

Terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica

Riccardo Dalle Grave

Introduzione

I disturbi dell'alimentazione rappresentano un'indicazione primaria per la terapia cognitivo comportamentale (CBT). I motivi a supporto di questa affermazione sono due. 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. 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

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). Primo, sono più le caratteristiche cliniche condivise dai disturbi dell'alimentazione, incluso la psicopatologia specifica centrale, rispetto a quelle che non lo sono. 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 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 formulazione transdiagnostica composita mostrata nella Figura 1 illustra i principali processi ipotizzati dalla teoria cognitivo comportamentale che mantengono le varie categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione. Quando la formulazione è applicata a singoli pazienti, la sua forma precisa dipende dalla psicopatologia presente. In tal modo, la formulazione fornisce una guida ai processi che devono essere affrontati durante il trattamento.

- Inserire Figura 1 -

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. Primo, perché introduce nuove procedure terapeutiche per migliorare l'esito, ispirate dai più recenti sviluppi nel campo della CBT. Secondo, perché include moduli specifici per affrontare certi ostacoli al cambiamento che sono esterni alla psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione (vedi sotto).

La CBT-E è stata originariamente progettata per pazienti adulti gestibili a livello ambulatoriale (Fairburn, 2008), ma è stata successivamente adattata anche per i pazienti adolescenti (Dalle Grave, 2013). In entrambe le versioni ambulatoriali è somministrata da un unico terapeuta in due forme: una focalizzata (CBT-Ef), che affronta esclusivamente i processi che mantengono la psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione, e una allargata (CBT-Eb) che affronta in moduli specifici anche uno o più dei seguenti tre meccanismi di mantenimento esterni proposti dalla teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica: perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, problemi interpersonali. La CBT-Eb dovrebbe essere riservata ai pazienti in cui i problemi aggiuntivi sono marcati e contribuiscono a mantenere il disturbo dell'alimentazione. L'intolleranza alle emozioni, inizialmente inclusa nella CBT-Eb (Fairburn et al., 2003), è stata incorporata nella versione più recente della CBT-Eb (Fairburn, 2008).

La CBT-E ha due intensità a seconda del peso del paziente: una di 20 sedute in 20 settimane per i pazienti con IMC > 17,5 e una di 40 sedute in 40 settimane per i pazienti con IMC ≤ 17,5.

La CBT-E è stata adatta anche per setting intensivi di cura, come ad esempio la terapia ambulatoriale intensiva, il day-hospital e il ricovero (Dalle Grave, 2013). In questa versione il trattamento è somministrato da un'equipe multidisciplinare non eclettica, costituita da medici, psicologi, dietiste e infermieri professionali che, pur mantenendo il loro specifico ruolo professionale, hanno ricevuto una formazione nella CBT-E e applicano le procedure previste.

La disponibilità di diverse intensità di cura - dal trattamento ambulatoriale al ricovero - permette di somministrare la CBT-E all'interno di un modello di trattamento a passi successivi, chiamato CBT-E Multi-Step (Dalle Grave, 2013), che possono essere adattati in base alle risorse disponibili nella comunità e alle necessità del paziente. La caratteristica unica e distintiva della CBT-E Multi-Step è che a ogni livello di cura sono applicate la stessa teoria e le medesime procedure terapeutiche.

Le diverse modalità di somministrazione della CBT-E sono elencate nella Tabella 1.

- inserire Tabella 1 -

Lo stato empirico della CBT-E per i disturbi dell'alimentazione

La revisione sistematica del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2004) e un'altra recente revisione sistematica (Shapiro et al., 2007) hanno concluso che la CBT-BN è il trattamento più efficace per la cura della bulimia nervosa negli adulti. Questo però non significa che la CBT-BN sia una panacea, perché nella sua forma originale meno della metà dei pazienti che completano il trattamento ottiene una piena e duratura guarigione. La nuova versione del trattamento (CBT-E) sembra però essere più efficace.

La CBT-E è stata valutata nella bulimia nervosa e nei disturbi dell'alimentazione NAS non marcatamente sottopeso in uno studio controllato eseguito in due centri inglesi (Oxford e Leicester) (Fairburn et al., 2009). Alla fine del trattamento la CBT-E ha determinato un tasso di remissione, definito da un punteggio all'Eating Disorder Examination (EDE) globale inferiore a una deviazione standard sopra la media della collettività (cioè < 1,74), del 51,3% nell'intero campione (N=79). I cambiamenti sono stati maggiori nei pazienti che hanno completato il trattamento; per esempio, alla fine del trattamento due terzi (N=77/116, 66,4%) hanno raggiunto la remissione con nessuna differenza tra le due forme di CBT-E (66,1% nel gruppo CBT-Ef versus 66,7% in quello CBT-Eb). A 60 settimane di follow-up, il 50% dell'intero campione (N=77) ha ottenuto la remissione con nessuna differenza tra le due forme di trattamento. Comunque, nel sottogruppo di pazienti con una psicopatologia più complessa (N=54), definita quando erano presenti due o più processi di mantenimento aggiuntivi, quelli trattati con la CBT-Eb hanno ottenuto un punteggio aggiustato all'EDE globale inferiore rispetto a quelli che hanno ricevuto la CBT-Ef. Un pattern contrario è stato osservato nei pazienti meno complessi in cui la CBT-Ef ha dimostrato essere superiore alla CBT-Eb. La CBT-E è stata anche recentemente testata nell'anoressia nervosa. Uno studio multicentrico italiano e inglese ha valutato l'effetto della CBT-E in 99

