



ISTITUTO TOLMAN, SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN
PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
A.A. 2025

Disturbi Alimentari in un'ottica CBT: lo stato dell'arte

Dott.ssa Macrì Valentina



- » I **Disturbi Alimentari (DA)** sono disturbi mentali gravi che spesso insorgono durante il periodo adolescenziale (Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J, 2012), sovente con decorso cronico (*Steinhausen* HC, 2009) e un notevole impatto sulla qualità della vita (Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM, 2011).
- » L'introduzione del **DSM-5** ha comportato una riduzione dei casi diagnosticati come "Disturbi Alimentari non altrimenti specificati" (EDNOS), dal momento che la sezione dei DA è stata rimodulata con l'introduzione della categoria diagnostica ufficiale del cosiddetto "*Binge Eating Disorder*" (BED) e con l'abbassamento della soglia per l'Anoressia Nervosa (AN) e per la Bulimia Nervosa (BN) (Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW, 2013; Machado PP, Goncalves S, Hoek HW, 2013; Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP, 2011).
- » Di rilievo, i Disturbi Alimentari impattano notevolmente anche da un punto di vista di carico globale di malattia, soprattutto tra le donne giovani (Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM, 2016).

Il **DSM-5** fornisce i criteri diagnostici per i seguenti Disturbi Alimentari:

- ☐ la Pica,
- ☐ il Disturbo da Ruminazione,
- ☐ il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo,
- ☐ l'Anoressia Nervosa (AN),
- ☐ la Bulimia Nervosa (BN),
- ☐ il BED (*Binge Eating Disorder*).



Soffrire di Disturbi Alimentari porta ad una sorta di sbilanciamento per cui si osserva un'inclinazione a valutare se stessi prevalentemente sulla base del peso e delle forme del corpo.

L'exasperata attenzione verso un regime alimentare ferreo a sua volta innesca una serie di eventi a cascata dove l'aumento di peso viene vissuto come percezione di **scarsa capacità di controllo** e pertanto spesso sfocia in **pensieri, preoccupazioni, senso di inadeguatezza e fallimento** nonché rimuginio.



Allo stato attuale, i dati scientifici avvalorano la tesi che la **Terapia Cognitivo- Comportamentale (CBT)** sia il trattamento di prima scelta nell'applicazione sia alla BN sia al BED (Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R, 2017).

La sigla **CBT-E** (dall'inglese "**Enhanced Cognitive Behavioural Therapy**") indica una forma specifica di CBT che ben si adatta a tutti i disturbi alimentari (Fairburn, 2008) fondandosi su un modello teorico **transdiagnostico** che pone l'accento sui meccanismi di mantenimento comuni a tali disturbi





La CBT-E “***focused***” è specifica per sopravvalutazione di peso e forme del corpo nel determinare il proprio valore personale (Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, 2003)

La CBT-E “***broad***”, protocollo esteso con interventi che mirano a bersagliare meccanismi di mantenimento aggiuntivi (bassa autostima nucleare, perfezionismo clinico e problemi interpersonali)



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Una review sistematica pubblicata nel 2018 ha preso in esame sette studi di cui cinque sono trials controllati randomizzati (RCT) e restanti invece trials aperti.

Quattro di questi sono composti da un campione transdiagnostico (Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, et al 2015; Wade S, Byrne S, Allen K, 2017; Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M, Fairburn CG, 2015; Signorini R, Sheffield J, Rhodes N, et al, 2018).

Due sono focalizzati specificamente sulla Bulimia Nervosa (BA) (Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, et al, 2014; Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, et al, 2014).

Uno prende in considerazione l'Anoressia Nervosa (AN) in comorbidità con Disturbo Borderline di Personalità (Thompson-Brenner H, Shingleton RM, 2016).



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Quattro di questi hanno messo alla prova le 20 sessioni previste nella variante “*focused*” della CBT-5 (Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, et al, 2014, Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, et al, 2015; Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S et al, 2015; Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, et al, 2016);

Dalla Grave et al. hanno coinvolto i familiari dal momento che i partecipanti erano adolescenti (Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M, Fairburn CG, 2015);

Wade et al. (Wade S, Byrne S, Allen K, 2017) hanno incluso delle sessioni di gruppo atte al trattamento dei meccanismi di mantenimento aggiuntivi (bassa autostima nucleare, perfezionismo clinico e difficoltà interpersonali);

Signorini et al. (Signorini R, Sheffield J, Rhodes N, et al, 2018) hanno previsto variabilità nel numero di sessioni o e nel fatto di proporre le due versioni *focused* e *broad* della CBT-E in base al fatto che i pazienti fossero normopeso o sottopeso.



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Sul fronte del gruppo di controllo, il confronto è avvenuto un un caso con la terapia psicoanalitica (Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, et al, 2014),

con la Terapia Integrativa Cognitivo-Affettiva (ICAT) in quello di Wonderlich et al. (Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, et al, 2015),

Fairburn et al. hanno preso in considerazione la Terapia Interpersonale (IPT) (Fairburn CG, Bailey-Straebl S, Basden S, et al, 2015) ,

Thompson-Brenner et al. hanno comparato nelle due versioni *focused* e *broad* pazienti affetti da BN insieme con Disturbo Borderline di Personalità (Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, et al, 2016) .



