

La terapia Cognitivo Comportamentale Transdiagnostica: l'efficacia del trattamento della CBT-E negli adolescenti con Anoressia Nervosa per il recupero del peso e l'inquadramento dei processi che mantengono la psicopatologia del disturbo alimentare nella formulazione specifica del paziente. Un confronto con altri trattamenti presenti in letteratura.

Maria Carmela Bongiovanni

Istituto Tolman – sede di Palermo, II anno Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Abstract

I disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza hanno un profondo impatto sulla salute fisica e sul funzionamento sociale di molti giovani, per tale ragione diventa importante trattarli precocemente e in modo efficace per evitare che abbiano effetti negativi sulla vita delle persone. Una forma particolare di terapia della famiglia, chiamata Maudsley Therapy FBT ^[1], è il trattamento con il maggior supporto empirico per gli adolescenti affetti da Anoressia Nervosa secondo le linee guida NICE ^[2]. Di recente la CBT-E è stata raccomandata dal NICE come alternativa alla Maudsley Therapy FBT, grazie alle evidenze presenti in letteratura e sostenute dal Dr Dalle Grave e collaboratori. Oggetto di discussione è l'utilizzo della Terapia Cognitivo Comportamentale Trasdiagnostica nello specifico il trattamento della CBT-E negli adolescenti con Anoressia Nervosa al fine di verificarne l'efficacia di tale trattamento nella popolazione giovanile rispetto ad altri interventi presenti in letteratura attraverso un'analisi sistematica. L'Anoressia Nervosa (AN) ha uno dei tassi di mortalità più alti di qualsiasi disturbo psichiatrico. I trattamenti sono spesso inefficaci e le ricadute sono comuni. La maggior parte delle ricerche ha tentato di capire le cause sottostanti e i fattori di mantenimento dell'AN concentrandosi sui contributi ambientali; tuttavia c'è ancora molto da esplorare in termini di rischio biologico e fattori di mantenimento. Sebbene il tasso di incidenza complessivo dell'anoressia nervosa sia considerevolmente stabile negli ultimi decenni, l'incidenza tra le persone più giovani (di età <15 anni) è aumentata ^[3]. Non è chiaro se ciò rifletta una diagnosi precoce o un'età di esordio più precoce. Tuttavia, questo sembra avere delle implicazioni per la ricerca futura sui fattori di rischio e per i programmi di prevenzione. I disturbi alimentari spesso si sviluppano durante l'adolescenza e la prima età adulta e sono associati a un significativo carico psicologico e fisico. Identificare interventi basati sull'evidenza è fondamentale ed è necessario fare il punto della letteratura esistente, informare la pratica clinica riguardo ad interventi basati sull'evidenza scientifica e indirizzare le future agende di ricerca. Lo scopo del presente lavoro è quello di fornire una breve panoramica del trattamento della CBT-E negli adolescenti con anoressia nervosa considerando il recupero del peso e la remissione della malattia come principali outcomes di riferimento per l'efficacia della CBT-E rispetto ad altri trattamenti complessi e integrati di psicoterapia. In conclusione la CBT-E negli adolescenti adotta un approccio flessibile, personalizzato e collaborativo, che si adatta allo sviluppo cognitivo dell'adolescente e che lo aiuta a riconoscere i

primi segnali di attivazione dello stato mentale del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso evitando così la ricaduta.

Parole chiave

Adolescents, anorexia nervosa, CBT-E, FBT, treatment outcomes

Introduzione

La visione Transdiagnostica e la Teoria Cognitivo Comportamentale (CBT)

Il termine terapia cognitivo comportamentale (CBT) si riferisce a una classe di trattamenti psicologici che si basano sui meccanismi cognitivi (credenze e pensieri) e comportamentali che giocano un ruolo importante nel mantenimento del problema. Le strategie e le procedure usate nella CBT dipendono dal problema da affrontare e si è dimostrata efficace principalmente nella cura della depressione clinica, dei disturbi d'ansia e dei disturbi dell'alimentazione. La CBT-E è una forma "specificata" di CBT sviluppata dal dr. Fairburn e collaboratori dell'Università di Oxford per curare i disturbi dell'alimentazione negli adulti, un approccio che è stato chiamato "transdiagnostico". La classificazione recente dei Disturbi dell'Alimentazione incoraggiava, prima degli studi di Fairburn, l'idea che esistano diverse condizioni cliniche nei disturbi del comportamento alimentare, ognuna delle quali richiede una propria forma di terapia. Questa visione è stata ampiamente messa in discussione dal ricercatore inglese e dal suo gruppo di collaboratori i quali attraverso una serie di studi randomizzati sperimentarono una nuova versione del trattamento ai Disturbi Alimentari estendendo la teoria cognitivo-comportamentale della Bulimia Nervosa a tutti i Disturbi dell'alimentazione, rendendo sulla base dei risultati raggiunti, la terapia "trans-diagnostica". Tali risultati supportarono fortemente sia la terapia che la teoria su cui era basata [4].

Le pazienti con anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbi dell'Alimentazione non altrimenti specificati NAS, hanno secondo Fairburn una grande quantità di caratteristiche comuni e gli studi sul loro decorso di malattia indicano una migrazione tra queste diagnosi. Il fatto che i Disturbi dell'alimentazione persistano ma evolvano nella loro forma, ma non in altri disturbi psichiatrici, suggerisce che i meccanismi "transdiagnostici" secondo quanto sostiene Fairburn, giocano un ruolo centrale nel mantenimento della psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione. Secondo la teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica, la psicopatologia specifica e centrale dei disturbi dell'alimentazione è *l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione*. Si definisce "specificata", perché è presente solo nei disturbi dell'alimentazione, e "centrale", perché la maggior parte delle caratteristiche cliniche osservate negli individui con disturbi dell'alimentazione deriva direttamente da essa. Dalla psicopatologia specifica e centrale derivano direttamente e indirettamente altri processi che a loro volta contribuiscono a "mantenere il disturbo" dell'alimentazione. Fra questi i più importanti sono la *restrizione dietetica cognitiva e/o calorica*, le *abbuffate favorite dalla restrizione alimentare*, gli *effetti negativi delle abbuffate sulla preoccupazione per il peso e la forma del corpo* e sul *senso di essere in controllo*, *l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo*, l'uso improprio di *lassativi e diuretici*, *i sintomi da denutrizione* associati al sottopeso che aumentano la *necessità di controllare l'alimentazione*^[5], il *check del corpo* [6] e *l'evitamento dell'esposizione del corpo* e infine *l'etichettamento* inaccurato della sensazione di essere grassi. La teoria sostiene che in un sottogruppo di individui possono operare anche uno più dei seguenti meccanismi di mantenimento aggiuntivi quali il *perfezionismo clinico*, *bassa autostima nucleare* e *difficoltà interpersonali* [7]. L'intolleranza alle emozioni, inclusa inizialmente come

meccanismo aggiuntivo della psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione, è stata incorporata nella versione più recente della teoria all'interno dei meccanismi di mantenimento specifici [8]. Infine vi sono evidenze sempre maggiori in letteratura che l'interruzione dei fattori di mantenimento sia necessaria per la guarigione dal disturbo dell'alimentazione [9].

Cognitive Behavioral Therapy Enhanced (CBT-E)

La terapia Cognitivo Comportamentale migliorata CBT-E è una forma specifica di CBT sviluppata dal Dr Christopher G. Fairburn e collaboratori dell'Università di Oxford per curare i disturbi dell'alimentazione negli adulti, un approccio che è stato definito "transdiagnostico". Tale approccio considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica più che come disturbi separati. Dalla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica è stata derivata la Cognitive Behavioral Therapy Enhanced CBT-E, in tale trattamento la diagnosi del disturbo dell'alimentazione non è rilevante per la cura, piuttosto il suo contenuto è dettato dalla psicopatologia e dai meccanismi di mantenimento presenti nel singolo paziente. La CBT-E è stata poi adattata nel 2007 dal Dr Riccardo Dalle Grave e collaboratori in Italia a Villa Garda, in stretta collaborazione con il gruppo di Oxford, anche per gli adolescenti e i trattamenti più intensivi, come il ricovero, il day-hospital e il trattamento ambulatoriale intensivo [10,11,12]. La CBT-E è un trattamento psicologico adatto per tutte le forme dei disturbi dell'alimentazione e a differenza dei trattamenti basati sul modello di malattia che affrontano la malattia del paziente, la CBT-E si basa su un *modello psicologico di spiegazione del disturbo dell'alimentazione* che affronta in modo personalizzato e flessibile le caratteristiche psicologiche e comportamentali e i fattori che le mantengono. Secondo questa interpretazione, la persona ha difficoltà a vedere la dieta e il peso basso, se presente, come un problema perché la sua autovalutazione si basa prevalentemente sul peso, sulla forma del corpo e sul controllo dell'alimentazione. Nonostante il senso di realizzazione associato al controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione, la persona può essere aiutata a capire questo sistema di autovalutazione, che oltre ad essere associato a numerosi danni fisici e psicosociali, è disfunzionale nel raggiungere una stabile e buona autovalutazione e nel decidere attivamente di trovare soluzioni più funzionali. Alla persona viene chiesto di assumere un ruolo attivo nel processo di cura attraverso un trattamento flessibile e cucito su misura sulle caratteristiche che operano nel singolo paziente e, a differenza di altri trattamenti applicati nei disturbi dell'alimentazione, non adotta mai procedure coercitive e prescrittive. Al paziente non viene chiesto mai di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire perché questo può aumentare la sua reticenza a cambiare, ma viene aiutato a comprendere la funzione psicologica del controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione e i danni che comporta. La strategia che sostiene la CBT-E è quella di costruire in modo collaborativo una *"formulazione" personalizzata dei principali processi di mantenimento della psicopatologia del paziente* ed utilizzarla per identificare gli aspetti che dovranno essere l'oggetto del trattamento stesso. Solo dopo la condivisione dei problemi da affrontare si pianificano, con il paziente stesso, (empirismo collaborativo), le procedure per affrontare le varie espressioni del disturbo alimentare, chiedendogli di applicarle con il massimo impegno. Se il paziente non raggiunge la conclusione che ha un problema da affrontare il trattamento non inizia o viene interrotto. L'obiettivo principale della CBT-E è aiutare il paziente a sviluppare uno schema di autovalutazione di sé più articolato e non dipendente in modo esclusivo dal peso, dalla forma del corpo e dal controllo dell'alimentazione. Nei pazienti con anoressia nervosa, il protocollo CBT-E prevede tre principali fasi. In primo luogo, aiuta i pazienti a rendersi conto della necessità di riprendere peso e li incoraggia per entrare in riabilitazione. In questa fase, l'accento è posto sull'aumento della motivazione dei pazienti a cambiare, aiutandoli a riconoscere i loro attuali pensieri e comportamenti disadattivi e i relativi processi che li mantengono. Inizialmente i pazienti sono incoraggiati a farlo attraverso delle schede di automonitoraggio compilate in tempo

reale (uno dei fattori cruciali nella CBT-E), stabilendo una modalità di alimentazione regolare e si decide attivamente di affrontare il ripristino del peso. Nella fase successiva il trattamento si concentra su tre obiettivi: affrontare le caratteristiche residue del disturbo dell'alimentazione, affrontare i meccanismi che stanno mantenendo la psicopatologia del disturbo alimentare e sviluppare le abilità per fronteggiare i passi indietro. I pazienti in questa fase sono incoraggiati ad aumentare di peso finché il loro indice di massa corporea BMI non rientra in un range tra i 18,5– e i 24,9 kg/m², affrontando la psicopatologia dei disturbi alimentari compresi i fattori di mantenimento. Infine la terza fase del trattamento della CBT-E ha l'obiettivo di assicurarsi che i progressi siano mantenuti dopo la fine del trattamento e minimizzare il rischio di ricaduta. L'organizzazione del trattamento prevede nelle persone che non sono in sottopeso, due appuntamenti iniziali di valutazione/preparazione seguiti da 20 sedute individuali in 20 settimane, della durata di 50 minuti ciascuna. Le prime otto sedute sono eseguite due volte a settimana per sviluppare il cosiddetto "slancio terapeutico". In seguito le sedute sono eseguite una volta a settimana e, nella fase finale della terapia, le ultime tre sedute sono effettuate ogni due settimane. Nelle persone che sono sottopeso, il trattamento è più lungo, potendo spesso prevedere 40 sedute individuali in 40 settimane della durata di 50 minuti ciascuna, nei primi mesi due sedute la settimana, poi quando il miglioramento avviene a un ritmo costante, le sedute sono eseguite una volta a settimana e nell'ultima fase del trattamento una volta ogni due settimane. Sia per le persone sottopeso che non sottopeso sono previste delle sedute di revisione post trattamento dopo quattro, dodici e venti settimane dalla terapia. Questi incontri sono utili a rivedere insieme al paziente l'attuazione del piano a breve termine, si discute della necessità di pesarsi settimanalmente e di continuare a compilare il questionario Eating Problem Check List EPCL, infine si discute di come il paziente ha gestito gli eventuali passi indietro e in relazione a questo se necessario si revisiona il piano di mantenimento a lungo termine. La CBT-E può essere somministrata in due forme, la forma "focalizzata" e la "forma allargata". La prima affronta esclusivamente i fattori di mantenimento specifici dei disturbi dell'alimentazione, la forma "allargata" affronta i moduli specifici anche uno o più dei fattori di mantenimento esterni descritti dalla teoria cioè il perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, difficoltà interpersonali marcate e intolleranza alle emozioni. La decisione di somministrare la forma allargata della CBT-E è presa nelle sedute di revisione del trattamento.

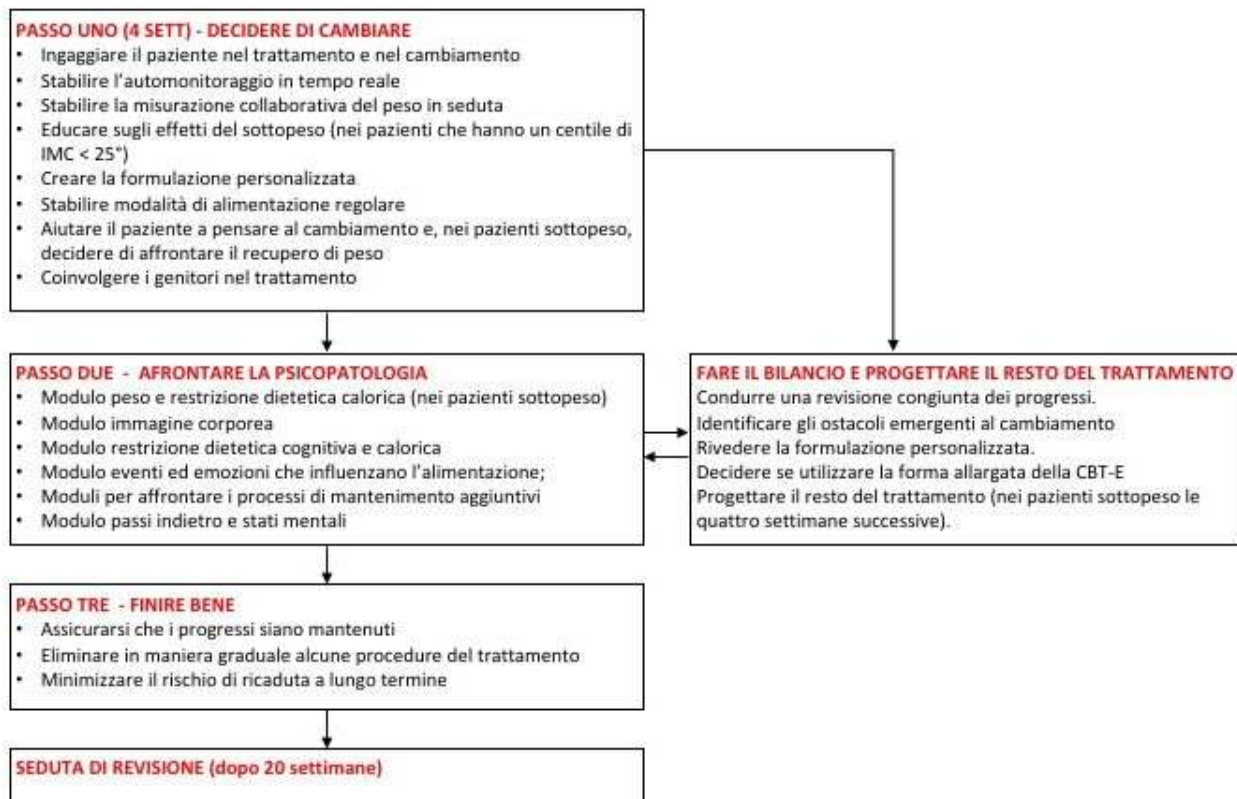
La Terapia Cognitivo Comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione nell'Adolescenza (CBT-EA)

