

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ENRICHED CBT-E FOR EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

La terapia Cognitivo Comportamentale
Transdiagnostica:

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.

Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale



ISTITUTO TOLMAN

SPECIALIZZANDA
MARIA CARMELA BONGIOVANNI

ABSTRACT

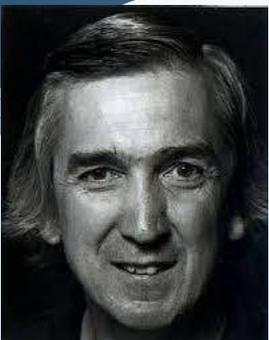


LO SCOPO DEL PRESENTE LAVORO È QUELLO DI FORNIRE UNA BREVE PANORAMICA DEL TRATTAMENTO DELLA CBT-E NEGLI ADOLESCENTI CON ANORESSIA NERVOSA CONSIDERANDO IL RECUPERO DEL PESO E LA REMISSIONE DELLA MALATTIA COME PRINCIPALI OUTCOMES DI RIFERIMENTO PER L'EFFICACIA DELLA CBT-E RISPETTO AD ALTRI TRATTAMENTI COMPLESSI E INTEGRATI DI PSICOTERAPIA.

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 loro vita.

Una forma particolare di terapia familiare, chiamata Maudsley Therapy o Family-Based Treatment FBT [1], è il trattamento con il maggior supporto empirico per gli adolescenti che soffrono di Anoressia Nervosa secondo le linee guida del National Institute for Health and Care and Clinical Excellence (NICE)

Solo di recente la Cognitive Behavioral therapy Enhanced CBT-E è stata raccomandata dal NICE come valida alternativa Family-Based Treatment FBT, grazie alle evidenze presenti in letteratura e ai diversi studi condotti dal dr Riccardo Dalle Grave e collaboratori



LA VISIONE TRANSDIAGNOSTICA E LA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE (CBT)

LA CBT-E È UNA FORMA “SPECIFICA” DI CBT SVILUPPATA NEGLI ANNI 70 DAL DR. CRISTOPHERE G. FAIRBURN E COLLABORATORI DELL’UNIVERSITÀ DI OXFORD PER CURARE I DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE NEGLI ADULTI CON BN, UN APPROCCIO CHE È STATO POI DEFINITO “TRANSDIAGNOSTICO”.



TALE APPROCCIO CONSIDERA I DISTURBI DELL’ALIMENTAZIONE COME UN’UNICA CATEGORIA DIAGNOSTICA PIÙ CHE COME DISTURBI SEPARATI

La classificazione recente dei disturbi dell’alimentazione incoraggiava, prima degli studi di Cristophere G. 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 (Fino al 2004 sono stati condotti oltre 30 RCTs con risultati mantenuti dal 40-50% dei pazienti) sperimentarono una *nuova versione del trattamento ai disturbi alimentari* estendendo la teoria cognitivo-comportamentale della BN 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].

TEORIA TRANSDIAGNOSTICA E TRATTAMENTO TRANSDIAGNOSTICO

- **PSICOPATOLOGIA CONDIVISA**
- **MIGRAZIONE DIAGNOSTICA**

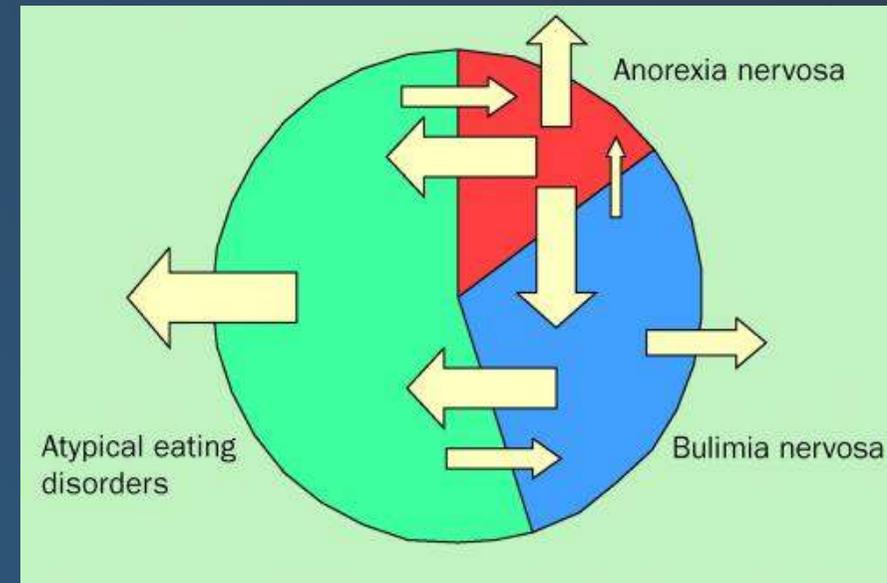
Fairburn osserva che molte caratteristiche cliniche presenti nella BN sono presenti anche nell'Anoressia Nervosa e negli altri Disturbi dell'Alimentazione e molti pazienti si spostano tra queste diagnosi



