

Riccardo Dalle Grave

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE MULTISTEP PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Teoria, trattamento e casi clinici

Edizione italiana a cura di Simona Calugi e Massimiliano Sartirana



Erickson

Questo volume descrive un modello innovativo di terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi dell'alimentazione progettato per essere utilizzabile a tre diversi livelli di cura (ambulatoriale, ambulatoriale intensivo e in regime di ricovero) e per gestire pazienti di ogni età e indice di massa corporea: la CBT-E *multistep*. La prima parte del libro descrive le caratteristiche cliniche principali dei disturbi dell'alimentazione, la teoria cognitivo-comportamentale transdiagnostica, le strategie e le procedure d'intervento utilizzate ai vari livelli di cura, e l'adattamento della terapia per gli adolescenti. La seconda parte fornisce una descrizione dettagliata del trattamento attraverso i trascritti delle sedute di tre casi clinici trattati rispettivamente a livello ambulatoriale, ambulatoriale intensivo e in regime di ricovero. Un dettagliato manuale, frutto di decenni di esperienza clinica, che mostra come implementare, passo per passo, un trattamento basato sull'evidenza per i disturbi dell'alimentazione in setting clinici multipli.

ISBN 978-88-590-1754-7



9 788859 017547

€ 34,00

Eclipsi

SOMMARIO

Prefazione all'edizione italiana	3
Prefazione all'edizione americana	7

PARTE I - LA CBT-E *MULTISTEP* DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

CAPITOLO 1	Una panoramica sui disturbi dell'alimentazione	13
CAPITOLO 2	La teoria cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione	35
CAPITOLO 3	Dalla CBT-E alla CBT-E <i>multistep</i>	55
CAPITOLO 4	Valutare e preparare i pazienti per la CBT-E <i>multistep</i>	67
CAPITOLO 5	La CBT-E <i>multistep</i> ambulatoriale	83
CAPITOLO 6	La CBT-E <i>multistep</i> ambulatoriale intensiva	113
CAPITOLO 7	La CBT-E <i>multistep</i> ospedaliera	125
CAPITOLO 8	La CBT-E <i>multistep</i> per gli adolescenti	145

PARTE II - CASI CLINICI

CAPITOLO 9	Caso A: CBT-E ambulatoriale	169
CAPITOLO 10	Caso B: CBT-E ambulatoriale intensiva	229
CAPITOLO 11	Caso C: CBT-E ospedaliera	279

CONCLUSIONE

Le sfide future	347
-----------------	-----

APPENDICI

APPENDICE A	<i>Eating Problem Check List 2.1</i>	355
APPENDICE B	Glossario dei termini chiave usati nel libro	357
Bibliografia		365

UNA PANORAMICA SUI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

I disturbi dell'alimentazione sono tra i più comuni problemi di salute che affliggono le adolescenti e le giovani donne dei paesi occidentali. Producono spesso gravi danni alla salute fisica e al funzionamento psicosociale e aumentano il rischio di morte prematura. Nonostante le numerose ricerche eseguite, le loro cause non sono ancora note e alcune volte sono molto difficili da curare. Tuttora alcuni pazienti ricadono dopo un periodo di remissione, mentre altri non rispondono alle opzioni terapeutiche disponibili. Ciononostante, la ricerca eseguita negli ultimi trent'anni ha prodotto importanti miglioramenti nella comprensione e nel trattamento di tali disturbi.

CLASSIFICAZIONE

L'ultima versione del manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, noto come DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), riconosce tre disturbi dell'alimentazione principali (“anoressia nervosa”, “bulimia nervosa” e “disturbo da *binge-eating*”) e un ampio gruppo di altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione¹.

Sebbene il DSM-5 sia indubbiamente la principale referenza per qualsiasi clinico chiamato a curare i disturbi dell'alimentazione, c'è una crescente evidenza

¹ Il DSM-5 ha unito in un'unica categoria diagnostica i disturbi della nutrizione e i disturbi dell'alimentazione. I primi colpiscono prevalentemente, ma non esclusivamente, l'infanzia e includono le seguenti categorie diagnostiche: pica, disturbo da ruminazione e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Nel capitolo 8 sono riportati i principali criteri diagnostici di quest'ultimo, mentre per la descrizione del pica e del disturbo da ruminazione si rimanda ad altre pubblicazioni.

che le categorie diagnostiche tradizionali di tali disturbi siano un artefatto e non descrivano in modo adeguato la realtà clinica. Infatti, numerose evidenze suggeriscono che questi siano manifestazioni fenotipiche diverse di un'unica psicopatologia specifica. Prima di discutere questa idea in dettaglio, questo capitolo presenterà una breve panoramica delle principali categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione descritte dal DSM, la cui lettura può aiutare a comprendere meglio i limiti dell'attuale sistema classificativo.