pazienti adulti (Fairburn et al., 2013). Due terzi dei pazienti (63,6%) in entrambi i centri ha completato le 40 settimane di cura. Alla fine del trattamento l'aumento di peso medio è stato di 7,5 kg, che corrisponde a un aumento di 2,8 punti di IMC. Oltre il 60% dei pazienti ha raggiunto un IMC \geq 18,5 e quasi il 90% aveva una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima, definita da un punteggio EDE-Q globale inferiore di una deviazione standard rispetto alla media di comunità ($< 2,77$). A 60 settimane di follow-up si è verificata una leggera riduzione dell'IMC e un lieve peggioramento della psicopatologia specifica. Come risultato la proporzione di pazienti con IMC \geq 18,5 è scesa dal 62% al 55%. Allo stesso modo la proporzione di pazienti con psicopatologia residua minima è diminuita dall'87% al 78%. Uno studio italiano ha recentemente valutato la versione della CBT-E per gli adolescenti (Dalle Grave et al., 2013). Quasi due terzi dei pazienti ha completato le 40 sedute di CBT-E (N = 29, 63,0%). Alla fine del trattamento l'aumento di peso medio è stato di 8,6 kg pari a un incremento di 27 percentili di IMC. Un terzo (32,1%, 9/28) ha guadagnato peso sufficiente per raggiungere il 95% del peso previsto per età e sesso. Quasi tutti i pazienti (96,6%, N = 28/29) avevano alla fine del trattamento una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima (EDE-Q $< 2,77$). A 60 settimane di follow-up l'aumento ponderale è continuato con un incremento medio di peso di altri 2,22 kg e di centile di IMC da 29,4 a 33,7. Come risultato il 44,8% aveva un peso superiore al 95% del peso previsto per età e sesso e il 90% una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima. Infine, uno studio italiano sulla CBT-E ospedaliera ha evidenziato che il 90% dei pazienti (72/80) ha completato il trattamento. All'analisi intent to treat il peso medio è passato da 37,3 kg all'entrata a 48,8 kg alla dimissione. A sei mesi di follow-up il peso medio è leggermente diminuito fino a 46,4 kg, ma poi si è stabilizzato a 46,5 kg a 12 mesi di follow-up, dove il 59% dei pazienti aveva una psicopatologia specifica minima (EDE $< 1,74$) (Dalle Grave et al., 2012)

Le principali procedure e strategie della 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 della 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. 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 cognitive comportamentali, integrate con l'educazione. Sebbene siano usati un'ampia varietà di interventi generici cognitivi 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.

Nella prima fase del trattamento i pazienti sono invitati a osservare se 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.

Nei prossimi paragrafi è riportata una breve sintesi delle procedure chiave della CBT-E ambulatoriale per i pazienti adulti. La limitazione di spazio impedisce di descrivere le altre forme di CBT-E adattate per gli adolescenti e i livelli intensivi di cura, la cui descrizione può essere trovata in altre pubblicazioni (Dalle Grave, 2012, 2013).

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.

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.

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. 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.

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. 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.

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-Eb, in aggiunta alle procedure della CBT-Ef, include uno o più moduli per affrontare i processi di mantenimento aggiuntivi identificati nella Fase Due.

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).

Pazienti sottopeso

Le strategie e le procedure descritte sopra sono rilevanti anche per i pazienti sottopeso, ma la CBT-E è stata modificata per affrontare due caratteristiche distintive presenti in questi pazienti: (1) la scarsa motivazione al cambiamento; (2) la necessità di affrontare il recupero del peso e la restrizione dietetica calorica. Il trattamento richiede di essere allungato da 20 a 40 settimane al fine di avere tempo sufficiente per aiutare i pazienti a decidere di cambiare e per raggiungere e poi mantenere un peso salutare. Inoltre, è spesso utile coinvolgere gli altri significativi per facilitare gli sforzi del paziente nel processo di recupero del peso. Questo è quasi sempre necessario nei pazienti più giovani che vivono a casa con i loro genitori. L'intervento terapeutico è articolato in tre fasi. Nella prima l'enfasi è posta sull'aumento della motivazione al cambiamento. Nella seconda il paziente è aiutato a recuperare peso affrontando contemporaneamente la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione. Nella terza il paziente è aiutato a sviluppare strategie personalizzate per identificare e modificare ogni difficoltà residua prima della fine della terapia e per gestire una potenziale ricaduta.