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Globalmente vi è robusta evidenza dell'efficacia della CBT-E per pazienti adulti con AD, in particolare per BN, BED e EDNOS.

Tre dei cinque trials controllati randomizzati hanno convalidato l'efficacia del trattamento CBT-E (Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, et al, 2015, Fairburn CG, Bailey-Straebl S, Basden S, et al, 2015, Wade S, Byrne S, Allen K, 2017);

Wade et al. hanno trovato che il trattamento di otto settimane ha determinato un miglioramento osservabile nell'EDE-Q rispetto a quando non viene eseguito (Wade S, Byrne S, Allen K, 2017) ;

Fairburn e colleghi hanno riscontrato un punteggio migliore all'EDQ sia per la CBT-E sia per l'IPT, ma con un vantaggio complessivo per la prima;

Polsen et al. hanno individuato cambiamenti più rapidi dopo cinque mesi di CBT-E rispetto ad un periodo complessivo di venticinque settimane di terapia psicoanalitica (Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, et al, 2014) ;

Il confronto tra le due versioni della CBT-E, *focused* e *broad* non ha segnalato differenze degne di nota (Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Thompson DR, et al, 2016);

Non ci sono differenza tra la CBT-E e la ICAT.

Nei trials aperti, vi è stata una riduzione significativa visibile nei punteggi all'EDE-Q (Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M, Fairburn CG, 2015)(Signorini R, Sheffield J, Rhodes N, et al. 2018).



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Uno studio Olandese pubblicato nel 2020 (de Jong et al, 2020) è stato svolto reclutando un totale di 143 pazienti almeno maggiorenni provenienti da tre dipartimenti specializzati in Disturbi Alimentari, in assenza di comorbidità psichiatriche influenti sull'alimentazione.

Il trattamento standard invece consisteva in sedute individuali o di gruppo contenenti elementi estrapolati dai protocolli di trattamento CBT esistenti (Dingemans, 2005; Vanderlinden, Pieters, Probst & Norré, 2011). L'intensità del trattamento poteva essere da bassa, con sessioni settimanali, fino a forme più intensive di 2-4 sessioni settimanali di gruppo, talvolta anche con sessioni individuali aggiuntive



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Assessment

Intervista Clinica Strutturata (SCID-I) (First et al, 1996, van Groenestijn et al., 1998) con l'integrazione di parti dell'Esame Diagnostico del Disturbo dell'Alimentazione (EDE);

Web Screening Questionnaire for common mental disorders (WQS) (Donker, T., van Straten, A., Marks, I., & Cuijpers, P., 2009);

The Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) (van Furth, EF, 2000);

Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ) (de Beurs, van Hemert, & Goekoop, 1991) per sintomi di tipo ansioso-depressivo;

Per quanto riguarda le variabili di moderazione invece:

The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (Rosenberg, 1965);

Frost Multidimensional Perfectionism (Frost, Heinberg, Holt, Mattia & Neubauer, 1993);

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) (Barkham, Hardy & Startup, 1996).



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Dopo 20 settimane ed 80 settimane, alla SCID sono emersi risultati comparabili per entrambe le condizioni di trattamento.

All'EDQ, sebbene i punteggi di post trattamento dopo 20 settimane mettano in luce un vantaggio per la CBT-E (57.7% e 46.2%), questo pattern non è più osservabile a distanza di 80 settimane.

Miglioramento dell'autostima dopo la CBT-E rispetto agli interventi abituali. I miglioramenti nella psicopatologia all'interno dei primi sei mesi sarebbero mediati proprio dall'autostima.

Dopo 80 settimane non sono state registrate differenze tra le due condizioni in termini di entità della psicopatologia nei DA e nei sintomi ansiosi e depressivi concomitanti.

Infine, rispetto alle differenze in merito a durata ed intensità tra le due condizioni, il trattamento con la CBT-E è considerevole completato dopo venti settimane, delle quali le prime sei sono maggiormente intensive.



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

L'idea di adattare il protocollo terapeutico anche agli **adolescenti** trova radici nell'Ospedale Villa di Garda in occasione di una visita di supervisione teorica da parte del Professor Fairburn, pioniere dell'applicazione della CBT per i DA.

Una review sistematica risalente al 2021 del gruppo di Dalle Grave, ha permesso di pervenire alla selezione di otto studi risultati idonei i quali convergono sul risultato che la CBT-E funzioni proficuamente anche con adolescenti affetti da AN.



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

(Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G., 2013)

CBT-E in una coorte di 49 pazienti adolescenti che alla fine del percorso terapeutico, rispetto alla baseline hanno avuto un miglioramento in termini di BMI-per-età (da 2.86 a 19.8), salendo ulteriormente al follow-up dopo sessanta settimane; anche la psicopatologia del disturbo alimentare (EDE-Q), è scesa da 2.79 a 1.50; miglioramento estendibile anche alla dimensione psichiatrica.

(Dalle Grave et al., 2014)

27 adolescenti con AN anch'essi con incremento significativo sia nel BMI (da 2.7 a 34.2), visibile anche ai follow-up, sia come psicopatologia del disturbo alimentare (EDE).

(Calugi et al, 2015)

Adolescenti con AN vs. adulti con durata del trattamento finalizzato al recupero del peso corporeo superiore per i primi (65.3% e 36.5%).

(Dalle Grave et al, 2015)

Bulimia nervosa, *Binge Eating Disorder* e altri disturbi alimentari: miglioramento della condizione grazie alla CBT-E; frequenza di abbuffate, vomito autoindotto ed assunzione di lassativi ridimensionata notevolmente e metà dei pazienti con abbuffate e condotte eliminatorie hanno avuto una remissione totale del problema



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

(Calugi & Dalle Grave, 2019)

progressi in 62 adolescenti con AN seguiti per un anno, con miglioramento in generale nella psicopatologia e nel disturbo alimentare; recupero del peso corporeo soddisfacente.

(Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S., 2019)

aumento significativo del percentile BMI-per-età lungo il corso del protocollo con una successiva decelerazione in fase di follow-up in contesto clinico reale; punteggi relativi alla psicopatologia alimentare, a quella generale e al danno clinico sono diminuiti in modo notevole (AN).

(Dalle Grave et al. 2020)

nessuna differenza significativa confrontando adulti ed adolescenti

(Le Grange, D et al, 2020)

Family Based Treatment (FBT) vs. CBT-E; la prima si è rivelata più efficace in termini di guadagno di peso, laddove vi sarebbe una parità per la psicopatologia sia generale sia alimentare.



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

Che la CBT-E sia promettente anche per adolescenti da 12 a 19 anni affetti da Disturbi Alimentari è stata un'ipotesi avanzata anche in un recentissimo studio dell'anno scorso (Dalle Grave, Calugi, [2024](#)).

Fase di apertura e di *assessment* e preparazione come passaggio preliminare nel cogliere informazioni sul controllo su corpo, forme, peso e cibo; si passa poi alla descrizione della natura della CBT-E e si cercano insieme pro e contro rispetto all'avvio del trattamento.

Trattamento di 20 settimane: 1) riconoscimento del bisogno di cambiare, se necessario anche prendendo del peso; 2) si interviene su quei meccanismi che mantengono attivo il problema alimentare; 3) ci si orienta progressivamente verso il futuro e la prevenzione di ricadute.



❑ Trattamento dei Disturbi Alimentari: lo stato dell'arte

In conclusione, il trattamento funziona per vari tipi di disturbi alimentari, con miglioramenti significativi nel peso corporeo, nella riduzione del DA e in generale della psicopatologia.

Tra l'altro, sembrerebbe addirittura esserci maggiore efficacia e rapidità proprio negli adolescenti rispetto agli adulti.

La CBT-E aggancia pazienti di giovane età che talvolta si trovano in uno stato di ambivalenza soprattutto all'inizio ed è adattabile alle varie tappe di sviluppo sia fisico sia cognitivo.



❑ Conclusioni

- » Normalmente nella pratica clinica, la CBT-E rappresenta un trattamento idoneo soprattutto in quanto approccio terapeutico transdiagnostico che la rende adattabile ad una moltitudine di Disturbi Alimentari (Atwood ME, Friedman A, 2020).
- » Spesso si commette l'errore di determinare la riuscita di un trattamento basandoci meramente sulla remissione delle criticità alimentari, ma l'intervento su un piano esclusivamente alimentare non è necessariamente risolutivo.
- » Ad esempio, esistono casi di AN e BN in cui la CBT-E non è in senso stretto il trattamento ottimale, con tassi di drop-out del 20-54% nei trials controllati randomizzati, soprattutto per l'AN. Spesso inoltre si osserva comorbidità con Disturbi di Personalità (Simpson S, 2022; Halmi KA, 2013; Martinussen M et al, 2017).
- » Tale resistenza si potrebbe spiegare ipotizzando che le problematiche di natura relazionale di tali pazienti possano occupare una posizione più centrale, nonostante la CBT-E concepisca tale componente come un meccanismo di mantenimento secondario del DA.
- » Uno studio ancora in fase di svolgimento (Mares et al., 2024) si sta interrogando rispetto all'efficacia clinica della *Schema Therapy* in modo specifico di sessioni di gruppo (GST) per quei casi atipici di AN e BN che non mostrano una soddisfacente risposta al trattamento CBT-E dopo le prime otto sessioni di CBT-E, i cosiddetti "*early non-responders*" (Atwood ME, Friedman A, 2020) così che i risultati attesi possano servire da guida per gli operatori sanitari al fine di ottimizzare i percorsi di cura per chi soffre di problematiche alimentari.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

