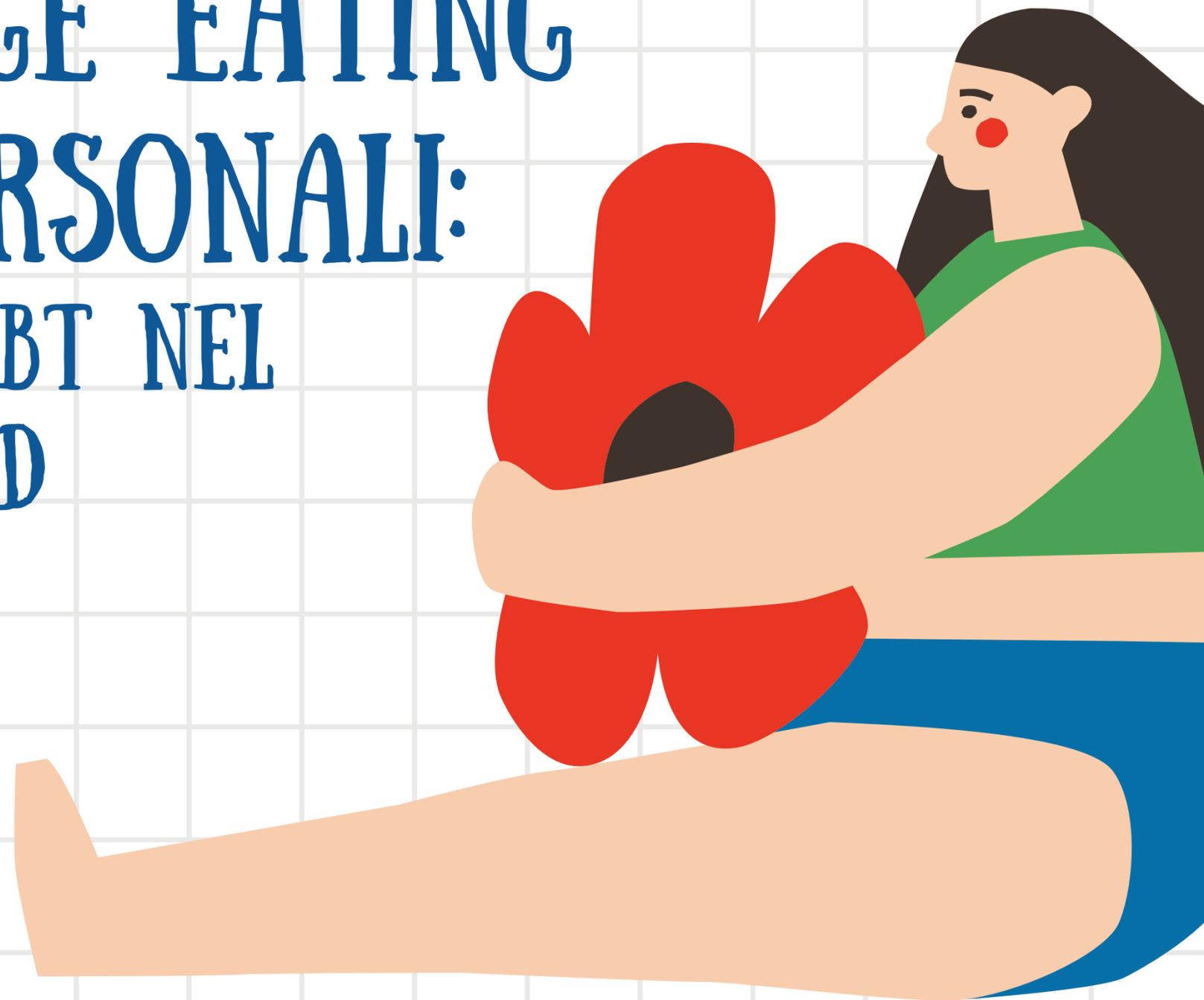


IL DISTURBO DA BINGE EATING E ASPETTI INTERPERSONALI: CONFRONTO TRA CBT-E E DBT NEL TRATTAMENTO DEL BED

Una review narrativa



ISTITUTO TOLMAN
IN HUMILITATE SEDULI PER SCIENTIAM ADIUTORES

Pizzo Giulia

Anno 2024

ALL ABOUT BED



- episodi ricorrenti di abbuffate: consumo rapido di grandi quantità di cibo
- perdita di controllo: incapacità a fermarsi durante un'abbuffata
- assenza di condotte compensatorie
- notevole impatto sulle relazioni sociali e sulla qualità della vita

COMPONENTI EMOTIVE

1

bassa autostima

4

inadeguatezza

2

senso di colpa

5

autocritica

3

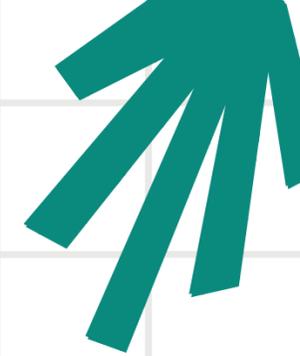
vergogna

6

frustrazione



BED FACTS

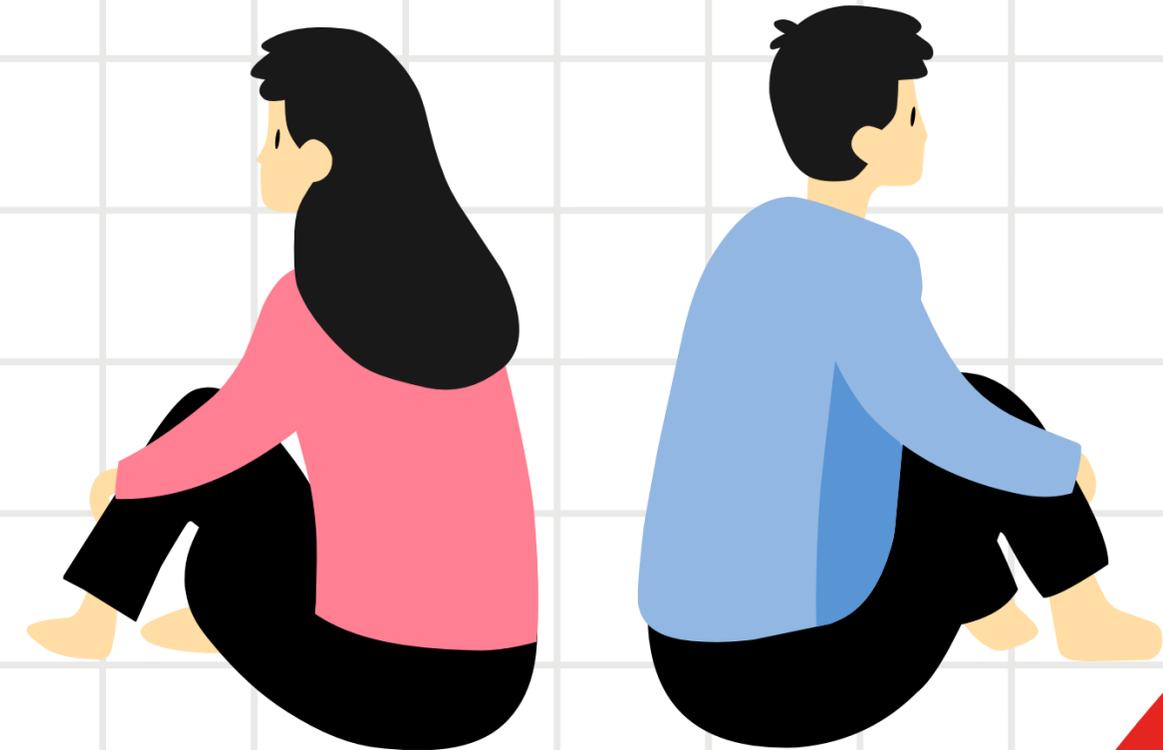


- le persone affette da BED possono utilizzare il cibo per gestire stati emotivi intensi o per evitare pensieri dolorosi rinforzando un circolo vizioso in cui l'abbuffata, piuttosto che alleviare il disagio, lo accentua nel tempo.
- le continue abbuffate, generando spesso senso di colpa e inadeguatezza, possono contribuire allo sviluppo di sintomi depressivi e ansiosi.
- comorbilità bidirezionale: l'ansia e la depressione possono essere sia cause che conseguenze del disturbo



ASPETTI INTERPERSONALI

- **isolamento sociale:** il senso di vergogna per il comportamento alimentare e/o per la propria immagine corporea spinge a evitare incontri sociali, soprattutto legati al cibo
- **conflitti relazionali:** stress emotivo e autocritica possono causare tensioni nelle relazioni con amici, familiari e partner
- **difficoltà comunicative:** la persona con BED fatica ad esprimere adeguatamente le proprie emozioni o a chiedere supporto per il disagio vissuto
- **eccessivi atteggiamenti di autocritica:** il rafforzare una visione negativa di se spesso porta la persona ad un ritiro emotivo, limitando la possibilità di sperimentare relazioni profonde e autentiche



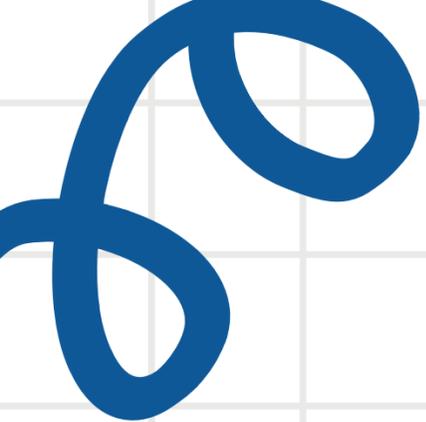
INTERVENTO MULTIMODALE



interventi psicoterapeutici, nutrizionali
e farmacologici.

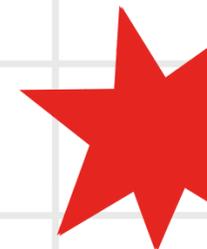
APPROCCI PSICOTERAPEUTICI

- CBT-E: focalizzata su pensieri e comportamenti disfunzionali.
- DBT: regolazione emotiva e gestione delle relazioni

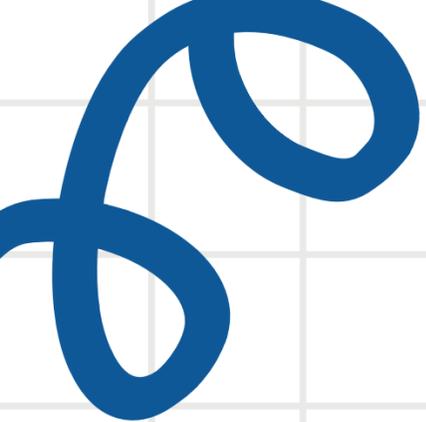


CBT-E

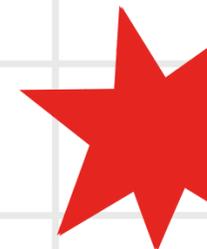
La CBT-E è stata ideata dal Dr. Christopher G. Fairburn et al. presso l'Università di Oxford (2008) per affrontare i meccanismi psicopatologici comuni che mantengono i comportamenti disfunzionali nei disturbi alimentari.



- **approccio transidiagnostico:** adatto a tutti i tipi di DCA, incluso in BED;
- **focus sui fattori di mantenimento;**
- **struttura modulare** adattabile ai bisogni del paziente;
- **monitoraggio alimentare:** uso di **diari** per identificare e correggere comportamenti disfunzionali;
- **definizione di specifici obiettivi:** riduzione delle **abbuffate**, miglioramento dell'**autostima** e della **gestione emotiva**;
- **coinvolgimento attivo** della persona;
- componenti **psicoeducative:** fornisce conoscenze sui meccanismi del disturbo e della "fame emotiva".



CBT-E: FASI DEL TRATTAMENTO



Fase 1: Fase iniziale

Stabilizzare il comportamento alimentare e definire gli obiettivi;

Fornire psicoeducazione sul disturbo;

Ridurre le preoccupazioni riguardo l'immagine corporea e il peso;

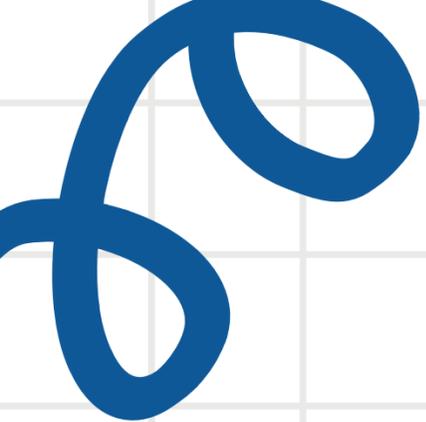
Introdurre strumenti di automonitoraggio e promuovere un'alimentazione regolare (diario alimentare).

Fase 2: Valutazione dei progressi

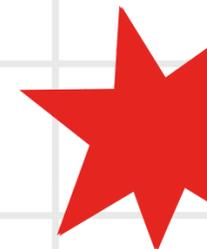
Revisione dei progressi iniziali per rafforzare i cambiamenti positivi nel comportamento alimentare;

Aumentare la consapevolezza dei comportamenti disfunzionali;

Identificare i meccanismi cognitivi disfunzionali legati al disturbo.



CBT-E: FASI DEL TRATTAMENTO



Fase 3: Affrontare i fattori di mantenimento

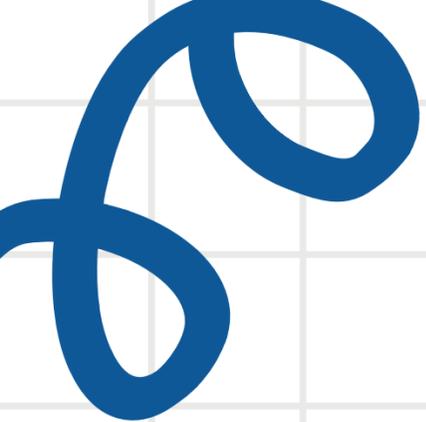
Lavorare su fattori come l'eccessiva attenzione all'immagine corporea e il perfezionismo, la paura dell'aumento di peso, la bassa autostima e la disregolazione emotiva.

Fase 4: Consolidamento e prevenzione delle ricadute

Consolidare i progressi raggiunti.

Minimizzare il rischio di ricaduta.

Pianificare strategie per affrontare eventuali difficoltà future e promuovere autonomia.



DBT

Creata da Marsha Linehan, la DBT combina elementi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) con pratiche di mindfulness e regolazione emotiva

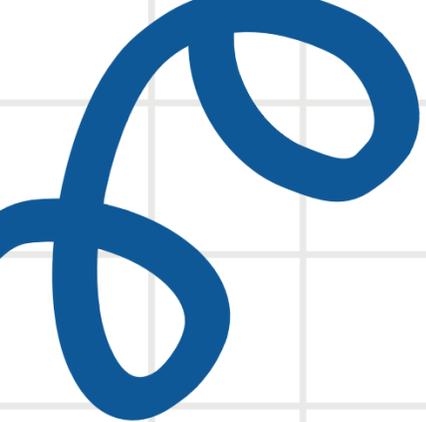


Mindfulness

- **Obiettivo:** Facilitare la capacità di essere consapevoli e concentrati sul momento presente in modo non giudicante.
- Aiuta a riconoscere i segnali di fame, sazietà e le emozioni che precedono un episodio di binge eating, migliorando la consapevolezza delle scelte alimentari e delle reazioni emotive.

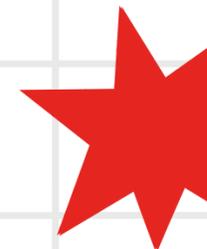
Regolazione Emotiva

- **Obiettivo:** Ridurre la vulnerabilità emotiva e sviluppare strategie per gestire emozioni intense (ansia, rabbia, tristezza) che possono scatenare le abbuffate.
- Insegna come identificare, comprendere e gestire emozioni forti senza ricorrere al cibo



DBT

Creata da Marsha Linehan, la DBT combina elementi della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) con pratiche di mindfulness e regolazione emotiva

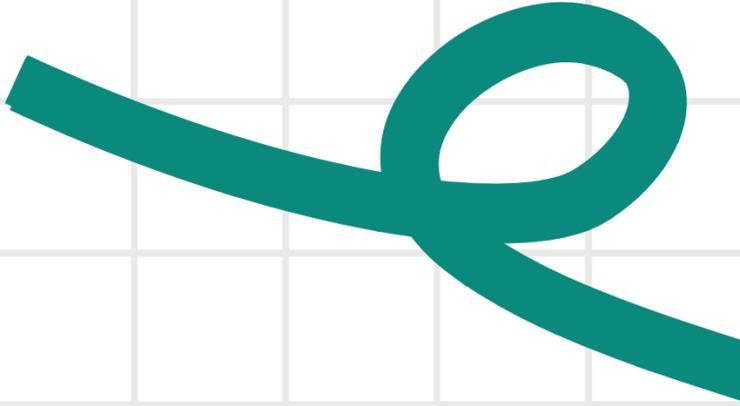
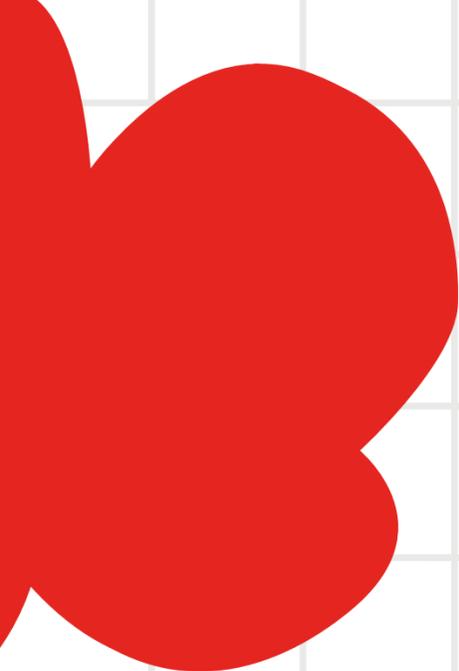


Efficacia Interpersonale

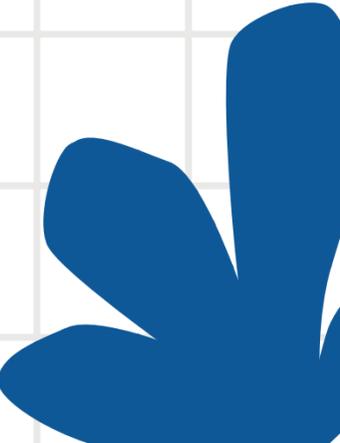
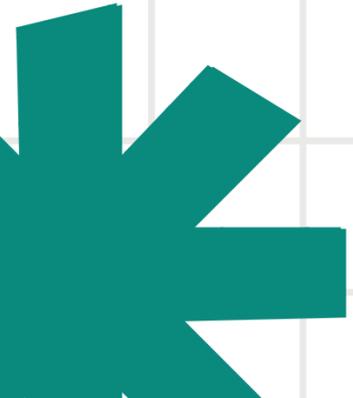
- **Obiettivo:** Migliorare le abilità interpersonali per gestire le relazioni personali e i conflitti, riducendo il rischio di stress emotivo e abbuffate.
- Aiuta a sviluppare abilità comunicative per limitare le difficoltà interpersonali ed evitare che quest'ultime incidano negativamente sul ciclo di abbuffate (es. DEAR MAN)

Tolleranza alla Sofferenza e Gestione delle Crisi

- **Obiettivo:** Insegnare ai pazienti a gestire situazioni stressanti o emozioni travolgenti che potrebbero portare a episodi di binge eating.
- Insegna strategie di fronteggiamento per affrontare il disagio senza ricorrere al cibo e fornisce strumenti pratici per gestire situazioni critiche (es. "STOP")



METODO



Database utilizzati:

- Psychinfo
- PubMed
- Google Scholar
- Scopus

Termini di ricerca:

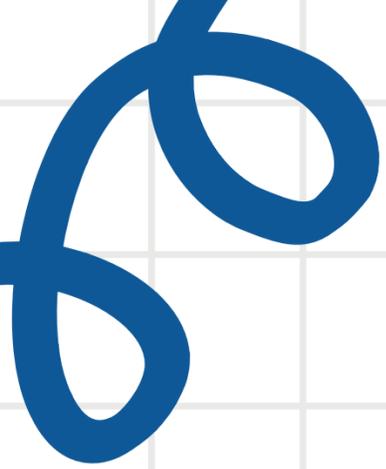
- DCA, binge eating, abbuffate, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), CBT-E, Dialectical Behavioral Therapy (DBT), relazioni interpersonali.

Criteri di Inclusione

- Disponibilità del testo completo (full text) gratuito e scaricabile.
- Rilevanza dell'argomento trattato.
- Originalità della ricerca.
- Evidenze pertinenti all'uso di protocolli basati su CBT-E e DBT.

Criteri di Esclusione

- Articoli non pertinenti.
- Articoli non in lingua italiana o inglese.
- Trattamenti non psicoterapici.
- Trattamenti non focalizzati su approcci cognitivo-comportamentali.



RISULTATI E DISCUSSIONE

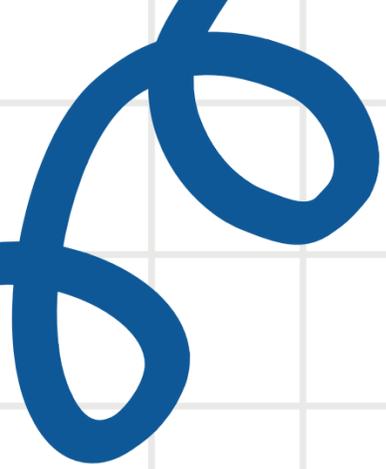


La CBT-E e la DBT si mostrano efficaci nel trattamento del BED, con particolare successo nella riduzione delle abbuffate e nella gestione della psicopatologia, mantenendo i benefici a lungo termine.

Principali evidenze:

- Riduzione delle abbuffate
- Miglioramenti significativi nei sintomi depressivi e ansiosi
- Diminuzione delle preoccupazioni relative all'alimentazione, al peso e alla forma corporea
- Miglioramento delle competenze nel gestire eventi quotidiani e l'umore
- Stabilità dei risultati nel tempo





EVIDENZE SUGLI ASPETTI INTERPERSONALI: CBT-E VS DBT



La CBT-E affronta problemi interpersonali come fattori di rischio e di mantenimento del disturbo, migliorando le abilità sociali, la comunicazione e la gestione dei conflitti.

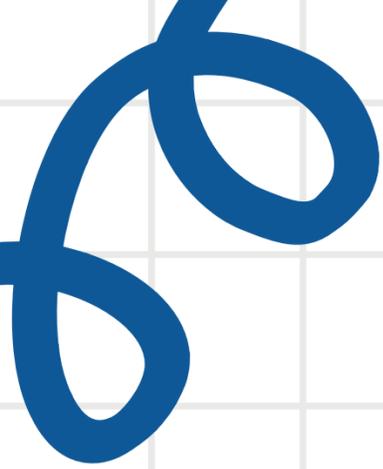
- Riduzione dell'isolamento e aumento della sicurezza nelle relazioni interpersonali.
- Focus sulla comunicazione e sulla gestione dell'autostima.

La DBT si concentra sulla regolazione emotiva e sull'acquisizione di competenze interpersonali.

- Tecniche di mindfulness e gestione degli impulsi per affrontare conflitti e stress senza ricorrere al cibo.
- Miglioramento delle dinamiche relazionali attraverso una maggiore consapevolezza emotiva.

Sia la CBT-E che la DBT si sono dimostrate efficaci nel migliorare le relazioni interpersonali nei pazienti con BED, favorendo una maggiore consapevolezza e competenza sociale.





EVIDENZE DI EFFICACIA DEL TRATTAMENTO INTEGRATO CBT-E + DBT



La CBT-E lavora sui pensieri disfunzionali e la riduzione delle abbuffate, mentre la DBT aiuta con la regolazione emotiva, le relazioni interpersonali e la gestione delle emozioni.