Discussione

La CBT dei disturbi dell'alimentazione ha compiuto importanti passi avanti e sta continuando a farne. Probabilmente il più importante progresso è stato l'adozione di un approccio transdiagnostico e di un trattamento che è diretto alla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e ai processi che lo mantengono, non alla diagnosi DSM. Il trattamento è altamente individualizzato e adatto a curare tutti i disturbi dell'alimentazione. Infine, la natura transdiagnostica della CBT-E è supportata empiricamente dai risultati emersi dalle recenti ricerche sul trattamento.

Raccomandazioni

Per quanto riguarda la ricerca, due sfide maggiori dovranno essere affrontate nei prossimi anni. La prima e più importante è migliorare ulteriormente l'outcome del trattamento specialmente per quel che riguarda il tasso di drop-out nei pazienti sottopeso e la parziale perdita di peso dopo la dimissione dal ricovero. La seconda è comprendere meglio quali sono i mediatori del trattamento dell'intervento, cioè i meccanismi attraverso cui l'intervento raggiunge i suoi effetti; questa conoscenza permetterà di progettare una versione più potente della CBT-E.

Per quanto riguarda la clinica, è necessario trovare nuovi modi per facilitare la disseminazione della CBT-E e la formazione di terapeuti in grado di applicarla perché il curriculum di studio universitario e le scuole di specializzazione non preparano alla CBT-E e purtroppo, ancora molti pazienti continuano a ricevere trattamenti sub-ottimali o inefficaci.

In conclusione, la CBT-E dovrebbe essere raccomandata come intervento di prima scelta negli affetti da bulimia nervosa (IA) o disturbi dell'alimentazione NAS non marcatamente sottopeso (IIA) e come valida alternativa ad altri interventi terapeutici nell'anoressia nervosa, sia negli adulti sia negli adolescenti (VA), e nei setting intensivi di cura (VA).

Referenze

- Dalle Grave, R. (2012). *Intensive Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders*. Hauppauge: Nova.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: Theory, Practice, and Clinical Cases*. Lanham: Jason Arosen.
- Dalle Grave, R., et al. (2012). Immediate and Longer-Term Effects of Inpatient Cognitive Behavior Therapy for Anorexia Nervosa, *Eating Disorder Research Society*. Porto.
- Dalle Grave, R., et al. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 9-12.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Fairburn, C. G., et al. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 2-8.
- Fairburn, C. G., et al. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- National Institute of Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline 9*: National Collaborating Centre for Mental Health.
- Shapiro, J. R., et al. (2007). Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 321-336.

Tabella 1. Le diverse modalità di somministrazione della CBT-E

- Due forme
 - Focalizzata: versione standard del trattamento
 - Allargata: include tre moduli aggiuntivi per affrontare processi di mantenimento esterni: perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare, problemi interpersonali
- Due intensità
 - Versione di 20 sedute per pazienti con IMC >17,5
 - Versione di 40 sedute per pazienti con IMC ≤17,5
- Gruppi di pazienti
 - Versione per pazienti adulti (Fairburn et al., 2008)
 - Versione per pazienti adolescenti (Dalle Grave, 2013)
 - Versione per ricovero, day-hospital e terapia ambulatoriale intensiva (Dalle Grave, 2012)

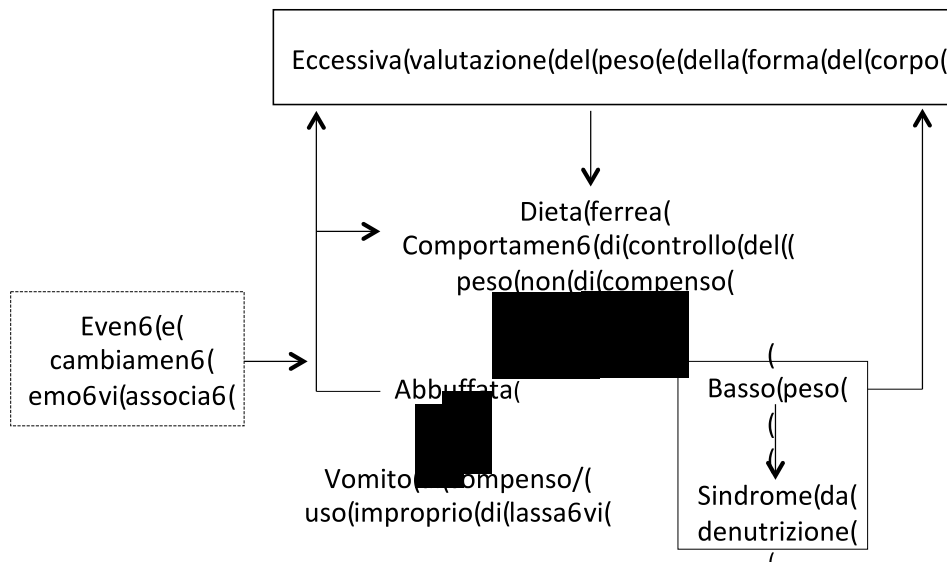


Figura 1. La formulazione composita cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione.