INTRODUZIONE

La terapia cognitiva comportamentale della bulimia nervosa (CBT-BN) ha un'efficacia supportata da più di 20 studi randomizzati e controllati. È più efficace del trattamento ritardato, della terapia farmacologia ed egualmente efficace o più efficace di tutte le altre forme di psicoterapia con cui è stata confrontata. Tali dati hanno condotto le recenti linee guida inglesi NICE (National Institute of Cinical Excellence) a raccomandare la CBT-BN come intervento di prima scelta per il trattamento degli adulti affetti da bulimia nervosa con un livello di evidenza (A) (evidenza sostenuta da trial randomizzati e controllati). Purtroppo, sebbene la CBT-BN sia l'interevento più efficace disponibile, solo il 40% dei pazienti con bulimia nervosa che conclude il trattamento raggiunge una remissione completa e prolungata.

La ricerca per migliorare l'efficacia della CBT-BN ha portato a rivedere, innanzi tutto, la teoria cognitiva comportamentale da cui è stato derivato il trattamento.

La teoria originaria su cui è basata la CBT-BN è stata elaborata dal prof. Christopher Fairburn dell'Università di Oxford agli inizi degli anni ottanta e si è primariamente preoccupata dei processi che mantengono la bulimia nervosa. La teoria postula che il meccanismo centrale nel mantenimento del disturbo sia un sistema di autovalutazione disfunzionale. Mentre la maggior parte delle persone si valuta sulla base delle prestazioni effettuate in vari domini della vita, ad esempio relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali, abilità genitoriali, ecc., quelle con bulimia nervosa giudicano se stesse in modo predominante e talvolta esclusivo in termini di peso e forma del corpo. Secondo la teoria, le abbuffate sono la conseguenza del cercare di restringere l'alimentazione, indipendentemente dal fatto che questo tentativo determini una riduzione effettiva delle calorie assunte. Gli individui con bulimia nervosa hanno la tendenza a reagire negativamente, quando non seguono perfettamente la loro dieta ferrea, ed interpretano le minime trasgressioni alimentari come l'evidenza della loro mancanza di autocontrollo. Ciò favorisce l'abbandono temporaneo del loro sforzo di controllare l'alimentazione e quindi la tendenza ad andare incontro a delle abbuffate. Queste, a loro volta, mantengono attivo lo schema di autovalutazione disfunzionale aumentando le preoccupazioni del paziente sulla sua capacità di controllare il peso e la forma del corpo. Ciò incoraggia un'ulteriore restrizione dietetica che a sua volta favorisce la comparsa di nuove abbuffate. Nella formulazione iniziale della teoria è stato postulato anche che le abbuffate non accadono a caso, ma si verificano par-

© Positive Press
Riccardo Dalle Grave et al., I casi clinici
9788884290366

ticolarmente in risposta a modificazioni acute del tono dell'umore, dal momento che le emozioni, in particolare quelle negative, sembrano interferire con la capacità di mantenere il controllo restrittivo dell'alimentazione. Questo meccanismo può essere rinforzato dal fatto che le abbuffate, a loro volta, hanno spesso l'effetto temporaneo di neutralizzare le emozioni negative e distrarre il paziente dalle difficoltà. Un ulteriore processo di mantenimento si verifica nel sottogruppo di individui che, per eliminare le calorie in eccesso assunte durante le abbuffate ed evitare di aumentare di peso, usa dei comportamenti eliminativi, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o di diuretici. Questi individui, credendo di poter eliminare tutte le calorie assunte con le abbuffate con comportamenti di compenso, allentano il controllo sull'alimentazione favorendo così la comparsa di nuove abbuffate.

Negli anni novanta è stato proposto un altro processo di mantenimento che ha espanso la teoria originaria. I pazienti con bulimia nervosa tendono ad essere estremamente autocritici, si pongono standard molto esigenti sul controllo del peso e delle forme, quando non li soddisfano, si colpevolizzano e non attribuiscono l'insuccesso allo standard troppo elevato. Ciò determina una valutazione negativa secondaria che a sua volta contribuisce a mantenere il disturbo, giacché porta i pazienti a cercare di raggiungere il successo nella valutazione di sé nell'area della vita che è più importante per loro: il controllo del peso e della forma del corpo.

Negli ultimi anni la ricerca ha dimostrato che pensieri negativi sul peso e la forma del corpo sono presenti anche nelle persone sane. Quello che distingue le persone con bulimia nervosa da quelle senza disturbi dell'alimentazione non sembra essere, quindi, il contenuto dei pensieri, ma il modo di relazionarsi con essi. Le persone con bulimia nervosa danno un'eccessiva importanza ai loro pensieri su peso, forme e alimentazione e rispondono ad essi preoccupandosi e adottando dei comportamenti disfunzionali (es. la dieta ferrea ed altri comportamenti non salutari di controllo del peso) che determinano seri danni alla loro salute fisica e psicologica.

Altri potenti fattori di mantenimento specifici, non considerati dalla teoria originaria, recentemente evidenziati includono i comportamenti che non modificano il bilancio energetico come, ad esempio, il check del peso e dell'alimentazione e l'evitamento dell'esposizione del corpo, l'etichettamento non accurato di eventi avversi come "mi sento grasso".