PSICOPATOLOGIA SPECIFICA E NUCLEARE

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**

MIGRAZIONE DIAGNOSTICA



PROCESSI CHE CONTRIBUISCONO A MANTENERE IL DISTURBO



- restrizione dietetica cognitiva e/o calorica
- abbuffate favorite dalla restrizione alimentare
- 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
- l'etichettamento inaccurato della sensazione di essere grassi.



MECCANISMI AGGIUNTIVI



- *PERFEZIONISMO CLINICO*
- *BASSA AUTOSTIMA NUCLEARE*
- *DIFFICOLTÀ INTERPERSONALI*

LA NASCITA DELLA COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ENRICHED CBT-E E DELLA CBT-EA

- Dalla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica è derivata la Cognitive Behavioral Therapy Enriched CBT-E
- 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 di cura, come il ricovero, il day-hospital e il trattamento ambulatoriale intensivo



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



Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale

MODELLO PSICOLOGICO ADOTTATO DALLA CBT-E

OBIETTIVI GENERALI

- Obiettivo: trovare soluzioni più funzionali nella valutazione di sé
- Paziente: assume un ruolo attivo durante il trattamento
 - Nel capire il suo problema e nel decidere di affrontarlo
 - Paziente e terapeuta lavorano come una squadra (empirismo collaborativo)
 - Terapeuti sono visti come 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



OBIETTIVI SPECIFICI

1. INGAGGIARE IL PAZIENTE

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

2. RIMUOVERE LA PSICOPATOLOGIA del DA

- Modo disturbato di mangiare (basso peso se presente), comportamenti estremi di controllo del peso; Preoccupazioni (alimentazione, la forma corpo, peso)

3. CORREGGERE I MECCANISMI CHE MANTENGONO LA PSICOPATOLOGIA

- Specificati nella "formulazione" del paziente
- Trattamento personalizzato

4. ASSICURARSI CHE I CAMBIAMENTI SIANO DURATURI

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

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

- Adattamento della CBT-E adulti agli adolescenti
- Caratteristiche psicopatologiche condivisi con gli adulti

- eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo
- vomito autoindotto
- uso improprio di lassativi
- abbuffate
- esercizio fisico eccessivo



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



CARATTERISTICHE DISTINTIVE DEI DISTURBI ALIMENTARI NEGLI ADOLESCENTI

- **La maggior parte degli adolescenti è molto preoccupata di temi riguardanti il controllo e l'autonomia**

–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 questo incoraggia molto il paziente

- **Molti adolescenti sono estremamente ambivalenti nei confronti del trattamento**

- **Alcuni pazienti hanno un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo per sé**