Il trattamento della CBT-EA per gli adolescenti è un trattamento derivato dalla CBT-E per gli adulti sviluppato dal Dr. Riccardo Dalle Grave presso l'Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda e il centro ADA di Verona, in collaborazione con il Dr. Christopher Fairburn dell'Università di Oxford. Il trattamento, originariamente era stato concepito per pazienti adulti con disturbi dell'alimentazione di gravità clinica gestibile a livello ambulatoriale e con un indice di massa corporea IMC compreso tra i 15,0 e 40,0; il trattamento della CBT-EA è stato adattato successivamente dal dr. Dalle Grave e Collaboratori in Italia per gli adolescenti di almeno 12 anni di età in collaborazione con il centro di Oxford [13]. L'idea del trattamento CBT-EA nasce 2007 durante le periodiche supervisioni del Dr. Fairburn a Villa Garda e dove il gruppo di lavoro del Dr. Dalle Grave stava lavorando per implementare l'adattamento della CBT-E ad un setting intensivo di cura per uno studio controllato e randomizzato effettuato in un setting residenziale che confrontava due forme di terapia cognitivo comportamentale una focalizzata per affrontare la psicopatologia specifica del disturbo alimentare e una allargata che affrontava altri aspetti esterni alla psicopatologia specifica come il perfezionismo clinico la bassa autostima nucleare e difficoltà interpersonale. Durante queste supervisioni il Dr. Dalle Grave discusse con il prof. Fairburn di adattare agli adolescenti la CBT-E in quanto sosteneva che possono essere motivati e ingaggiati attivamente nel processo di cura piuttosto che utilizzare metodi basati sull'esternalizzazione che non coinvolge il giovane attivamente nel processo cura identificandolo con il disturbo alimentare. La Terapia Cognitivo Comportamentale

Migliorata per gli Adolescenti CBT-EA nasce come trattamento psicologico individuale, flessibile e personalizzato adatto a curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione, affrontando i processi cognitivo comportamentali di mantenimento della psicopatologia che operano nel paziente. I *quattro obiettivi generali della CBT-E negli adolescenti* sono ingaggiare il paziente, non solo motivarli ad affrontare il disturbo dell'alimentazione ma anche di avere un ruolo attivo nel processo di cura in linea con le caratteristiche della terapia cognitivo comportamentale che evidenzia un approccio collaborativo con il paziente. Il secondo obiettivo è rimuovere la psicopatologia del Disturbo dell'Alimentazione il modo disturbato di mangiare e basso peso se presente; e comportamenti estremi di controllo del peso; preoccupazione per l'alimentazione, la forma del corpo e il peso. Il terzo obiettivo è quello di correggere i meccanismi che mantengono la psicopatologia, specificati nella "formulazione" del paziente quindi è un trattamento altamente personalizzato e transdiagnostico (non determinato dalla diagnosi). Infine l'ultimo obiettivo è aiutare il paziente a sviluppare delle skills di prevenzione della ricaduta aiutando i pazienti a rispondere prontamente a qualsiasi passo indietro (set-back). La CBT-EA è stata valutata in quattro studi di coorte che, ottenendo dei risultati promettenti, hanno portato le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence NICE a raccomandare questa forma di cura per i giovani affetti da disturbi dell'alimentazione. Lo stile della CBT-EA è simile ad altre forme di CBT per quanto riguarda la creazione di un rapporto di collaborazione tra il terapeuta e il paziente, che lavorano assieme come una squadra per affrontare i processi che mantengono il disturbo dell'alimentazione, nell'ottica dell'*empirismo collaborativo* che caratterizza la terapia cognitivo comportamentale. Tutte le procedure della CBT-EA sono state progettate per rafforzare il senso di controllo e di autonomia negli adolescenti affetti da Disturbi Alimentari, coinvolgendoli attivamente in tutte le fasi di cura: dalla decisione di iniziare il trattamento, alla scelta dei problemi da affrontare e delle procedure da adottare per superare il suo disturbo dell'alimentazione. Questo approccio è fondamentale perché i pazienti adolescenti con disturbi dell'alimentazione hanno la necessità di sentirsi in controllo in generale[14]. Al paziente è comunicato che la guarigione dal disturbo dell'alimentazione è difficile ma ne vale sempre la pena e per tale motivo al paziente è chiesto di considerare il trattamento come una priorità. Per tale ragione secondo quanto sostiene il Dr dalle Grave è importante che il terapeuta si assicuri che il paziente capisca sempre quello che sta succedendo nel corso del trattamento e che lo incoraggi a diventare partecipante attivo nel suo processo di cambiamento. La CBT-EA non adotta mai procedure "coercitive" e "prescrittive", dunque al paziente non è mai chiesto di fare delle cose che non è d'accordo di eseguire, perché questo può aumentare la sua resistenza al cambiamento. La strategia chiave del trattamento della CBT-EA consiste nel creare in modo collaborativo con il paziente una "*Formulazione Personalizzata*" dei principali processi di mantenimento della sua psicopatologia e che diverranno il bersaglio del trattamento. La formulazione ha lo scopo di creare un trattamento cucito su misura per affrontare la psicopatologia individuale evolvente del paziente. 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. La CBT-EA considera essenziale che il paziente impari a *decentrarsi dal suo disturbo dell'alimentazione* e per tale motivo il terapeuta stimola il paziente a diventare interessato a capire come funziona e si automantiene il suo disturbo alimentare. Il paziente è incoraggiato a osservare, usando l'automonitoraggio in tempo reale, attraverso delle schede apposite che il terapeuta fornisce al paziente, come operano i processi riportati nella formulazione nella sua vita reale. Per ottenere un cambiamento cognitivo, è spinto a fare cambiamenti comportamentali graduali nel contesto della sua formulazione e ad analizzare gli effetti e le implicazioni degli stessi sul suo modo di pensare. Nelle fasi più avanzate del trattamento, quando i principali processi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione sono stati interrotti e il paziente riporta di avere dei periodi liberi dalle preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione, il trattamento lo aiuta a riconoscere i primi segnali di attivazione del *mind-set* del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi

rapidamente da esso, evitando così la ricaduta. La CBT-EA è strutturata in tre passi principali: il Passo Uno, Il Passo Due e il Passo Tre; ed ha una durata di 20 settimane per i pazienti non sottopeso e di 30-40 settimane in quelli sottopeso, e può essere somministrata in due forme, la forma “focalizzata” che affronta esclusivamente la psicopatologia specifica dei disturbi dell’alimentazione e la “forma “allargata” che affronta in moduli specifici anche uno o più dei processi di mantenimento aggiuntivi o esterni descritti dalla teoria transdiagnostica cioè il *perfezionismo clinico*, *bassa autostima nucleare*, *difficoltà interpersonali*, *intolleranza alle emozioni*.