ANORESSIA NERVOSA

Distribuzione

L'anoressia nervosa colpisce circa lo 0,3% delle adolescenti e delle giovani donne dei paesi occidentali (Hoek, 2006). Ha un esordio tipico nell'adolescenza o nella prima età adulta, anche se alcuni casi possono iniziare nell'età adulta o nella tarda infanzia. È un problema che affligge soprattutto le popolazioni occidentali, che subiscono, in particolare le donne, una forte pressione sociale ad essere magre. È invece rara nei paesi in via di sviluppo, mentre in quelli sviluppati è distribuita uniformemente tra le varie classi sociali, anche se vi è un'evidenza aneddotica che sia più frequente in quelle più elevate. Sembra anche essere molto frequente in alcune categorie professionali, in particolare tra le modelle, le ballerine e le atlete.

Recenti dati epidemiologici suggeriscono in modo preoccupante che l'età media di esordio dell'anoressia nervosa si sia abbassata negli ultimi anni, con la conseguenza che un numero crescente di pazienti è colpito in età sempre più precoce. Per fortuna, comunque, la sua incidenza nelle donne non sembra essere in crescita; è aumentata nel nord dell'Europa fino al 1970, ma da allora è rimasta stabile a circa otto casi per 100.000 abitanti per anno (Hoek, 2006), mentre negli uomini è ancora inferiore a un caso per 100.000 abitanti per anno (Hoek, 2006).

Criteri diagnostici

Secondo il DSM-5, una persona ha l'anoressia nervosa se soddisfa i seguenti criteri diagnostici:

1. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, minore di quello minimo previsto.
2. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.

3. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza di questi ultimi sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

La presenza di amenorrea, criterio in precedenza richiesto per la diagnosi DSM-IV di anoressia nervosa (American Psychiatric Association, 2000), non è più necessaria (Attia & Roberto, 2009). Il rationale di questa esclusione origina dalla constatazione che l'amenorrea non è predetta dalle variabili psicopatologiche, ma solo dal peso corporeo e dall'esercizio eccessivo e compulsivo, e che gli individui che soddisfano tutti i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa, ma non l'amenorrea, rispondono in modo simile al medesimo trattamento (Dalle Grave, Calugi, & Marchesini, 2008a). Inoltre, tale criterio non può essere applicato in modo uniforme a tutte le persone, perché non considera le donne in età pre-menarcale, in post-menopausa o che assumono contraccettivi orali e, naturalmente, i maschi. Questo non vuol dire che i medici debbano ignorare la presenza di questo sintomo; infatti, alcuni dati hanno dimostrato come le donne amenorroiche tendano ad avere maggiori problemi di osteoporosi rispetto a quelle con mestruazioni regolari (Miller et al., 2004).

Caratteristiche cliniche

Nei casi tipici, l'anoressia nervosa ha il proprio esordio nell'adolescenza con l'adozione di regole dietetiche rigide ed estreme. Nella maggior parte dei casi, la restrizione alimentare è motivata da preoccupazioni riguardanti il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione, ma in alcuni casi può essere riconducibile ad altri processi psicologici, come per esempio l'ascetismo, la competitività, il desiderio di autopunizione e il tentativo di cambiare i comportamenti di altri significativi. Oltre alla dieta ferrea, alcuni individui perseguono la perdita di peso facendo esercizio in modo eccessivo e compulsivo, mentre altri si inducono il vomito o usano in modo improprio i lassativi o i diuretici. Nell'anoressia nervosa è comune l'insorgenza di episodi bulimici (spesso soggettivi), e in circa la metà dei casi si verifica una migrazione verso la bulimia nervosa (Bulik, Sullivan, Paura, & Pickering, 1997).