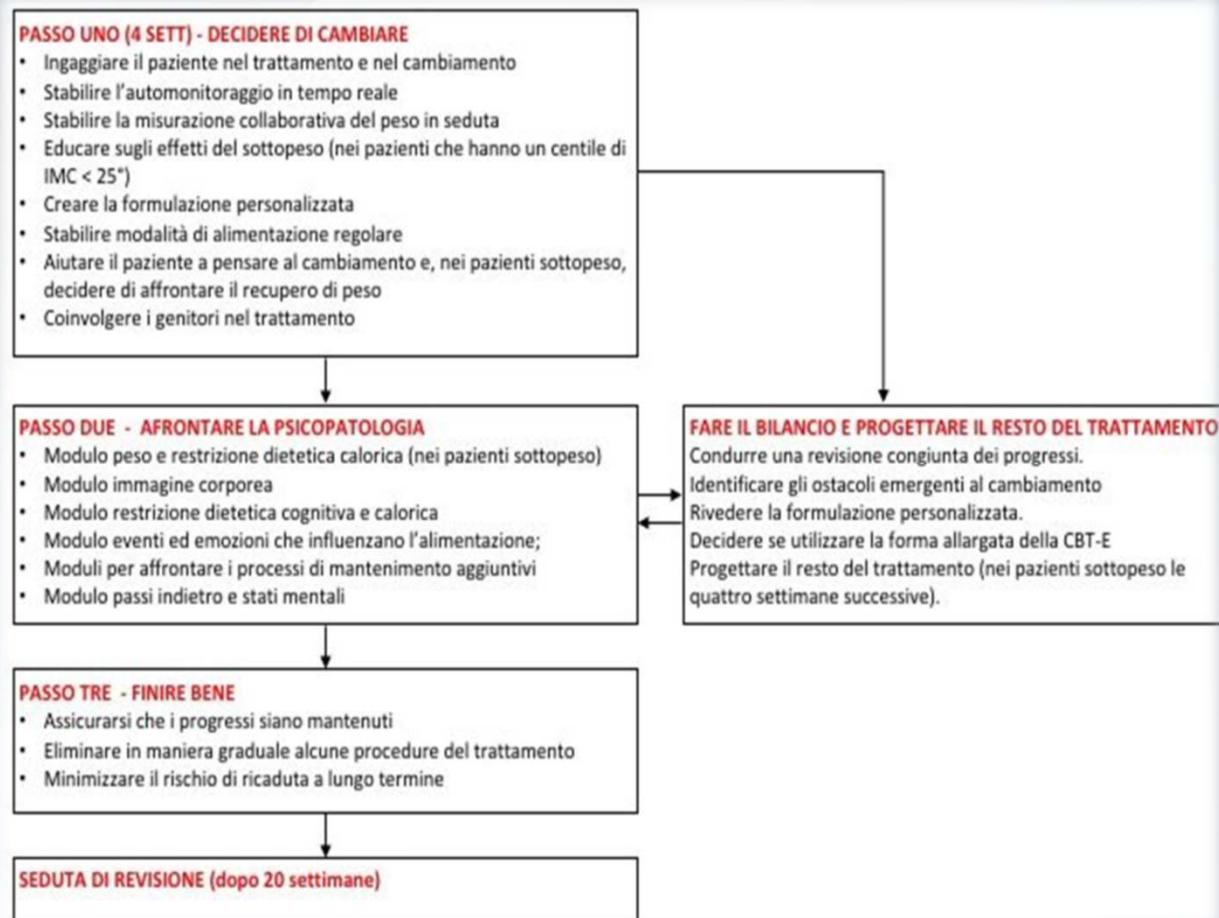
–modulo CBT-E “Immagine corporea”

- **I pazienti più giovani necessitano di un trattamento che si adatti al loro sviluppo cognitivo**



IL TRATTAMENTO CBT-E NEGLI ADOLESCENTI CON ANORESSIA NERVOSA

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*.

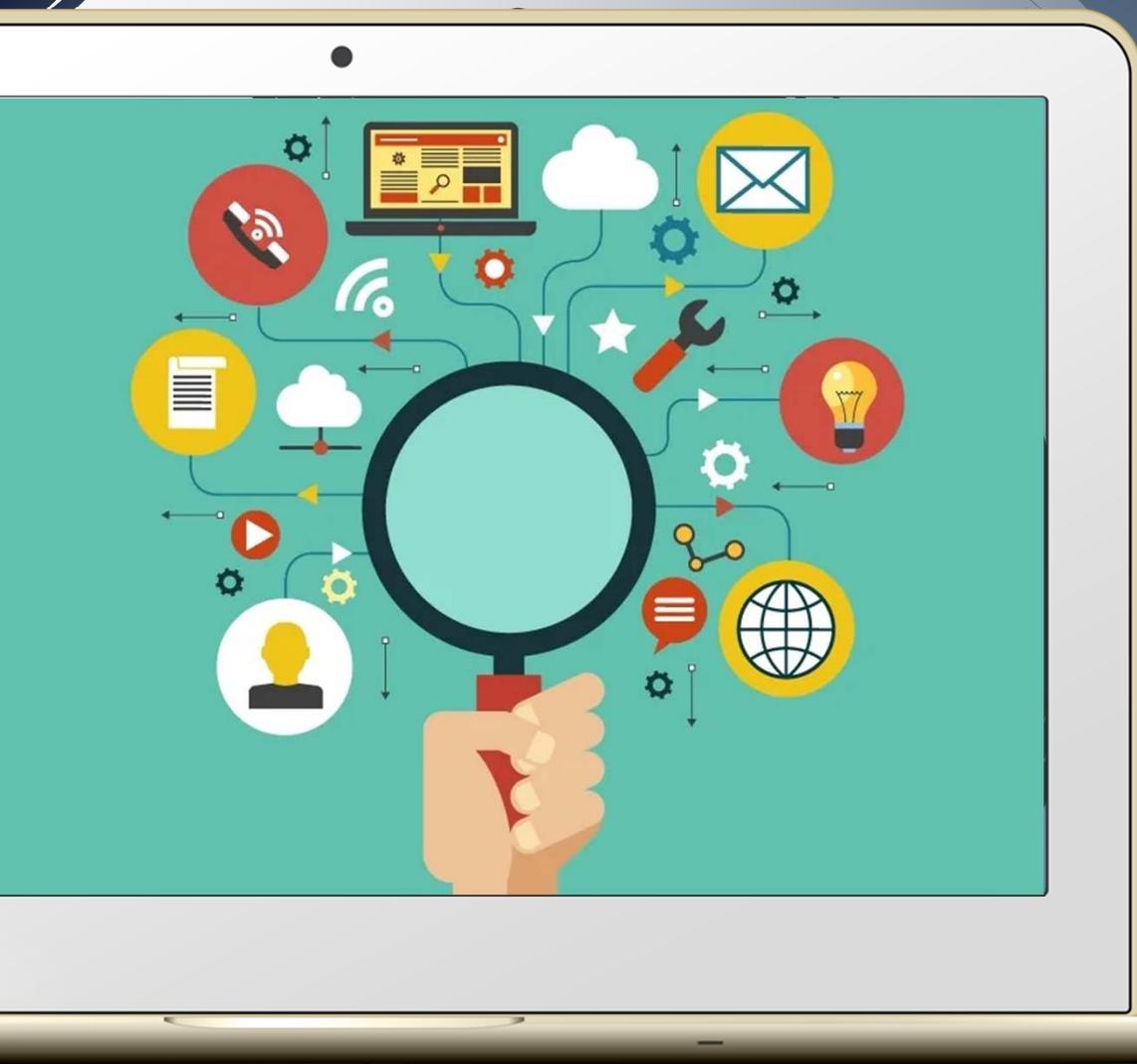


DURATA DEL TRATTAMENTO CON CBTE NEGLI ADOLESCENTI

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





LA RICERCA

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

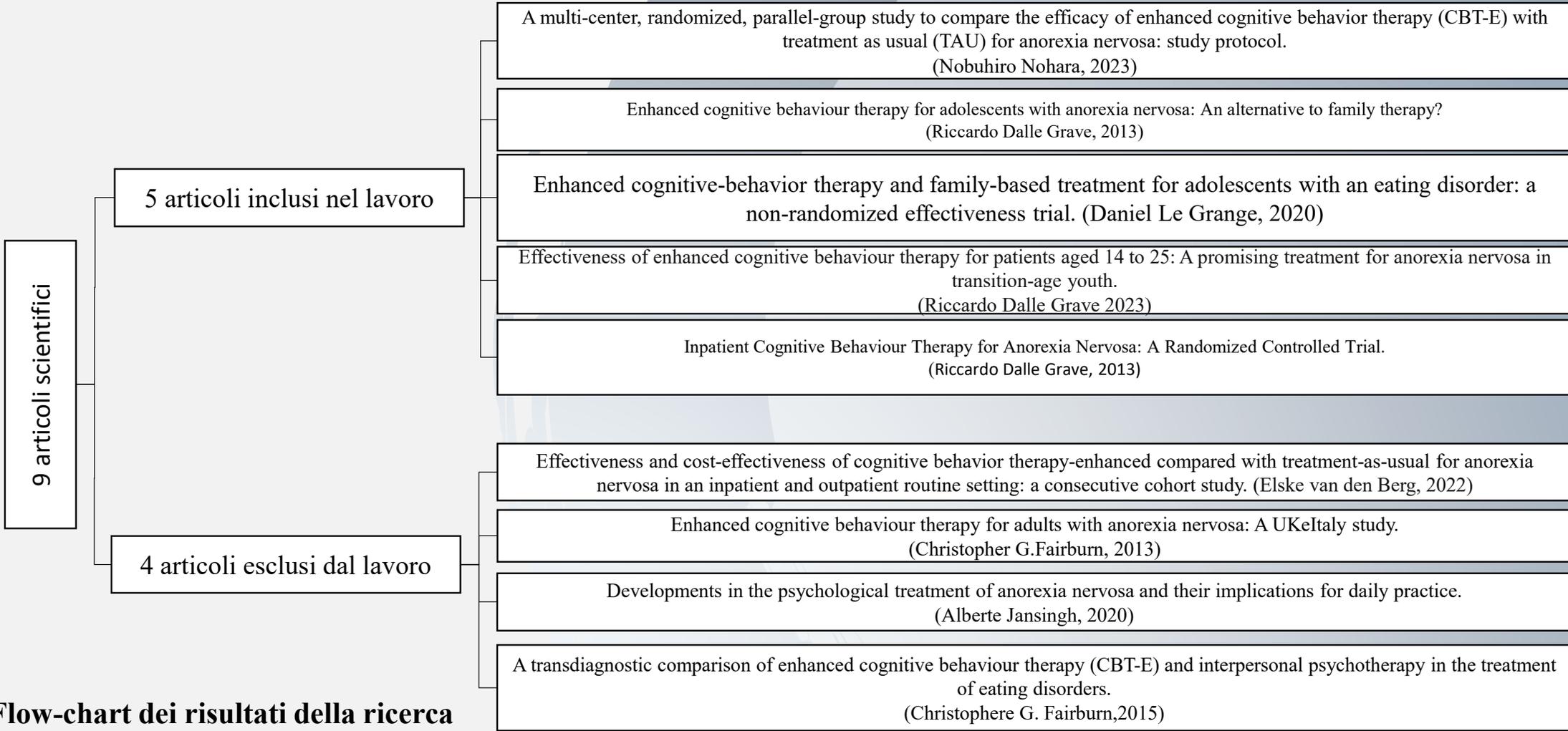
- studi relativi alla valutazione dell'efficacia del trattamento della CBT-E sugli outcomes relativi al recupero del peso e alla remissione dell'anoressia nervosa ai follow up post trattamento;
- studi relativi all'efficacia della CBT-E sul trattamento dell'anoressia nervosa negli adolescenti indipendentemente 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

- 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 della ricerca

La ricerca iniziale ha identificato 9 articoli scientifici con le caratteristiche prescelte relative alla fase di teorizzazione del lavoro di cui 4 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 edistion 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

DIFFERENZE PRINCIPALI TRA FBT AND CBT-EA

- concettualizzazione del disturbo dell'alimentazione,
- la natura del coinvolgimento dei genitori e degli adolescenti,
- il focus dell'intervento,
- la modalità di somministrazione del trattamento,
- costi che appaiono più elevati per la FBT (non ancora confrontati)

	FBT	CBT-EA
Concettualizzazione del disturbo dell'alimentazione	Il problema appartiene all'intera famiglia Il paziente non ha controllo perché ha una malattia che lo controlla e necessita di un controllo esterno	Il problema appartiene al paziente Il paziente può essere aiutato a riprendere il controllo svolgendo un ruolo attivo e non necessita di un controllo esterno
Coinvolgimento dell'adolescente	Non coinvolto attivamente	Coinvolto attivamente
Coinvolgimento dei genitori	Vitale Prendono il controllo dell'alimentazione del figlio/a	Utile ma non essenziale Aiutano il figlio/a creare un ambiente ottimale per il cambiamento e ad usare alcune procedure del trattamento con l'accordo del paziente
Focus dell'intervento	Recupero del peso con i pasti in famiglia Incremento graduale dell'autonomia dell'adolescente stabilendo confini familiari più appropriati e riorganizzando la vita dei genitori dopo la guarigione del paziente	Recupero del peso e rimozione della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione con il coinvolgimento attivo del paziente Correzione dei meccanismi che mantengono la psicopatologia Prevenzione della ricaduta aiutando il paziente a decentrarsi dal mindset del disturbo dell'alimentazione
Somministrazione del trattamento	Equipe multidisciplinare	Unico terapeuta dopo la fase di valutazione iniziale
Numero sedute (n)	20 con due terapeuti Numerose sedute con altri membri dell'equipe multidisciplinare (pediatra, infermiere, nutrizionista) Ricovero della durata di circa un mese in circa il 15% dei pazienti	20 sedute (pazienti non sottopeso) 30-40 sedute (pazienti sottopeso)

DISCUSSIONE

Le prove dell'efficacia della CBT-E negli adolescenti con anoressia nervosa si basano solo su un paio di studi non randomizzati, su un trial randomizzato e controllato e un altro ancora in corso che si concluderà nel 2026. In uno studio RCT 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 in studi successivi che hanno riportato risultati soddisfacenti sugli adolescenti dove entrambi i trattamenti in termini di risultato si equivalgono.

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.

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.

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.

DISCUSSIONE: FBT e CBT-E

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.

CONCLUSIONI 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 confrontata con trattamenti abituali.

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](https://doi.org/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, 509-528.
- [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). Prefferer 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.



Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale

GRAZIE