Figura 1. La mappa della CBT-EA dalla fonte (Riccardo Dalle Grave, *Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata CBT-E e Trattamento Basato sulla Famiglia (FBT) per gli adolescenti con disturbi dell’alimentazione: quali sono le differenze?*)



Le caratteristiche distintive dell’alimentazione negli adolescenti riguardano i temi del controllo e dell’autonomia, della loro ambivalenza nei confronti del trattamento, dell’eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo per sé e della necessità di ricevere un trattamento che si adatti al loro sviluppo cognitivo. Un’altra caratteristica importante riguarda la salute fisica del paziente, in particolare le complicanze mediche associate al Disturbo Alimentare tendono ad essere più gravi negli adolescenti rispetto agli adulti in quanto i loro organi non sono ancora sviluppati completamente, gli adolescenti sono più vulnerabili agli effetti della malnutrizione e alla perdita di peso rispetto agli adulti. Tra le complicanze mediche vi è l’osteopenia e osteoporosi, arresto o ritardo della crescita (se l’adolescente non recupera il peso rapidamente) e pubertà ritardata o assente e cambiamenti funzionali e strutturali nel cervello. L’altra differenza importante rispetto agli adulti è che i genitori nella maggior parte dei casi devono essere coinvolti se possibile per ragioni legali per quanto concerne il consenso informato scritto da entrambi i genitori; inoltre possono contribuire a mantenere il Disturbo Alimentare (emotività espressa) ma possono creare un ambiente che facilita il cambiamento e aiutare l’adolescente ad implementare alcune procedure del trattamento e questo richiede una modificazione del trattamento della CBT-E. La strategia del trattamento è quella di

coinvolgere i genitori come “aiutanti” e non controllori contribuendo a creare un ambiente familiare ottimale.

La Cognitive Behavioral Therapy Enanched (CBT-E) e il Family-Based Treatment (FBT) a confronto: differenze principali tra i due trattamenti terapeutici per gli adolescenti.

Il confronto tra il Family-Based Treatment e la Cognitive Behavioral Therapy Enanched (CBT-E) presente nel mio lavoro di ricerca bibliografica nasce dall’esigenza di confrontare due terapie che nelle loro evidenze presenti in letteratura hanno tenuto conto dell’outcome di *recupero del peso* nell’anoressia nervosa negli adolescenti in relazione agli studi sull’efficacia delle due tipologie di trattamento presenti attualmente. Il FBT e la CBT-EA si differenziano per la concettualizzazione del disturbo dell’alimentazione, la natura del coinvolgimento dei genitori e degli adolescenti, il focus dell’intervento, la modalità di somministrazione del trattamento e, sebbene non siano mai state confrontate, anche per i costi che appaiono più elevati per la FBT. Le similitudini dei due trattamenti riguardano il fatto che entrambe non si sono occupati di costruire delle ipotesi sulle potenziali origini dei Disturbi Alimentari. Sia il FBT che la CBT-EA hanno l’obiettivo di normalizzare il peso del paziente ed espongono il paziente al cibo temuto e al suo consumo. Entrambi riducono indirettamente l’eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo inoltre includono la misurazione del peso ad ogni seduta. La CBT-Ea aiuta il paziente a migliorare l’importanza di altri domini della vita (ad es., scuola, vita sociale, hobby, ecc.), il FBT aiuta l’adolescente a sviluppare una maggiore autonomia personale. Rispetto alle differenze rilevanti presenti nei due trattamenti è importante sottolineare che la FBT si basa sul concetto che il problema o i sintomi appartengono all’intera famiglia, mentre la CBT-E considera il problema come appartenente all’individuo. La CBT-E è quindi progettata per trattare il disturbo alimentare come parte del paziente e incoraggia il paziente e non i suoi genitori a prendere il controllo nel corso del trattamento. Il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) ha raccomandato recentemente la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) per i disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti quando la terapia familiare risulta inefficace o controindicata o inaccettabile. Questa raccomandazione del NICE è stata supportata dai risultati promettenti dimostrati dalla versione potenziata della CBT (CBT-E), adattata per gli adolescenti con disturbi alimentari ^[15, 16] in studi di coorte di pazienti dagli 11 ai 19 anni. La CBT-E è un trattamento che si allinea con un solo approccio terapeutico, quella della terapia cognitivo comportamentale. Il FBT invece è approccio integrato che include un insieme di procedure di varie scuole di psicoterapia, come la terapia sistemica, strategica narrativa e strutturale. Questa differenza si osserva in particolar modo nella fase di somministrazione del trattamento che nella FBT avviene in équipe multidisciplinare mentre nella CBT-E è presente un unico terapeuta dopo la fase di valutazione iniziale. Il Family-Based Treatment FBT è stato sviluppato negli anni 70’ da un gruppo di ricercatori guidati da Christopher Dare e Ivan Eisler presso l’Institute of Psychiatry del Maudsley Hospital di Londra. Il trattamento, chiamato anche Maudsley Family Therapy, è una forma particolare di terapia familiare empiricamente supportata per gli adolescenti con anoressia nervosa che hanno un disturbo di breve durata (Lock & Le Grange, 2013; Lock, et al.,2010). Il Family-Based Treatment FBT considera l’adolescente non in grado di controllare il suo comportamento ed è visto come un bambino che necessita di un sostegno significativo dai loro genitori. Nella CBT-E l’adolescente invece è coinvolto attivamente in tutte le fasi della cura: dalla decisione di iniziare il trattamento, alla scelta dei problemi da affrontare e delle procedure da adottare per superare il suo disturbo alimentare. Il FBT persegue l’obiettivo di migliorare il controllo dei genitori sull’alimentazione dell’adolescente,

questo controllo di solito però non è efficace e comporta un senso di colpa vissuto proprio dai genitori i quali si sentono colpevoli per il disturbo alimentare del paziente o perché i sintomi del disturbo li spingono ad agire decisamente. Il coinvolgimento dei genitori nella CBT-E invece è utile ma non essenziale, in quanto aiutano il figlio/a a creare un ambiente ottimale per il cambiamento e ad usare alcune procedure con l'accordo del paziente. Nel FBT i genitori invece assumono il ruolo di "controllori" controllando attivamente il comportamento del figlio/a perché l'adolescente non ha controllo su di sé in conseguenza alla sua malattia, mentre nella CBT-E i genitori assumono il ruolo di "aiutanti" nel creare un ambiente familiare ottimale che faciliti il cambiamento aiutando il proprio familiare ad implementare alcune procedure del trattamento. Il trattamento del FBT si focalizza principalmente sul compito di normalizzare il peso del paziente, in particolare nella prima fase del trattamento, usando un adattamento del pasto familiare terapeutico sviluppato da Minuchin nel quale i genitori sono incoraggiati a prendere il controllo dell'alimentazione nell'adolescente con disturbi alimentari. Il trattamento FBT è stato progettato per considerare il processo di sviluppo dell'adolescente, ma solamente quando egli ha raggiunto un peso stabile e normale per la sua età, mentre l'approccio della CBT-E è stato sviluppato tenendo conto dello sviluppo cognitivo dei pazienti più giovani che si trovano sia sottopeso che non sottopeso e questo è facilmente gestito nella CBT-E in quanto la CBT-E non è un trattamento complesso, mentre il FBT si caratterizza per essere un trattamento integrato e complesso. Un aspetto chiave del trattamento FBT è separare il disturbo dell'alimentazione dal paziente (*cioè esternalizzare o meno la malattia*) cioè non identificare il paziente con il disturbo alimentare, al fine di consentire genitori ad agire attivamente e con fermezza contro la malattia, invece di agire contro la loro figlia o figlio. Il FBT favorisce l'adozione acritica da parte dei genitori l'adolescente nella lotta contro i suoi sintomi. I genitori sono discolpati per la malattia del paziente e al contrario, si congratulano per le loro abilità genitoriali precedenti. I genitori sono anche incoraggiati a capire da soli come rialimentare l'adolescente e consultare il terapeuta come consulente che li supporta in questo sforzo, il quale si limita ad offrire un appoggio costante. Un principio del FBT è perciò la prospettiva agnostica sulle cause dell'anoressia nervosa per aiutare i genitori a non sentirsi in colpa e ad usare le loro migliori risorse per facilitare la guarigione del paziente. Un'altra strategia chiave per ingaggiare i genitori nel trattamento è aumentare il loro livello di ansia, enfatizzando la gravità della malattia, incluso la difficoltà di guarigione e il rischio di morte. Il FBT coinvolge tutta la famiglia, genitori e fratelli, che devono frequentare ogni seduta assieme all'adolescente con disturbo alimentare. Il trattamento comprende 40 sedute di 50-60 minuti, ad eccezione del pasto familiare che dura fino a 90 minuti. Il trattamento si svolge in tre fasi. Nella *Fase Uno*, della durata di tre / cinque mesi con sedute a intervalli settimanali, i genitori sono caricati della responsabilità di correggere i comportamenti alimentari disturbati e il basso peso dell'adolescente. Il compito del terapeuta è quello di aiutare i genitori a sviluppare e a perfezionare le loro tecniche. Nella *Fase Due* una volta che i comportamenti alimentari disturbati sono notevolmente ridotti, il controllo sul consumo di cibo viene trasferito di nuovo all'adolescente e le sedute sono in genere programmate ogni due o tre settimane. Nella *Fase Tre*, quando sono stati raggiunti un peso corporeo e comportamento alimentare normali, sono affrontate questioni più generali che riguardano lo sviluppo adolescenziale e le sedute sono programmate a intervalli mensili. Il FBT è un trattamento multidisciplinare ed include un terapeuta primario (per esempio, un neuropsichiatra infantile o uno psicologo), un co-terapeuta che deve essere presente a tutte le sedute di FBT, e un team che si compone di pediatra, infermiere e nutrizionista che incontrano periodicamente i pazienti. La CBT-E è trattamento psicologico individuale, flessibile e personalizzato dove paziente e terapeuta lavorano assieme come una squadra per affrontare i processi che mantengono il disturbo dell'alimentazione (empirismo collaborativo). Per spiegare perché la persona continua ad adottare comportamenti estremi di controllo del peso nonostante i danni che questi provocano la CBT-E il FBT si rifanno a

due modelli differenti. La CBT-E che adotta un modello psicologico per la cura dei disturbi dell'alimentazione, dove spiega appunto che 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*. Secondo la teoria cognitivo comportamentale, questo rappresenta un peculiare sistema di autovalutazione che si fonda su questi fattori che manterranno il disturbo alimentare che porterà la persona a giudicare il proprio valore personale su questo sistema errato e disfunzionale di valutazione del proprio sé. Il FBT è orientato ad adottare invece un approccio prescrittivo dove la dieta ferrea, le abbuffate, la paura di ingrassare e la mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale basso peso corporeo sono spiegati come sintomi di una malattia specifica da sconfiggere attraverso aiuti esterni, prescrizioni dietetiche, farmacologiche e psicologiche dei terapeuti. Un'altra differenza fondamentale tra i due trattamenti sono le strategie utilizzate per il recupero del peso corporeo. Nella CBT-E, il recupero del peso nei pazienti con anoressia nervosa di solito si ottiene dopo 2-4 settimane di trattamento e solo quando i pazienti concludono che devono occuparsi dei loro peso contenuto. Al contrario, il recupero del peso nel FBT è affrontato all'inizio, e lo sono anche i genitori supportati per guidare questa agenda ^[17]. Questa strategia è probabilmente la principale spiegazione dell'aumento di peso iniziale graduale ottenuti dalla CBT-E rispetto al FBT. Gli adolescenti con anoressia nervosa sono spesso difficili da coinvolgere poiché si trovano in una fase del disturbo egostintorico, cioè le persone fanno fatica a vedere il disturbo alimentare come un problema. Questa caratteristica ha portato allo sviluppo di trattamenti che vedono la malattia separata dal paziente (cioè esternalizzazione) per consentire ai genitori, come nella FBT, o ai medici di intraprendere un'azione decisa contro il disturbo alimentare e non contro il paziente. Lo scopo di questi trattamenti, basati sul controllo "esterno" è quello di aiutare i giovani pazienti a riprendere peso e a smettere di praticare comportamenti estremi di controllo del peso indipendentemente dalla loro volontà di farlo. Contrariamente ai trattamenti basati sul controllo esterno, la CBT-E non separa mai il disturbo alimentare dal paziente adolescente e non gli chiede mai di fare cose che non vede come un problema da affrontare. Ritiene che invece i giovani possano essere aiutati a riprendere il controllo svolgendo un ruolo attivo nel trattamento e nella decisione di cambiare. L'approccio collaborativo della CBT-E è volto a migliorare il senso generale di controllo del paziente, e rappresenta una modalità relazionale che ben si adatta ai pazienti più giovani, nei quali la ricerca del controllo, dell'autonomia e dell'indipendenza sono temi di grande interesse. La spiegazione psicologica del loro disturbo alimentare e il loro coinvolgimento attivo nella decisione di cambiare sono potenziali moderatori del cambiamento. Infine il focus dell'intervento rispetto al recupero del peso è differente nei due trattamenti. Nel FBT il recupero del peso è agevolato dal consumo dei pasti in famiglia e questo permette un incremento graduale del peso e dell'autonomia dell'adolescente stabilendo confini familiari più appropriati e riorganizzando la vita dei genitori dopo la guarigione del paziente. Nella CBT-E invece il recupero del peso e la rimozione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione si determina con il coinvolgimento attivo del paziente correggendo i meccanismi che mantengono la psicopatologia. Un aspetto importante riguarda nella CBT-E la prevenzione della ricaduta aiutando il paziente a decentrarsi dal mindset del disturbo dell'alimentazione.

Materiali e Metodi

Strategia di ricerca

È stata effettuata una ricerca online della letteratura scientifica mediante i seguenti database: Pubmed, Scopus, Google Scholar, Cochrane Library. I termini di ricerca hanno incluso “ *Enhanced Cognitive behavior*” and “ *adolescents*”, *Anorexia Nervosa, Treatment, Family-based treatment*.

Sono stati tenuti in considerazione specifici criteri di ricerca quali la disponibilità dell'intero testo, in forma scaricabile gratuitamente (free full text), la totalità delle tipologie di articolo, l'arco temporale pari a un decennio (Gennaio 2013- Agosto 2023) per il fatto che il primo studio sull'adattamento della CBT-E negli adolescenti risale alla pubblicazione di uno studio partito nel 2013.

Criteri di inclusione

Considerare:

- studi relativi alla valutazione dell'efficacia del trattamento della CBT-E sugli outcomes relativi al recupero del peso e alla remissione dell'anoressia nervosa ai follow up post trattamento;
- studi relativi all'efficacia della CBT-E sul trattamento dell'anoressia nervosa negli adolescenti indipendentemente e confrontati con altri trattamenti non cognitivo comportamentali;
- studi compresi nel decennio tra Gennaio 2013 e Agosto 2023
- articoli in lingua inglese
- reviews sistematiche, meta-analisi e studi innovativi.

Criteri di Esclusione

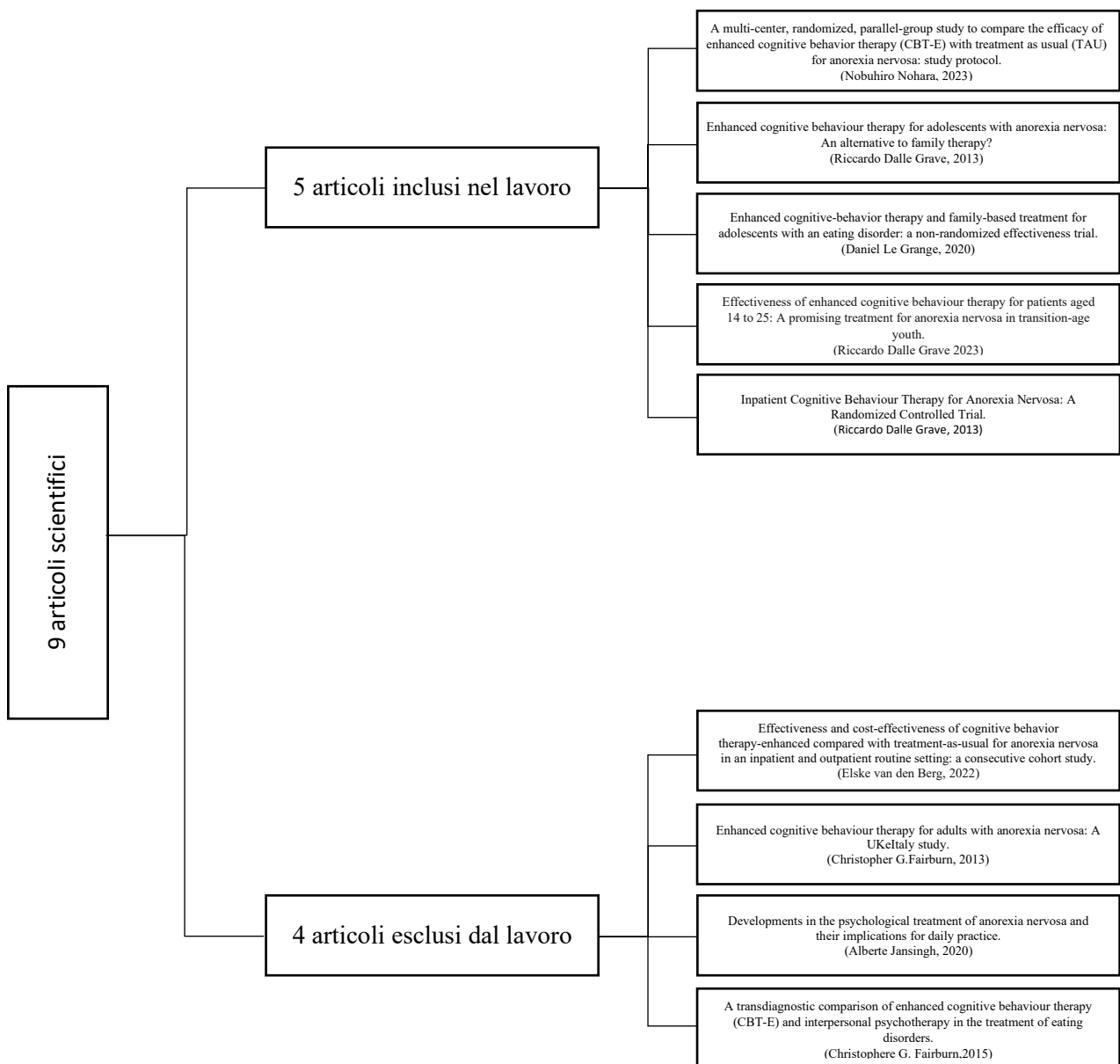
Escludere:

- lavori relativi al trattamento della CBT-E nei pazienti Adulti con Disturbi Alimentari
- studi focalizzati sul trattamento di problematiche psicologiche correlate a patologie organiche in età evolutiva
- studi focalizzati sul trattamento farmacologico dell'anoressia Nervosa
- lavori il cui testo non è accessibile gratuitamente, editi al di fuori del decennio stabilito, editi in lingua inglese diversa da quella inglese.

Risultati

Risultati della ricerca

La ricerca iniziale ha identificati nove articoli scientifici con le caratteristiche prescelte relative alla fase di teorizzazione del lavoro di cui quattro sono stati esclusi per via della presenza di tematiche rientranti nei criteri di esclusione (lavori relativi al trattamento della CBT-E nei pazienti Adulti con Disturbi Alimentari e studi focalizzati sul trattamento di problematiche psicologiche correlate a patologie organiche in età evolutiva).



Flow-chart dei risultati della ricerca

Risultati dello studio bibliografico

Attraverso i cinque articoli inclusi nello studio bibliografico sono state poste in evidenza le correlazioni cliniche, nella popolazione giovanile con Disturbo Alimentare attraverso il trattamento di pazienti che presentano già una diagnosi di Anoressia Nervosa e che ricevono un trattamento con la CBT-E avente come risultato immediato l'obiettivo del recupero del peso e il miglioramento della psicopatologia globale del Disturbo Alimentare e un mantenimento dei risultati raggiunti a lungo termine.

Estrapolazione dei dati

Le caratteristiche degli studi così come i dati da essi estrapolati riguardanti autore, anno, paese, tipologia di studio, numero dei partecipanti, scopo dell'intervento, frequenza dell'intervento, processi CBT-E alla base dell'intervento terapeutico, durata dello studio ed assessment strumentale sono stati inseriti nella tabella di seguito riportata in accordo alle linee PRISMA ^[18]

Autore Anno Paese	Tipologia studio	Numero partecipanti	Range età	Scopo intervento CBT-E	Frequenza intervento CBT-E	Processi CBT-E	Durata studio	Assessment strumentale
Nobuhiro Nohara Giappone 2023	Trial design	56 partecipanti	16 anni	Trattamento AN	25-40 sessioni di 50 min in un periodo di 40 settimane	Recupero del peso in pazienti con AN Miglioramento della psicopatologia	20/40 settimane 1 follow up dopo 6 mesi dopo le 40 settimane	Baseline variables: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE Q) [19,20,21] Clinical Impairment Assessment questionnaire (CIA) [22,23] Body weigh, height SCID-5RV
Riccardo Dalle Grave Italia 2013	Randomized Controlled Trial	80	Tra i 14 e i 65 anni	Trattamento AN	20 sessioni di 50 minuti	Recupero del peso in pazienti con AN Miglioramento della psicopatologia	20 settimane	Eating Disorder Examination (EDE) interview [24,25] Brief Symptom Inventory [26,27] Bilancia a raggio e stadiometro montato a parete
Daniel Le Grange Stati Uniti 2020	Non - Randomized effectiveness trial	97	Tra i 12 e i 18 anni	Trattamento EA	40 sessioni nell'arco di 9 mesi (sottopeso) 20 sessioni nell'arco di 6 mesi (non sottopeso)	Aumento del peso	9 mesi	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE Q) [28,29,30]
Riccardo dalle Grave Italia 2023	Research Article	115	Tra i 14 e i 25 anni	Trattamento AN	40 sessioni complessive di cui 6-10 sessioni congiunte di 15-20 minuti con i genitori	Aumento del peso e riduzione della psicopatologia generale	3 anni	Body weigh and height con Bilancia a raggio e stadiometro montato a parete BMI for age Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) 6th edition italian version Brief Symptom Inventory Clinical Impairment Assessment
Riccardo dalle Grave Italia 2013	Research Article	50	Tra i 13 e i 17 anni	Trattamento AN	40-45 minuti sessioni individuali e 8 sessioni di 15 minuti con i genitori	Aumento del peso immediato e mantenimento a lungo termine dei risultati di miglioramento della psicopatologia	40 settimane Follow-up 60 settimane dopo	Body weight and body mass index Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q6.0) (fair e Berli 2008) Symptom Checklist-90

Discussione

L'anoressia Nervosa negli adolescenti

L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo che ha esordio nell'adolescenza ed è considerata uno dei disturbi mentali più difficili da trattare. L'anoressia nervosa è tra i più frequenti disturbi del comportamento alimentare dell'età adolescenziale, che si configura come una patologia mentale grave, caratterizzata da comportamenti estremi nei confronti del cibo e da un ossessivo ed eccessivo controllo del peso. In media, il disturbo compare per la prima volta intorno ai 16-17 anni; colpisce più frequentemente le giovani donne, sebbene recentemente stia diventando comune anche tra gli uomini. Tra gli altri sintomi associati a tale disturbo sono stati descritti una bassa autostima, rigidità di pensiero e comportamento associato al perfezionismo, difficoltà a riconoscere e a comunicare le proprie emozioni (con inevitabili ripercussioni sui rapporti interpersonali), riduzione delle capacità cognitive riguardanti l'attenzione, la concentrazione e la memoria, nonché un desiderio patologico di essere magri, che spinge all'autoinduzione del vomito e alla pratica eccessiva dell'esercizio fisico^[31]. I pazienti con Anoressia Nervosa sono spesso riluttanti ad intraprendere un ciclo di trattamento, mentre molti di loro coloro che lo fanno affrontano una prognosi sfavorevole. Alcuni studi presenti nella ricerca bibliografica attuale dimostrano l'applicazione di nuovi trattamenti riguardanti la Terapia Cognitivo Comportamentale che promuovono una prognosi più favorevole dell'Anoressia Nervosa negli adolescenti i quali riescono a mantenere i miglioramenti raggiunti anche mesi dopo la fine del trattamento ^[32]. Le difficoltà principali nel trattamento dell'Anoressia Nervosa sono attribuibili ad una serie di fattori tra cui: gli alti tassi di abbandono, la natura egosintonica della malattia, l'incapacità o riluttanza dei pazienti ad affrontare i propri problemi personali carichi di emozioni durante la terapia e gli effetti avversi dovuti al basso peso corporeo e della malnutrizione sull'elaborazione cognitiva. Nel contesto successivo alla pandemia si è registrato un incremento di casi di Anoressia Nervosa tra gli adolescenti. Negli ultimi anni abbiamo assistito all'emergere di nuovi approcci alla psicoterapia dei disturbi alimentari per l'Anoressia Nervosa. L'Istituto Nazionale per la Sanità e Clinical Excellence (NICE) raccomanda due tipologie di trattamenti per l'Anoressia Nervosa negli adolescenti, uno che ha presentato maggiori evidenze nel tempo e basato sulla terapia familiare il FBT che si caratterizza per essere un approccio complesso multidisciplinare e integrato e la CBT-E, raccomandata di recente dal NICE. La CBT-E è una terapia cognitivo comportamentale migliorata di terza generazione che si caratterizza per un approccio individuale, flessibile e cucito su misura sul paziente che di recente ha rappresentato una valida alternativa al FBT secondo le evidenze attuali (Dalle Grave.,2013). I quattro obiettivi generali della CBT-E nell'adolescente sono ingaggiare il paziente, non solo motivarlo ad affrontare il disturbo dell'alimentazione ma anche di avere un ruolo attivo nel processo di cura in linea con le caratteristiche della terapia cognitivo comportamentale che evidenzia un approccio collaborativo con il paziente. Il secondo obiettivo è rimuovere la psicopatologia del Disturbo dell'Alimentazione il modo disturbato di mangiare e il basso peso se presente; e comportamenti estremi di controllo del peso; preoccupazione per l'alimentazione, la forma del corpo e il peso. Il terzo obiettivo è quello di correggere i meccanismi che mantengono la psicopatologia, specificati nella "formulazione" del paziente, quindi è un trattamento altamente personalizzato e transdiagnostico (non determinato dalla diagnosi). Infine l'ultimo obiettivo è aiutare il paziente a sviluppare delle skills di prevenzione della ricaduta aiutando i pazienti a rispondere prontamente a qualsiasi passo indietro (set-back).

La valutazione dell'efficacia del trattamento con la CBT-E negli adolescenti e nei giovani adulti con Anoressia Nervosa

Le prove dell'efficacia della CBT-E negli adolescenti con anoressia nervosa si basano solo su un paio di studi non randomizzati. In uno studio del 2013 il Dr. Dalle Grave ha pubblicato uno studio con 50 pazienti di età compresa tra i 13 e i 17 anni che aveva l'obiettivo di portare a termine il trattamento ambulatoriale con la CBT-E. Quasi due terzi sono riusciti a completare il trattamento e inoltre si è osservato in questi pazienti un aumento sostanziale del peso con 13 adolescenti che hanno raggiunto un peso quasi normale. Questi risultati hanno convinto i ricercatori a confrontare la CBT-E e il FBT che rappresenta ad oggi il trattamento con maggiore evidenza negli adolescenti con Anoressia in studi randomizzati controllati. Attualmente gli strumenti utilizzati nell'assessment nel trattamento della CBT-E degli adolescenti con Anoressia e inclusi nella maggior parte degli studi citati dalla revisione sono: *la misurazione del peso corporeo e l'IMB*, dove il peso viene misurato utilizzando una bilancia a raggio e l'altezza è stata misurata utilizzando uno stadiometro montato a parete, i partecipanti sono stati pesati indossando solo la biancheria intima; *L'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q6.0)* (Fairburn e Beglin 2008) una versione auto-somministrata dell'Eating Disorder Examination (EDE), la ben consolidata intervista basata sull'intervistatore (Fairburn & Cooper, 1993). Altri due strumenti utilizzati sono la Symptom Checklist-90 e il Brief Symptom Inventory. La CBT-E è un trattamento che ha dimostrato di essere efficace con pazienti che sono sottopeso e si articola in tre fasi. Nella prima fase, l'accento è posto sull'aumento della motivazione dei pazienti cambiare e aiutandoli a riconoscere la loro corrente pensiero e comportamenti disadattivi e relativi ai processi di mantenimento del disturbo. Inizialmente, i pazienti sono incoraggiati a farlo attraverso l'automonitoraggio in tempo reale della loro alimentazione (uno degli aspetti cruciali fattori della CBT-E), adottando uno schema alimentare regolare, prendendo attivamente la decisione di affrontare il ripristino del peso. Successivamente il trattamento si concentra sul ripristino del peso e sulla psicopatologia del disturbo alimentare rispetto alla preoccupazione estrema riguardo a peso e alla forma del corpo. I pazienti sono incoraggiati ad aumentare di peso finché il loro indice di massa corporea non rientra nell'intervallo di peso di salute (18,5–24,9 kg/m²). Nella fase finale, l'attenzione è rivolta ad aiutare i pazienti a mantenere i cambiamenti che hanno ottenuto e sviluppare delle skills di prevenzione della ricaduta. Pazienti assegnati alla CBT-E vengono offerte 25-40 sessioni che durano circa 50 minuti in un periodo di 40 settimane. Gli incontri con i genitori avvengono in sessioni di 6-10 incontri di 15- 30 minuti circa durante le 40 settimane di trattamento. Dalla revisione di uno studio incluso nella bibliografia, Calugi et al., hanno rilevato che la CBT-E è stata ben tollerata dai pazienti indipendentemente dalla loro età con il 62% che ha completato il trattamento non riscontrando differenze con pazienti giovani adulti inclusi nello stesso studio. Inoltre il confronto tra gli adolescenti e i giovani adulti non ha indicato delle differenze significative nelle caratteristiche cliniche di base, confermando che entrambi i gruppi presentano una simile psicopatologia dei disturbi alimentari come precedentemente dimostrato anche utilizzando l'approccio della network analysis come strumento di indagine. Un importante risultato è stato ottenuto da questo studio rispetto a un miglioramento altamente significativo del BMI e della psicopatologia generale e specifica confermati alla fine del trattamento anche nelle sessioni successive di follow-up. La maggior parte dei miglioramenti sono rimasti stabili al follow-up e ciò conferma anche i precedenti studi sugli esiti del trattamento della CBT-E ambulatoriale. Inoltre dallo studio emerge che La CBT-E sembra essere un trattamento ben accettato con risultati promettenti per i giovani in età di transizione e un potenziale mezzo per garantire la continuità delle cure con pazienti con Anoressia Nervosa quando raggiungono la maggiore età.

Il trattamento della CBT-E come valida alternativa alla terapia familiare

L'anoressia nervosa ha un profondo impatto sulla salute fisica e sul funzionamento psicosociale dell'adolescente per tali ragioni è importante trattarlo con tempestività e in modo efficace altrimenti può avere effetti duraturi. Un particolare forma di terapia familiare, Family-Based Treatment FBT, è stato il principale trattamento supportato empiricamente negli adolescenti con Anoressia Nervosa. Il FBT tuttavia non è priva di limitazioni. Per alcune famiglie e pazienti non è accettabile ed ha dei costi elevati e meno della metà dei pazienti non risponde completamente al trattamento abbandonando la terapia. Pertanto la CBT-E rappresenta ad oggi un potenziale candidato come terapia alternativa alla FBT. Inoltre, il trattamento è stato adattato a tutti i Disturbi Alimentari, compresa l'anoressia nervosa. In uno studio incluso nella revisione bibliografica il dr. Dalle Grave ha reclutato una coorte rappresentativa di pazienti con marcata anoressia nervosa, rilevando risultati importanti nell'immediato e nel lungo termine al trattamento della CBT-E. Quarantanove pazienti adolescenti sono stati reclutati in una clinica per la cura i disturbi alimentari. A ciascuno sono state offerte 40 sessioni di CBT-E nell'arco di 40 settimane da un unico terapeuta. Due terzi hanno completato il trattamento completo senza alcun input aggiuntivo. In questi pazienti si è verificato un *sostanziale aumento di peso* insieme ad una *marcata diminuzione della psicopatologia dei disturbi alimentari*. Nel corso del periodo di follow-up di 60 settimane post-trattamento si sono verificati cambiamenti minimi. Questi risultati suggeriscono che la CBT-E potrebbe rivelarsi un'alternativa economicamente vantaggiosa al trattamento basato sulla famiglia. Dalle ricerche effettuate i dati a sostegno dell'efficacia della CBT-E negli studi inclusi nella revisione bibliografica sottolineano miglioramenti sostanziali nel peso e nei disturbi alimentari psicopatologia nei pazienti con il trattamento della CBT-E. L'aumento medio del centile del BMI riportato da uno degli studi è stato di 26,9 con un terzo dei pazienti che aumentano di peso raggiungendo il 95% del peso previsto e questi dati sono stati ben mantenuti per oltre 60 settimane nonostante il minima esposizione a trattamenti aggiuntivi. Ciò è in contrasto con FBT dove un trattamento aggiuntivo è comune durante il follow-up ed è probabile che contribuisca al risultato riportato. I risultati attuali sostegno della CBT-E come trattamento alternativo al FBT sono promettenti ma sono necessari degli studi randomizzati e controllati più convincenti secondo quanto si osserva dagli studi attuali riportati in letteratura. Variabili di interesse futuri potrebbero includere la relativa accettabilità dei due approcci, la loro efficacia e la loro capacità di produrre cambiamenti duraturi. Il fatto che la CBT-E possa essere utilizzata anche con gli adulti (dove la sua efficacia ha riscontrato maggiori evidenze) e con tutte le forme di disturbo alimentare è un punto di forza dell'approccio. Oltre a determinare gli effetti relativi dei due trattamenti, sarebbe anche di interesse teorico e pratico determinare se ci sono moderatori di risposta al trattamento che potrebbe consentire l'abbinamento dei pazienti alla CBT-E o FBT. Ciò non è plausibile poiché differiscono notevolmente nelle loro strategie, procedure e modalità di azione. Mentre FBT ha una posizione "ateoretica", la natura del trattamento suggerisce che sia il migliore adatto alle esigenze del paziente adolescente più giovane. In contrasto, La CBT-E è progettata per modificare i meccanismi che mantengono la psicopatologia del disturbo alimentare e ci si potrebbe quindi aspettare che mostri i suoi maggiori effetti in quei pazienti adolescenti in cui questi processi sono operativi.