La revisione dei casi clinici che non hanno risposto alla CBT-BN ha evidenziato che in un sottogruppo di pazienti sembrano operare uno o più dei seguenti fattori di mantenimento aggiuntivi (chiamati anche non specifici perché sono presenti anche in altri disturbi psicologici): 1) perfezionismo clinico; 2) bassa autostima nucleare; 3) intolleranza alle emozioni; 4) problemi interpersonali. È stato suggerito che questi problemi psicologici aggiuntivi interagiscono con la psicopatologia nucleare ostacolando il trattamento.

Infine, l'osservazione che esiste una migrazione temporale tra bulimia nervosa e gli altri disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa e disturbi dell'alimentazione

© Positive Press
Riccardo Dalle Grave et al., I casi clinici
9788884290366

atipici) e che i disturbi dell'alimentazione condividono tra di loro la maggior parte delle caratteristiche cliniche ha condotto l'equipe di Oxford a proporre una nuova teoria cognitiva comportamentale, da loro chiamata transdiagnostica, che può essere applicabile con minime modifiche a tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione e che aggiunge alla vecchia teoria della bulimia nervosa i nuovi fattori di mantenimenti specifici e non specifici evidenziati dalla ricerca. Nel caso dell'anoressia nervosa è aggiunto come fattore di mantenimento specifico il basso peso e la sindrome da denutrizione, le cui conseguenze sembrano agire aumentando la necessità di controllo dell'alimentazione. Inoltre, la nuova teoria ha allargato i contenuti dello schema di autovalutazione disfunzionale includendo oltre alle preoccupazioni per il peso e le forme anche quelle per il controllo dell'alimentazione.

Sulla base della nuova teoria trasdiagnostica, Fairburn e collaboratori hanno proposto un nuovo trattamento chiamato CBT-E (Enhanced) applicabile a tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione atipici). Il disturbo dell'alimentazione non è rilevante per il trattamento, piuttosto il contenuto della cura è dettato dalle caratteristiche psicopatologiche e dai processi di mantenimento presenti. La CBT-E, che è stata concepita per essere applicata ambulatorialmente da un solo terapeuta, è in fase di valutazione in un trial controllato eseguito a Oxford e Leicester in pazienti adulti (> 18 anni) e con BMI > 16 kg/m^2.

La CBT-E segna un importante passo in avanti nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione per quattro motivi principali: 1) si basa su una teoria che espande quella troppo ristretta della bulimia nervosa, affrontando in modo chiaro e preciso nuovi fattori di mantenimento specifici e alcuni fattori di mantenimento aggiuntivi non considerati in precedenza; 3) pur allargandosi ad affrontare fattori di mantenimento non specifici dei disturbi dell'alimentazione, mantiene una struttura focalizzata e precisa soli sui processi di mantenimento rilevanti per il paziente attraverso la costruzione della formulazione personalizzata del caso; 3) è concepita per curare non solo la bulimia nervosa e l'anoressia nervosa ma anche i disturbi dell'alimentazione atipici che costituiscono più del 50% dei pazienti che richiedono un trattamento specialistico; 4) introduce procedure innovative per ridurre l'eccessiva importanza attribuita al peso, alla forme e al controllo dell'alimentazione.

Nonostante questi progressi, il campo di applicazione della CBT-E è ancora limitato ad un sottogruppo di pazienti che hanno più di 18 anni, un BMI > 16 kg/m^2 e che possono portare avanti una cura ambulatoriale. La nostra equipe, che opera nel "mondo reale", ha calcolato che il 52% dei 146 pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione visitati per la prima a volta a Verona nel 2004 ha un BMI ≤ 16 kg/m^2 e/o meno di 18 anni. Inoltre, un ampio numero di pazienti non risponde ad alcuna forma di terapia ambulatoriale, incluso la CBT-E, e necessita di un trattamento più intensivo, come ad esempio il day-hospital o il ricovero. La CBT-E non fornisce alcuna soluzione ai pazienti che falliscono il trattamento ambulatoriale. Per tale motivo, forti dell'esperienza che abbiamo maturato in quasi 20

© Positive Press
Riccardo Dalle Grave et al., I casi clinici
9788884290366

anni di cura con "tutti" i pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione curati sia a livello ambulatoriale sia regime di day-hospital e di ricovero, abbiamo deciso di espandere ulteriormente la CBT-E per renderla applicabile veramente a "tutti" i pazienti (di qualsiasi età e BMI) e ad ogni livello di cura. Il nuovo trattamento, che per le sue caratteristiche abbiamo chiamato CBT-MS (Multi-Steps), pur basandosi sulla nuova teoria transdiagnostica di Fairburn e colleghi, presenta cinque caratteristiche distintive rispetto alla CBT-E: 1) l'approccio multi-step che include cinque passi successivi (ambulatoriale, ambulatoriale intensiva, day-hospital, ricovero, ambulatoriale post-ricovero); il paziente è inserito al passo meno intensivo e se non risponde passa a un trattamento via via più intensivo; 2) l'equipe multidisciplinare non eclettica, in cui ogni membro (medico, psicologo, dietista, infermiere) aderisce ad un'unica teoria di riferimento; 3) l'applicabilità dell'intervento a pazienti di qualsiasi età, con un modulo di CBT familiare per i pazienti con meno di 18 anni; 4) l'inclusione di pazienti di quasi tutti i livelli di severità clinica e 5) l'uso della pianificazione dei pasti e dell'alimentazione meccanica. Alcune procedure sono state adottate per espandere il range di applicabilità clinica della CBT-E (es. l'approccio multi-step, l'equipe multidisciplinare non eclettica, il modulo di terapia cognitivo comportamentale familiare), altre per ragioni teoriche e pratiche (es. pianificazione dei pasti e alimentazione meccanica).

In questo libro ci siamo posti due obiettivi principali: 1) descrivere la nuova teoria transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione e l'organizzazione generale della nuova CBT-MS; 2) descrivere l'applicazione clinica e pratica della CBT-MS attraverso l'illustrazione dei trascritti delle sedute di tre casi clinici trattati con la CBT-MS.

La parte 1 è divisa in sette capitoli e descrive in modo dettagliato lo sviluppo della nuova teoria transdiagnostica (capitolo 1), l'organizzazione generale della CBT-MS (capitolo 2), le procedure applicate per ingaggiare il paziente nel trattamento (capitolo 3) e i cinque passi della CBT-MS: terapia ambulatoriale (capitolo 4), terapia ambulatoriale intensiva (capitolo 5), terapia residenziale (capitolo 6) e terapia post-ricovero (capitolo 7).

La parte 2 descrive in dettaglio tre casi clinici trattati con la CBT-MS: il primo riguarda una paziente di 23 anni con disturbo dell'alimentazione atipico trattato con la CBT-MS ambulatoriale (passo 1); il secondo una paziente con anoressia nervosa di 38 anni trattata con la CBT-MS ambulatoriale intensiva (passo 2) e il terzo una paziente di 25 anni con anoressia nervosa trattata con la CBT-MS ambulatoriale (passo 1), successivamente con la CBT-MS residenziale (passo 3 e 4) e, infine, con la CBT-MS ambulatoriale post-ricovero (passo 5). Di ogni caso clinico è riportata la descrizione anamnestica, la valutazione diagnostica, i trascritti delle sedute eseguite con i vari membri dell'equipe (medico, dietista e psicologo), la formulazione personalizzata del caso, i diari emotivi e le varie schede previste dalla terapia.

Nelle appendici sono riportati gli strumenti clinici per applicare la CBT-MS: il Questionario di Verifica Settimanale dei Disturbi dell'Alimentazione, il

© Positive Press
Riccardo Dalle Grave et al., I casi clinici
9788884290366

Questionario dei Fattori di Rischio dei Disturbi dell'Alimentazione, il Questionario dei Fattori di Mantenimento Specifici dei Disturbi dell'Alimentazione e i Questionari per valutare l'eventuale presenza de fattori di mantenimento aggiuntivi.

Il libro è rivolto agli allievi del First Certificate of Professional Training in Eating Disorder and Obesity e a tutti i professionisti interessati all'applicazione di un moderno trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Il libro può essere di particolare aiuto ai professionisti (medici, dietisti, psicologi, infermieri) che lavorano in equipe multidisciplinari per aiutarli a sviluppare un approccio non eclettico manualizzato.

Prima di concludere, desideriamo ringraziare i nostri colleghi che ogni giorno applicano la CBT-MS nei vari livelli di cura. Questo libro, senza il loro prezioso contributo, non avrebbe potuto realizzarsi. In particolare desideriamo ringraziare Arianna Banderali, Elena Bison, Emanuela Bauce, Anna Caroli, Simona Calugi, Davide Cappellari, Caterina Cerniglia, Maddalena Conti, Michela De Carli, Laura De Kolitscher, Daniele Di Pauli, Simona Ginetti, Monica Federico, Sabrina Marchi, Valeria Monti, Enrico Patacca, Maria Zita Sartori, Cristina Scutari, Antonella Spina, Micol Taddei, Tiziana Todesco, Giorgia Valle, Adalgisa Zanetti e Francesca Zoppi. Un grazie di cuore al prof. Christopher Fairburn, per il suo aiuto nell'implementare la CBT-MS e per la sua supervisione nello studio controllato e randomizzato che stiamo conducendo sui pazienti ricoverati. Ringraziamo, infine, Stevie Kim per la sua notevole competenza editoriale ed Elena Mischiatti della Positive Press per il progetto grafico.

È nostra speranza che questo testo possa contribuire a promuovere l'interesse in Italia per l'approccio cognitivo comportamentale multi-step e a fornire una comune cornice teorica ai professionisti di discipline diverse coinvolti nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione.

Riccardo Dalle Grave
Igino Marchi
Elettra Pasqualoni
Massimiliano Sartirana

© Positive Press
Riccardo Dalle Grave et al., I casi clinici
9788884290366