



I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Trattamenti

GIUSEPPE SACCO

già Docente di Psicologia

Università degli Studi di Siena

Presidente Libra Associazione Scientifica, Roma

www.librapsicologia.it

Giuseppe Sacco

PRINCIPALI PROCEDURE TERAPEUTICHE

I principali Interventi Psicoterapeutici e Psicofisiologici si basano su:

- **Esercitazione al riconoscimento delle SENSAZIONI INTERNE**
- **Differenziare ed Esprimere le EMOZIONI**
- **Procedure di biofeedback per favorire l'integrazione fra emozioni, pensieri e segnali corporei**
- **Ristrutturazione cognitiva**
- **Ristrutturare la relazione Madre-Padre**
- **Assertive Training**
- **Esercitazione ad assumere Decisioni**

LA CBT

- La teoria e la **terapia cognitivo-comportamentale** (CBT) dei DCA è stata descritta fin dagli anni '80 da *Fairburn* per la bulimia nervosa e da *Garner et al.* per l'anoressia.
- Entrambi i modelli teorici si sono sviluppati sulla teoria cognitiva di **Beck** elaborata negli anni '70
- **Fairburn** ha elaborato una teoria focalizzata esclusivamente sui processi che mantengono i sintomi della bulimia
- **Garner & Vitousek** hanno sviluppato una teoria allargata che include, oltre ai fattori di mantenimento, anche i fattori di rischio e precipitanti dell'anoressia
- **Wilson** (1997, 2006) ha elaborato il metodo dell'esposizione allo specchio per ridurre l'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee

Altre Metodologie

- **Psicoeducazione** su «ritardo temporale» (*urge surfing*) e cioè la spiegazione al paziente che le emozioni e l'impulso ad abbuffarsi NON crescono all'infinito, ma raggiungono un picco e poi diminuiscono
- **Accettazione** dell'umore e delle emozioni spiacevoli senza cercare di bloccarlo con le abbuffate (Mindfulness, ACT)
- **Risoluzione** di problemi con le emozioni negative in situazioni interpersonali

ALCUNI SVILUPPI DELLA CBT DEI DCA

Introduzione

- ◉ I disturbi dell'alimentazione rappresentano un'indicazione primaria per la terapia cognitivo comportamentale (CBT). Ci sono almeno 2 motivi principali a supporto di questa affermazione
 1. Primo, la psicopatologia specifica e centrale dei disturbi dell'alimentazione, cioè l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione, è cognitiva in natura.
 2. Secondo, è ampiamente accettato che la **CBT** sia il trattamento di scelta per la cura della bulimia nervosa e c'è evidenza che sia efficace anche negli altri disturbi dell'alimentazione.

LA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE TRANSDIAGNOSTICA (TCCT)

- ◉ La classificazione **DSM-V** incoraggia a considerare i disturbi dell'alimentazione come condizioni cliniche distinte, ognuna richiedente forme specifiche di trattamento. In realtà, due osservazioni sembrano contraddire questa visione categoriale (Fairburn et al., 2003).
 1. **Primo**, sono più le caratteristiche cliniche condivise dai disturbi dell'alimentazione, incluso la psicopatologia specifica centrale, rispetto a quelle che non lo sono.
 2. **Secondo**, gli studi longitudinali indicano che la maggior parte dei pazienti migra tra le diverse categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione.
- ◉ Tale movimento temporale, assieme alla presenza di una psicopatologia condivisa, ha portato a proporre che sia di limitata utilità clinica distinguere i disturbi dell'alimentazione in categorie distinte e che meccanismi comuni, **transdiagnostici** siano coinvolti nel loro mantenimento.

LA TEORIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE TRANSDIAGNOSTICA (TCCT)

- ◉ La **teoria transdiagnostica** sostiene che l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione, cioè la tendenza a giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in termini di peso, forma del corpo e controllo dell'alimentazione, sia di primaria importanza nel mantenimento di tutti i disturbi dell'alimentazione.
- ◉ La maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva infatti direttamente o indirettamente da **questa psicopatologia** specifica e centrale.
- ◉ Essa spiega, infatti, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli episodi bulimici, il sottopeso e la sindrome da denutrizione, le preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione, i *check* ripetuti del peso e della forma del corpo, l'evitamento dell'esposizione del corpo e l'utilizzo di metodi estremi di controllo del peso.
- ◉ Queste **manifestazioni cliniche**, a loro volta, mantengono e intensificano attraverso molteplici meccanismi la psicopatologia specifica e centrale

LA CBT-E

- ◉ La **CBT Enhanced** (tr. it. Migliorata), conosciuta con l'acronimo **CBT-E**, è basata sulla teoria cognitivo comportamentale descritta sopra ed è derivata dalla CBT per la bulimia nervosa (CBT-BN).
- ◉ La terapia è stata ideata per trattare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, non la diagnosi DSM del paziente, e per tale motivo è stata resa **transdiagnostica** nel suo scopo.
- ◉ La sua esatta forma dipende dalla formulazione individualizzata dei processi di mantenimento operanti nel singolo paziente. È stata chiamata «*Enhanced*» per due motivi principali.
 1. Primo, perché introduce nuove procedure terapeutiche per migliorare l'esito, ispirate dai più recenti sviluppi nel campo della CBT.
 2. Secondo, perché include moduli specifici per affrontare certi ostacoli al cambiamento che sono esterni alla psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione

LA CBT-E

- ◉ La **CBT-E** è in primo luogo focalizzata sui processi che agiscono nel mantenere la psicopatologia del paziente (non la diagnosi DSM) e i processi cognitivi sono considerati di importanza centrale.
- ◉ La **strategia** fondamentale è creare una formulazione dei meccanismi principali di mantenimento che operano nel singolo paziente per progettare un trattamento adatto per affrontare la sua psicopatologia.
- ◉ Lo stile relazionale nella **CBT-E** è simile ad altre forme di CBT e può essere definito come una sorta di **empirismo collaborativo**.
- ◉ Le procedure più **semplici** sono preferite rispetto alle più complesse e il principio di parsimonia (“Meglio fare poche cose bene piuttosto che molte male”) governa l’intero trattamento.

LA CBT-E

- ◉ I teorici della **CBT-E** hanno paragonato la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione a un *castello di carte*, e hanno suggerito che la strategia chiave è identificare e rimuovere le carte che la sostengono, in modo da far cadere tutto il castello.
- ◉ La psicopatologia del paziente è affrontata attraverso l'utilizzo di una serie flessibile sequenziale di **procedure** e **strategie** cognitivo comportamentali, integrate con l'educazione.
- ◉ Sebbene siano usati un'ampia varietà di interventi generici cognitivo comportamentali, come ad esempio quelli che affrontano i **bias cognitivi**, a differenza di altre forme di CBT, la **CBT-E** privilegia l'uso di **cambiamenti strategici comportamentali** al fine di modificare i processi cognitivi piuttosto che la ristrutturazione cognitiva diretta.

LA CBT-E

Nella **prima fase** del trattamento i pazienti sono invitati a osservare sé stessi, utilizzando l'**automonitoraggio** in tempo reale e la rappresentazione della loro formulazione, e a impegnarsi nel tentativo di cambiare il loro comportamento, valutando quali sono gli effetti.

Nelle **fasi più avanzate** del trattamento i pazienti sono aiutati a riconoscere i primi **segnali** di attivazione dello stato mentale (*mindset*) del loro disturbo dell'alimentazione e a **decentrarsi** rapidamente da esso evitando così la ricaduta.

LA CBT-E

Preparazione

- ◉ Prima dell'inizio del trattamento è eseguita una valutazione della natura e della gravità dei problemi del paziente. Il processo di *assessment*, svolto in due o più incontri, è collaborativo ed è progettato per ingaggiare il paziente nel trattamento e nel cambiamento.
- ◉ Le informazioni derivate dall' *assessment* indicano se la CBT-E sia appropriata e, in caso positivo, sono descritti al paziente i principali aspetti del trattamento. Il paziente è anche incoraggiato a sfruttare al meglio l'opportunità di superare il suo problema alimentare dando al trattamento la massima priorità.

LA CBT-E

- ◉ È importante che il paziente sia in grado di fare un uso ottimale del trattamento. Per questo motivo va esplorato qualsiasi potenziale ostacolo che non gli permetta di beneficiare del trattamento.
- ◉ Le più importanti controindicazioni alla CBT-E sono la presenza di condizioni mediche instabili, di grave depressione clinica, di abuso di sostanze continuativo, di eventi della vita distraenti e di impegni che competono. Questi problemi vanno affrontati prima di iniziare la CBT-E.

LA CBT-E

Fase Uno

- ◉ È cruciale che il trattamento inizi bene perché c'è una buona evidenza che l'entità del cambiamento nelle prime quattro settimane di cura sia il più potente predittore di esito.
- ◉ La Fase Uno è la più intensiva del trattamento ed è stata progettata per raggiungere uno slancio terapeutico iniziale; ha una durata di quattro settimane e prevede otto sedute che si tengono due volte la settimana.
- ◉ Gli obiettivi di questa fase sono ingaggiare il paziente nel trattamento e nel cambiamento, sviluppare la formulazione personalizzata in collaborazione con il paziente, educarlo sul trattamento e il suo disturbo e introdurre due procedure chiave: la misurazione collaborativa settimanale del peso e l'alimentazione regolare.

LA CBT-E

- ◉ I cambiamenti compiuti nella Fase Uno sono considerati le fondamenta su cui gli altri cambiamenti sono costruiti.
- ◉ Alla fine di questa fase e nelle fasi successive, se il paziente acconsente e se il loro coinvolgimento può facilitare il suo cambiamento, sono incontrati in due-tre sedute congiunte anche gli altri significativi.

LA CBT-E

Fase Due

- ◉ Comprende due sedute tenute una volta la settimana. Mentre continuano le procedure introdotte nella Fase Uno, il terapeuta e il paziente conducono assieme la revisione dei progressi e della formulazione personalizzata, l'identificazione dei problemi ancora da affrontare e degli ostacoli potenziali al cambiamento e la progettazione della Fase Tre.

LA CBT-E

- ◉ Se il paziente sta facendo dei buoni progressi va lodato per i suoi sforzi, mentre se non sta migliorando i motivi vanno compresi e affrontati.
- ◉ Se il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare o le difficoltà interpersonali sembrano essere responsabili del mancato miglioramento dovrebbe essere implementata la forma allargata del trattamento.

LA CBT-E

Fase Tre

- ◉ È il corpo principale del trattamento e include otto sedute tenute una volta la settimana. L'obiettivo è affrontare i processi chiave che stanno mantenendo il disturbo dell'alimentazione.
- ◉ I meccanismi affrontati e l'ordine con cui sono fronteggiati dipende dal loro ruolo e dalla loro relativa importanza nel mantenere la psicopatologia del paziente.
- ◉ Nella maggior parte dei casi la fase inizia affrontando l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo indirettamente, aumentando l'importanza di altri domini di autovalutazione, e direttamente, affrontando il *check* del corpo, l'evitamento dell'esposizione del corpo, la sensazione di essere grassi e l'origine dell'eccessiva valutazione.
- ◉ In seguito, sono affrontati la restrizione dietetica cognitiva e gli eventi e le emozioni associati che influenzano l'alimentazione.

LA CBT-E

Fase Quattro

- ⦿ Ha l'obiettivo di terminare il trattamento bene ed è focalizzata sul mantenimento dei progressi raggiunti e sulla prevenzione della ricaduta. Prevede tre sedute ogni due settimane.
- ⦿ In questa fase il paziente interrompe l'automonitoraggio, inizia a pesarsi da solo a casa e costruisce con il terapeuta un piano personalizzato da seguire fino all'incontro di revisione post-trattamento (in genere dopo 20 settimane).

TRATTAMENTI MULTIDISCIPLINARI

- Poiché i DCA richiedono o possono richiedere, nel tempo, strutture, approcci e supporti diversi
- ...i rilevanti problemi di ordine internistico, nutrizionale ed endocrini vanno affrontati,
... i migliori risultati si ottengono con trattamenti multidisciplinari integrati.



Aspetti rilevanti

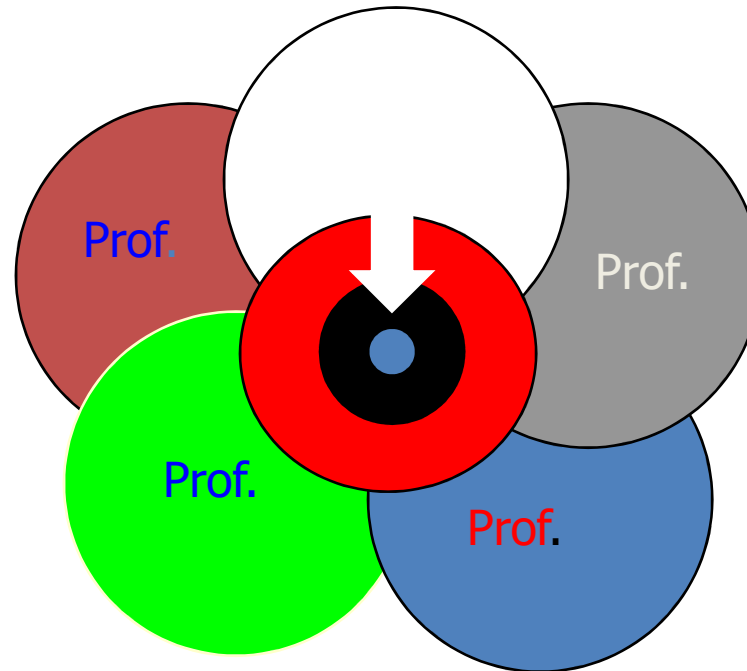
- psichiatrici
- psicologici
- internistici
- endocrinologici
- nutrizionali
-



Equipe multidisciplinare

Persone che, da vertici e formazioni differenti, condividono:

- **obiettivi**
- **conoscenze,**
- **linguaggio,**



rispetto al problema

IMPORTANZA della PREVENZIONE



SOTTO L'ALTO PATRONATO

Presidenza della Repubblica

CON IL PATROCINIO DI:

Presidenza del Consiglio dei Ministri

*Ministero del Lavoro,
della Salute e delle Politiche Sociali*

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE
ALIMENTARI E FORESTALI

Ministro per le Pari Opportunità

Governo Italiano
Ministro della *Giustizia*

PREVENZIONE
BUONA COME IL PANE

PERCHE' LA PREVENZIONE?

1. E' PIU' EFFICACE (quanto è più precoce)
2. E' PIU' ECONOMICA (a medio e lungo termine)



DOVE FARE PREVENZIONE?

LA **SCUOLA** E LA **FAMIGLIA** SONO I LUOGHI PSICOSOCIALI CRUCIALI DOVE DOVREBBE ESSERE CONCENTRATO MAGGIORMENTE LO SFORZO PREVENTIVO





Giuseppe Sacco

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE...
ARRIVEDERCI!**

26