Problemi psicologici e psichiatrici coesistenti

Sintomi psicologici comuni riportati dalle persone affette da anoressia nervosa sono la depressione, l'ansia, le ossessioni, l'irritabilità, gli sbalzi del tono dell'umore, la difficoltà di concentrazione, la perdita dell'interesse sessuale e l'isolamento sociale. Tutti questi sintomi tendono a peggiorare con il decremento ponderale, e spesso scompaiono completamente con il ripristino di un peso

normale. Tuttavia le condizioni psichiatriche coesistenti più comuni, vale a dire i disturbi d'ansia, la depressione clinica e il disturbo ossessivo-compulsivo, possono essere presenti prima dell'insorgenza dell'anoressia nervosa (Treasure, Claudino, & Zucker, 2010) e persistere in alcuni individui dopo la guarigione dallo stesso. Un sottogruppo di persone affette da questo disturbo usa in modo improprio sostanze psicoattive e presenta comportamenti di autolesionismo, come per esempio farsi dei tagli sulla pelle, procurarsi delle bruciature e dei graffi, sbattere o colpire parti del corpo o strapparsi i capelli. Un altro sottogruppo di pazienti mostra specifici tratti di personalità, come per esempio il perfezionismo clinico e la bassa autostima nucleare, che spesso sono evidenti prima dell'esordio del disturbo dell'alimentazione (Fairburn & Harrison, 2003).

Complicazioni fisiche

Le complicazioni fisiche sono comuni nei pazienti con anoressia nervosa e sono la conseguenza di tre meccanismi principali, spesso operanti assieme: la restrizione dietetica calorica, il sottopeso e i comportamenti eliminativi (cioè il vomito autoindotto o l'uso improprio di lassativi e diuretici; Mehler & Andersen, 2010). La tabella 1.1 riporta la descrizione delle principali manifestazioni fisiche dell'anoressia nervosa.

TABELLA 1.1. PRINCIPALI MANIFESTAZIONI FISICHE DELL'ANORESSIA

Segni fisici

- Arresto della crescita e mancato sviluppo delle mammelle (se l'insorgenza è pre-puberale).
- Bradicardia (frequenza cardiaca < 60 battiti/minuto), ipotensione (sistolica < 90 mm Hg).
- Ipotermia; mani e piedi freddi e cianotici.
- Pelle secca; lanugo alla schiena, agli avambracci e ai lati del viso; colorazione giallo-arancio della pelle dei palmi delle mani e dei piedi.
- *Telogen effluvium* (cioè caduta di capelli molto intensa senza la comparsa di chiazze glabre).
- Porpora.
- Erosione della faccia interna della superficie dei denti - perimolisi (in quelli che s'inducono il vomito).
- Unghie fragili.
- Edema (alle caviglie, in regione pretibiale e periorbitale).
- Debolezza dei muscoli prossimali (elicitata dalla difficoltà di alzarsi da una posizione accosciata).

Complicazioni gastrointestinali

- Reflusso gastroesofageo; esofagite; ematemesi (in quelli che s'inducono il vomito).
- Gastroparesi; dilatazione e rottura gastrica (raramente in quelli che hanno episodi bulimici).
- Diminuzione della motilità del colon.
- Alterazione dei valori dei *test* di funzionalità epatica.
- Elevati livelli di amilasi serica (specialmente in quelli che s'inducono il vomito).

Complicanze endocrine e metaboliche

- Bassi livelli di estradiolo (nelle femmine) e di testosterone (nei maschi); valori ai limiti inferiori della norma o bassi di T3 e a volte di T4 con TSH normale basso o lievemente aumentato (sindrome del malato eutiroideo); ipercortisolismo con elevati livelli di cortisolo urinario libero nelle urine; aumento della concentrazione dell'ormone della crescita con bassi livelli di IGF-1; amenorrea; pubertà ritardata.
- Ipoglicemia; ipercolesterolemia.
- Ipotassiemia e ipomagnesemia (specialmente in quelli che adottano comportamenti eliminativi); ipofosfatemia (specialmente durante la rialimentazione); iponatriemia (specialmente in quelli con eccessivo introito di acqua).
- Osteopenia e osteoporosi (con aumento del rischio di fratture).

Complicazioni ematologiche

- Anemia; leucopenia; neutropenia; trombocitopenia.