Conclusione e riflessioni

Dalla discussione dei lavori di ricerca menzionati, si può asserire l'efficacia dell'intervento della CBT-E mirato all'aumento del peso nell'adolescente con Anoressia nervosa e al miglioramento della psicopatologia globale. Sebbene il trattamento elettivo per gli adolescenti con Anoressia Nervosa sembra essere il FBT secondo alcuni studi, ci sono attualmente degli studi randomizzati e controllati che si concluderanno nel 2026 in Giappone sull'efficacia del trattamento della CBT-E di 56 pazienti di 16 anni di età che fornirà nuove evidenze sull'efficacia della CBT-E per pazienti adolescenti e adulti con AN in ambito ambulatoriale. I precedenti studi randomizzati e controllati non sono riusciti a dimostrare la superiorità della CBT-E rispetto ad altri trattamenti psicoterapeutici sia per quanto riguarda il recupero del peso che la riduzione del disturbo alimentare [33, 34]. Tuttavia, gli studi riportati dal Dr. Dalle Grave e collaboratori hanno dimostrato che la CBT-E adattata agli adolescenti rappresenta una promettente alternativa al FBT, con risultati migliori in termini di ripristino del peso, e mantenimento a lungo termine dei miglioramenti raggiunti dai pazienti nel corso della terapia. I dati sopra riportati indicano che la CBT-E rappresenta un trattamento efficace per gli adolescenti con Anoressia Nervosa, tuttavia sarà necessario avere maggiori studi randomizzati e controllati a supporto della sua efficacia in questa fascia d'età.

Riferimenti bibliografici

- [1] Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. New York: Guilford Press.
- [2] National Institute for Health and Care and Clinical Excellence. (2017). Eating disorders: recognition and treatment | Guidance and guidelines | NICE. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- [3] Annelies E van Eeden, Daphne van Hoeken, Hans W Hoek (2021) Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. PMID: 34419970 PMCID: PMC8500372 DOI: 10.1097/YCO.0000000000000739
- [4] Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, 41, 509e528.
- [5] Dalle Grave, R., Di Pauli, D., Sartirana, M., Calugi, S., & Shafran, R. (2007). The interpretation of symptoms of starvation/severe dietary restraint in eating disorder patients. Eating and Weight Disorders, 12(3), 108-113.
- [6] Calugi, S., Dalle Grave, R., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). Validation of the Body Checking Questionnaire (BCQ) in an Eating Disorders Population Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34(2), 233-242
- [7] Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., & Hawker, D. (2008). Clinical perfectionism, core lowself- esteem and interpersonal problems. In C. G. Fairburn (Ed.), Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders (pp. 47–123). New York: Guilford Press.

- [8] Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press
- [9] Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509e528.
- [10] Dalle Grave, R. (2011b). Intensive cognitive behavioural treatment for eating disorders. *European Psychiatric Review*, 4(1), 59-64.
- [11] Dalle Grave, R. (2012b). *Intensive Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders*. Hauppauge, NY: Nova.
- [12] Dalle Grave, R., Bohn, K., Hawker, D., & Fairburn, C. G. (2008). Inpatient, day patient, and two forms of outpatient CBT-E. In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp.231–244). New York: Guilford Press.
- [13] Dalle Grave, R., & Cooper, Z. (2016). Enhanced cognitive behavior treatment adapted for younger patients. In T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders* (pp. 1-8). Singapore: Springer Singapore.
- [14] Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- [15] Dalle GR. Cognitive-behavioral therapy in adolescent eating disorders. In: Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, editors. *Eating disorders and obesity in children and adolescents*. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 111–6.
- [16]. El Ghoch M, Benini L, Sgarbi D, Dalle GR. Solitary rectal ulcer syndrome in a patient with anorexia nervosa: a case report. *Int J Eat Disord*. 2016;49(7): 731–5
- [17] Lock J, Le Grange D. *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2013 2013.
- [18] Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Int.J Surg*.8,336-341
- [19]. Wade S, Byrne S, Allen K. Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *Int J Eat Disord*. 2017;50:863–72.
- [20]. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. 1994;16:363–70.
- [21]. von Brachel R, Hotzel K, Hirschfeld G, Rieger E, Schmidt U, Kosfelder J, et al. Internet-based motivation program for women with eating disorders: eating disorder pathology and depressive mood predict dropout. *J Med Internet Res*. 2014;16:e92.
- [22]. Bohn K, Doll HA, Cooper Z, O’Connor M, Palmer RL, Fairburn CG. The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behav Res Ther*. 2008;46:1105–10.
- [23]. Horie T, Hiraide M, Takakura S, Hata T, Sudo N, Yoshiuchi K. Development of a new Japanese version of the clinical impairment Assessment Questionnaire. *Biopsychosoc Med*. 2020;14:19.

- [24] Fairburn CG, Cooper Z: The eating disorder examination, ed 12; in Fairburn CG, Wilson GT (eds): Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment. New York, Guilford Press, 1993, pp 317–360.
- [25] Mannucci E, Ricca V, Di Bernardo M, Rotella CM: Studio del comportamento alimentare con una intervista strutturata: la eating disorder examination. *Diabete* 1996; 8: 127–131.
- [26] De Leo D, Frisoni GB, Rozzini R, Trabucchi M: Italian community norms for the Brief Symptom Inventory in the elderly. *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 209–213.
- [27] Derogatis LR, Spencer PM: The Brief Symptom Inventory: Administration, Scoring and Procedures Manual. Baltimore, Clinical Psychometric Research, 1982.
- [28] Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- [29] Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). The brief symptom inventory: Administration, scoring and procedures manual. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- [30] Calugi, S., Milanese, C., Sartirana M., El Ghoch., M., Sartori, Geccherie, E Coppini, A., Franchini, C., & Dalle Grave, R. (2017) *The eating disorder examination questionnaire: reliability and validity of the Italian version. Eating and Weight Disorders, 22(3), 509-514.* <https://doi.org/10.1007/s4519-016-0276-6>
- [31] De Virgilio G, Coclite D, Napoletano A, Barbina D, Dalla Ragione L, Spera G, Di Fiandra T (Ed.). Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e giovani adulti. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013 (Rapporti ISTISAN 13/6).
- [32] Dalle Grave R, Sartirana M, Dalle grave A., Calugi S.,(2023) *Effectiveness of enhanced cognitive behaviour therapy for patients aged 14 to 25: A promising treatment for anorexia nervosa in transition-age youth*
- [33] Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:127–37.
- [34] Byrne S, Wade T, Hay P, Touyz S, Fairburn CG, Treasure J, et al. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2017;47:2823–33.