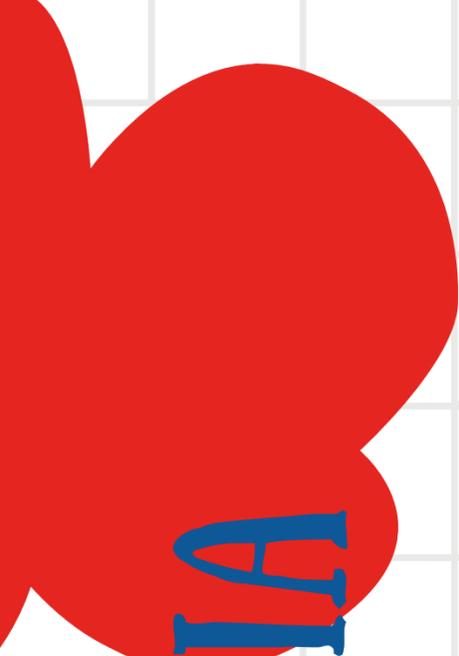
Risultati concreti:

- Aumento del senso di **autoefficacia**: miglioramento della fiducia in se stessi e nelle proprie capacità di affrontare le sfide.
 - Aumento della **consapevolezza relazionale**: identificazione delle dinamiche disfunzionali e sviluppo di relazioni più sane.
 - Miglioramento della **regolazione emotiva**: riduzione dei conflitti e delle reazioni impulsive nelle interazioni sociali.
- 

CONCLUSIONI

L'approccio integrato di CBT-E e DBT per il trattamento del BED combina i punti di forza di entrambe le terapie, affrontando sia i comportamenti alimentari che le difficoltà emotive e relazionali.

Sebbene promettente, richiede una gestione attenta per evitare conflitti tra i differenti approcci e necessita di ulteriori studi per confermarne l'efficacia a lungo termine.



BIBLIOGRAFIA



- Agh, T., Kovacs, G., Pawaskar, M., Supina, D., Inotai, A., & Voko, Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eating and Weight Disorders*, 20(1), 1–12.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association. (2022). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders*.
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311–330.
- Bankoff SM, Karpel MG, Forbes HE, Pantalone DW. A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders. *Eat Disord*. 2012;20(3):196–215.
- 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., El Ghoch, M., Calugi, S., Dalle Grave, R., Sartirana, M., ... & Calugi, S. (2018). Adapting CBT-OB for binge-eating disorder. *Treating obesity with personalized cognitive behavioral therapy*, 195–210.
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2020). Disturbo da binge-eating - Un update. *IJEDO*, 2, 29–40.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2016). "Shame and emotion regulation in clinical and nonclinical contexts." *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 27–39.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Gottlieb, C. D. (2015). 'Come together': Blending CBT/DBT and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. In J. Petrucelli (Ed.), *Body-states: Interpersonal and relational perspectives on the treatment of eating disorders*(pp. 269-282). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2005). "A randomized controlled trial of CBT vs DBT for binge eating disorder." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 961–969.
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228–234.
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1353–1376.
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Berry, J. M., Pindyck, L. J., Bulik, C. M., Crow, S. J., & Pope, H. G. (2010). Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 810–818.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65.
- Perloff, R. M. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Sex Roles*, 71(11–12), 363–377.
- Q da Luz, F., Hay, P., Wisniewski, L., Cordas, T., & Sainsbury, A. (2021). The treatment of binge eating disorder with cognitive behavior therapy and other therapies: An overview and clinical considerations. *Obesity Reviews*, 22(5), e13180.
- Safer D.L., Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther*. 2010;41(1):106–120.
- Safer, D.L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York, NY: Guilford Press.
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, Incidence, Impairment, and Course of the Proposed DSM-5 Eating Disorder Diagnoses in an 8-Year Prospective Community Study of Young Women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445–457.
- Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: a preliminary, uncontrolled trial. *Behav Ther* 2000; 31: 569–82.
- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., Fairburn, C.G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.
- World Health Organization. (2021). *Mental health and substance use: Eating disorders*. WHO.

THANKS
FOR
LISTENING