Complicazioni cardiovascolari

- Anomalie all'ECG (specialmente in quelli con disturbi elettrolitici) - basso voltaggio, intervallo QT prolungato e onde U.

Complicazioni renali

- Calcoli renali.

Complicazioni riproduttive

- Infertilità.
- Aumento di peso insufficiente durante la gravidanza e basso peso del neonato.

TABELLA 1.1. (SEGUE)

Complicazioni neurologiche

- Allargamento dei ventricoli cerebrali e degli spazi del liquido cefalorachidiano (pseudoatrofia).
- Neuropatia periferica.

Decorso

In alcuni adolescenti l'anoressia nervosa è di breve durata e va in remissione senza alcuna cura o con un trattamento di breve durata, ma in molti casi tende a persistere e richiede trattamenti specializzati prolungati e complessi. La percentuale di guarigione è bassa (attorno al 20-30%) a breve termine, ma aumenta a circa il 70-80% dopo otto o più anni di *follow-up* (Keel & Brown, 2010). Il 10-20% delle persone, sfortunatamente, non migliora con nessun trattamento oggi disponibile, e va incontro a una condizione che dura per tutta la vita (Steinhausen, 2002). In questi casi il disturbo danneggia inevitabilmente, in modo più o meno marcato, il funzionamento scolastico e lavorativo.

Il tasso grezzo di mortalità dell'anoressia nervosa varia tra lo 0% e l'8%, ma gli studi più recenti hanno riportato un tasso di mortalità cumulativa del 2,8% (Keel & Brown, 2010). Questa cifra è più bassa di quella riportata in precedenza, verosimilmente in conseguenza del miglioramento della tecnologia usata per stabilizzare le condizioni mediche dei pazienti. Tuttavia, però, alcuni pazienti muoiono in conseguenza di complicazioni mediche o del suicidio.

La prognosi del disturbo è influenzata da numerosi fattori, inclusa la giovane età all'esordio e la breve durata dello stesso che tendono a favorire la remissione, mentre i fattori prognostici negativi sono rappresentati dalla presenza di comorbidità somatica e psichiatrica (Treasure et al., 2010).

Trattamento

Nel 2004, il *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) inglese ha pubblicato le linee guida per i disturbi dell'alimentazione, che hanno significativamente migliorato i limiti delle revisioni narrative tradizionali o delle linee guida emanate dalle associazioni professionali (National Institute of Clinical Excellence, 2004). Questo è principalmente imputabile al fatto che le linee guida del NICE si basano soprattutto sull'evidenza derivata dalla ricerca e sulle testimonianze di esperti. In base a queste ultime, il livello di forza della raccomandazione varia da (A), che denota un forte sostegno empirico determinato da studi randomizzati ben condotti, a (C), che si basa sull'opinione di esperti, ma non è supportata da solidi dati empirici.

Le principali raccomandazioni per il trattamento dell'anoressia nervosa proposte dalle linee guida del NICE sono le seguenti:

- Il trattamento basato sulla famiglia (FBT), focalizzato sul recupero di un peso normale attraverso i pasti assistiti familiari, dovrebbe essere fornito agli adolescenti con anoressia nervosa (B).
- Ci sono evidenze insufficienti per fornire raccomandazioni basate sull'evidenza per il trattamento degli adulti con anoressia nervosa. Tuttavia, nonostante la mancanza di solidi dati empirici, possono essere fatte le seguenti raccomandazioni cliniche (C):
 - la maggior parte dei pazienti adulti affetti da anoressia nervosa dovrebbe essere gestita a livello ambulatoriale;
 - la consulenza dietetica non dovrebbe essere fornita come unico trattamento;
 - le opzioni di trattamento che possono essere considerate sono la terapia cognitivo-analitica, la CBT, la psicoterapia interpersonale (IPT), la terapia dinamica focale o la FBT;
 - i trattamenti ospedalieri dovrebbero associare la rialimentazione a interventi psicosociali.

L'assenza di raccomandazioni di grado (A) nelle linee guida del NICE sottolinea il fatto che per il trattamento dell'anoressia nervosa resta ancora molto da fare prima di poter fornire raccomandazioni basate sull'evidenza. In particolare, non abbiamo trattamenti la cui efficacia sia stata scientificamente provata per gli adulti e per i livelli più intensivi di cura (per esempio il *day-hospital* o il ricovero). Negli ultimi dieci anni, in effetti, nessun intervento basato sull'evidenza per gli adulti con anoressia nervosa è stato pubblicato, per quanto la terapia cognitivo-comportamentale migliorata (CBT-E - si veda il capitolo 3), che fornisce la base per il trattamento descritto in questo libro, abbia mostrato, in due studi indipendenti, di produrre risultati promettenti negli adulti e negli adolescenti trattati a livello ambulatoriale (Dalle Grave, Calugi, Doll, & Fairburn, 2013; Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer, & Dalle Grave, 2013) e ospedaliero (Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll, & Fairburn, 2013; Dalle Grave, Calugi, El Ghoch, Conti, & Fairburn, 2014).

BULIMIA NERVOSA

Distribuzione

La bulimia nervosa, a differenza dell'anoressia nervosa, sembra essere più comune oggi rispetto al passato. Il disturbo colpisce circa l'1% delle adolescenti

e delle giovani donne, e ha raggiunto un'incidenza di circa 13 nuovi casi per 100.000 abitanti per anno (Hoek, 2006). Come accade per l'anoressia nervosa, l'esordio del disturbo avviene generalmente durante l'adolescenza o nella prima età adulta. Gli uomini ne sono colpiti raramente e non ci sono dati indicanti che il disturbo sia in aumento tra i maschi. La bulimia nervosa colpisce principalmente i caucasici, nei quali è uniformemente distribuita tra le classi sociali, mentre è rara negli afroamericani e nei paesi in via di sviluppo.

Criteri diagnostici

Secondo il DSM-5, una persona soffre di bulimia nervosa se soddisfa i seguenti criteri diagnostici (American Psychiatric Association, 2013):

1. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
2. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per tre mesi.
4. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
5. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Confrontando questi criteri diagnostici con quelli dell'anoressia nervosa, si è colpiti dal fatto che, sebbene le rispettive manifestazioni siano molto diverse - restrizione calorica e sottopeso nell'anoressia nervosa *vs.* alimentazione in eccesso nella bulimia nervosa -, il meccanismo sottostante sembra essere lo stesso. Infatti, entrambi i disturbi hanno una psicopatologia comune caratterizzata dalla presenza di una valutazione di sé basata in modo predominante o esclusivo sul peso e sulla forma del corpo. Inoltre, entrambi i gruppi di pazienti ricorrono a mezzi non salutari di controllo del peso.

Caratteristiche cliniche

Un altro fattore comune a questi due disturbi è rappresentato dalla modalità di insorgenza. Come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa inizia in genere con l'adozione di regole dietetiche rigide ed estreme motivate da preoccupazioni eccessive nei confronti del peso e della forma del corpo e, in circa un quarto dei casi, è presente un periodo più o meno lungo in cui sono soddisfatti i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall, & Joyce, 1996). Tuttavia, nella bulimia nervosa, la dieta è periodicamente interrotta da episodi bulimici, e la combinazione di restrizione dietetica, abbuffate e comportamenti eliminativi raramente produce un *deficit* calorico persistente, il che spiega perché gli individui affetti da questo disturbo abbiano in genere una condizione di peso normale, di sovrappeso, e raramente di obesità.

La differente presentazione dei due disturbi spiega perché i pazienti con bulimia nervosa tendano a cercare un trattamento con più frequenza rispetto a quelli con anoressia nervosa. La maggior parte delle persone affette dal primo disturbo è infatti preoccupata per gli effetti degli episodi bulimici sul peso, e cerca un trattamento per interrompere questi ultimi, sebbene raramente per ridurre la preoccupazione per il peso e la forma del corpo. Tuttavia, i casi tipici cercano aiuto molti anni dopo l'insorgenza del disturbo, perché provano spesso vergogna per il loro comportamento o perché pensano di poterlo gestire da soli.

Disturbi psicologici e psichiatrici coesistenti

Come accade per l'anoressia nervosa, l'ansia e la depressione sono i sintomi più comuni associati al disturbo, e un sottogruppo usa in modo improprio l'alcol o le sostanze psicoattive e pratica comportamenti autolesionistici (Treasure et al., 2010). Tratti di personalità e disturbi psichiatrici coesistenti alla bulimia nervosa riportati dalla letteratura sono la bassa autostima, il perfezionismo, l'intolleranza alle emozioni e i disturbi depressivi (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; McElroy, Kotwal, & Keck, 2006). Ancora una volta, le somiglianze tra anoressia nervosa e bulimia nervosa sono impressionanti.

Complicazioni fisiche

Un'area nella quale i due disturbi differiscono è quella del loro impatto sulle condizioni fisiche delle persone che ne sono colpite. Sebbene il comportamento alimentare disturbato possa essere molto pericoloso, le complicazioni fisiche sono infatti minori nella maggior parte dei casi di bulimia nervosa. Tuttavia, nei pazienti che riportano un'elevata frequenza di vomito autoindotto, è comune osservare una o più delle seguenti complicanze fisiche: disturbi elettrolitici, esofagite, gonfiore delle ghiandole parotidi e delle ghiandole sottomandibolari,

danni dentali e segno di Russell (ispessimento o cicatrici sulla superficie dorsale della mano causati dalla pressione delle mani contro i denti mentre la persona si induce il vomito; Dalle Grave, 2011a).

Decorso

Il tasso di remissione nella bulimia nervosa, come nell'anoressia nervosa, è basso a breve termine (27-28% dopo un anno di *follow-up*) e migliora con l'aumentare della durata del disturbo (fino al 70% o più a dieci anni di *follow-up*; Keel & Brown, 2010), ma quasi il 23% dei pazienti ha un decorso persistente (Steinhausen & Weber, 2009).

I tassi grezzi di mortalità nella bulimia nervosa riportati dagli studi variano dallo 0% al 2%, mentre il tasso di mortalità cumulativa è dello 0,4%, che è quasi cinque volte inferiore a quello osservato nell'anoressia nervosa (Keel & Brown, 2010). Come accade in quest'ultima, tuttavia, anche nella bulimia nervosa il funzionamento scolastico e lavorativo è inferiore alle aspettative. Infine, la presenza di obesità infantile, bassa autostima e disturbi di personalità sembra essere associata a una prognosi sfavorevole (Fairburn & Harrison, 2003).

Per quanto riguarda la migrazione verso altri disturbi dell'alimentazione, sebbene un numero consistente di casi abbia avuto una diagnosi di anoressia nervosa in qualche momento della vita, il passaggio definitivo verso questo disturbo è assai raro. Al contrario, la migrazione verso il disturbo da *binge-eating*, anch'esso caratterizzato dalla presenza di episodi bulimici ricorrenti, o verso altri disturbi dell'alimentazione sottosoglia, è stata descritta quasi nel 20% dei casi (Steinhausen & Weber, 2009).

Trattamento

Le linee guida del NICE raccomandano la CBT come trattamento di prima scelta per gli adulti con bulimia nervosa, con un grado di evidenza (A) (National Institute of Clinical Excellence, 2004), conclusione raggiunta anche da due revisioni sistematiche (Shapiro et al., 2007; Wilson, Grilo, & Vitousek, 2007). Questa raccomandazione è basata sul supporto empirico a questa terapia derivata da più di 20 studi randomizzati e controllati di efficacia, in cui è stata dimostrata la sua superiorità rispetto ad altri interventi psicologici e farmacologici. I dati a disposizione indicano come la CBT per la bulimia nervosa determini in circa il 30-50% dei pazienti una guarigione completa e duratura all'analisi *intent-to-treat* (Wilson & Fairburn, 2002).

Le stesse linee guida raccomandano inoltre, anche se con un grado di evidenza (B), l'autoaiuto con manuali CBT (preferibilmente guidato) e/o i farmaci antidepressivi a dosaggio pieno (per esempio fluoxetina 60 mg al giorno) come passo iniziale alternativo alla CBT. Tuttavia, i pazienti devono essere informati su

come i farmaci antidepressivi, sebbene possano ridurre la frequenza degli episodi bulimici (B), abbiano effetti a lungo termine molto modesti. Infine, la IPT può essere considerata un'alternativa valida alla CBT-BN, ma i pazienti devono essere informati di come, con questa terapia, occorrono da otto a dodici mesi in più per produrre effetti equivalenti a quelli ottenibili mediante la CBT per la bulimia nervosa (B).

Quest'ultima, sebbene abbia ricevuto una raccomandazione con livello di evidenza (A) per gli adulti con bulimia nervosa, non è una panacea, in quanto produce un tasso di remissione del 30-40%. Inoltre l'efficacia della stessa, come di qualsiasi altro trattamento, deve ancora essere confermata nel mondo reale e negli adolescenti.

Fortunatamente, dopo la pubblicazione delle linee guida del NICE, sono stati eseguiti due importanti studi controllati con la CBT-E che hanno prodotto dei risultati migliori rispetto a quelli ottenuti dalla CBT tradizionale. In questi due studi, tre quarti dei pazienti che hanno completato il trattamento (circa l'80%) ha raggiunto una piena guarigione ben mantenuta nel tempo (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Bohn, Hawker, & Palmer, 2008; Poulsen, Lunn, Daniel, Folke, Mathiesen, Katznelson, & Fairburn, 2014). È da sottolineare anche come un recente studio controllato eseguito in Danimarca abbia confermato che la CBT-E è nettamente più efficace della terapia psicoanalitica nel trattamento della bulimia nervosa (Poulsen et al., 2014).

DISTURBO DA *BINGE-EATING*

Il disturbo da *binge-eating*, traduzione italiana ufficiale di “*binge-eating disorder*” (BED), ma più noto come “disturbo da alimentazione incontrollata”, è caratterizzato dalla presenza di episodi bulimici ricorrenti come accade nella bulimia nervosa. In netto contrasto con quest'ultima e con l'anoressia nervosa, tuttavia, in esso sono assenti i comportamenti estremi di controllo del peso (per esempio il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici e la dieta ferrea). La prevalenza *lifetime* del disturbo da *binge-eating* nella comunità è di circa il 3% (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007) e un quarto dei casi appartiene al genere maschile. Tale disturbo ha un esordio più tardo rispetto all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa e le persone, in genere, iniziano a farsi curare attorno ai quarant'anni (Barry, Grilo, & Masheb, 2002).

Criteri diagnostici

Il disturbo da *binge-eating*, in precedenza incluso nell'appendice del DSM-IV come un disturbo che richiedeva successivi studi (American Psychiatric Association, 2000), è stato riconosciuto in modo formale come disturbo dell'alimentazione dal DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), a

seguito di una revisione sistematica della letteratura che ne ha riconosciuto la validità come entità diagnostica distinta (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009). I criteri diagnostici del DSM-5 per tale disturbo sono i seguenti:

1. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
2. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:
 - mangiare molto più rapidamente del normale;
 - mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni;
 - mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente affamati;
 - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 - sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
3. È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
4. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
5. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Caratteristiche cliniche

Gli individui con disturbo da *binge-eating* hanno episodi bulimici ricorrenti non seguiti dall'uso sistematico di comportamenti di compenso (per esempio vomito autoindotto e uso improprio di lassativi o diuretici, digiuno ed esercizio fisico eccessivo). Tali episodi si verificano nel contesto di una generale tendenza a mangiare in eccesso piuttosto che di restrizione dietetica (come avviene di solito nella bulimia nervosa), e questo comportamento spiega la forte associazione del disturbo con l'obesità.

Nonostante l'assenza del tentativo di controllare il peso e la forma del corpo, il disturbo da *binge-eating* ha in comune con l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa l'eccessiva (per quanto minore) importanza attribuita a questi due elementi.

Il disturbo da *binge-eating*, quando è grave e si presenta con episodi bulimici

quotidiani, altera la qualità della vita e influenza negativamente la prestazione lavorativa/scolastica e i rapporti interpersonali. Nella maggior parte dei casi, le persone che ne sono affette cercano di controllare la propria alimentazione da sole, ma ci riescono in genere soltanto per brevi periodi e sviluppano spesso una condizione di obesità. Di conseguenza, molti pazienti richiedono un trattamento per il loro peso in eccesso e non per il disturbo dell'alimentazione. A sostegno di questa affermazione, è stato stimato che circa il 7-12% dei pazienti che richiede un trattamento per l'obesità abbia un disturbo da *binge-eating* (Dalle Grave, 2011a).

Disturbi psicologici e psichiatrici coesistenti

Paralleli tra le tre principali categorie diagnostiche DSM-5 dei disturbi dell'alimentazione sono evidenti anche nella coesistenza dei disturbi psicologici e psichiatrici. Per esempio la bassa autostima, i sintomi depressivi, l'intolleranza alle emozioni, i disturbi depressivi e l'abuso di alcol o di sostanze psicoattive sono comuni anche nel disturbo da *binge-eating* (Treasure et al., 2010).

Complicazioni fisiche

Gli individui con disturbo da *binge-eating* adottano spesso uno stile di vita non salutare caratterizzato da sedentarietà, alimentazione scadente (durante gli episodi sono in genere assunti alimenti ricchi di grassi, zuccheri e/o sale e a basso contenuto di vitamine e sali minerali), dipendenza dal fumo e abuso di alcol. Questo spiega perché le persone che hanno questo disturbo presentino sia complicazioni tipiche associate all'obesità (per esempio la sindrome metabolica, il diabete di tipo 2, le malattie della colecisti e del fegato, le malattie cardiovascolari e alcuni tipi di cancro) sia complicazioni indipendenti dal peso in eccesso, ma correlate al loro stile di vita non salutare (per esempio la sindrome dell'intestino irritabile, le complicazioni secondarie all'abuso di alcol e di fumo, i dolori cronici al collo, alle spalle, alla schiena e ai muscoli; Bulik & Reichborn-Kjennerud, 2003).

Decorso

I dati disponibili sul decorso del disturbo da *binge-eating* sono pochi. I pazienti di solito riportano una lunga storia di episodi bulimici, con un aumento della loro frequenza nei periodi di *stress*, ma molti riferiscono anche lunghi periodi liberi da questo comportamento. I risultati derivanti dagli studi che hanno esaminato la storia naturale a breve termine e dai *trial* farmacologici indicano come questo disturbo sia caratterizzato da elevati tassi di remissione spontanea (Dingemans, Bruna, & van Furth, 2002; Fairburn, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, 2000).

Uno studio ha riportato tassi di remissione dello stesso a quattro anni dell'82%, rispetto al 47% della bulimia nervosa e al 57% dell'anoressia nervosa (Agras, Crow, Mitchell, Halmi, & Bryson, 2009). Nei pazienti che non raggiungono una remissione, la migrazione da questo disturbo verso l'anoressia nervosa o la bulimia nervosa è assai rara.

Trattamento

Le linee guida del NICE raccomandano che agli adulti con disturbo da *binge-eating* dovrebbe essere offerta una forma di trattamento derivata dalla CBT per la bulimia nervosa (A) (National Institute of Clinical Excellence, 2004), raccomandazione confermata anche da una revisione sistematica (Brownley, Berkman, Sedway, Lohr, & Bulik, 2007). Possibili passi iniziali del trattamento sono l'autoaiuto basato sulla CBT (meglio se guidato) e/o i farmaci antidepressivi (B). L'IPT e i trattamenti basati sulla terapia dialettica comportamentale sono potenziali alternative alla CBT (B).

I pazienti devono, tuttavia, essere informati sul fatto che i trattamenti psicologici hanno un effetto limitato sul peso corporeo (A), come confermato da uno studio che ha dimostrato come l'IPT e l'auto-aiuto guidato siano stati significativamente più efficaci di un programma comportamentale di perdita di peso nell'eliminare gli episodi bulimici dopo due anni, ma come, di contro, nessuno dei tre trattamenti abbia permesso di ottenere un decremento ponderale significativo a lungo termine (Wilson, Wilfley, Agras, & Bryson, 2010).

ALTRI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Nel 1994 il DSM-IV ha introdotto la diagnosi di "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato" (NAS) per le persone che hanno un disturbo dell'alimentazione di gravità clinica che non soddisfa i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, un termine confermato anche nel 2000 dal DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). La diagnosi di disturbo dell'alimentazione NAS è stata inizialmente ideata con l'intento di creare una categoria diagnostica residua di disturbi dell'alimentazione, ma gli studi eseguiti dopo la pubblicazione del DSM-IV hanno dimostrato come circa la metà dei pazienti che richiedono un trattamento ambulatoriale o ospedaliero riceva questa diagnosi (Dalle Grave & Calugi 2007; Ricca et al., 2001). In alcuni studi, addirittura, la percentuale riportata di tale disturbo ha raggiunto il 70% (Fairburn & Bohn, 2005). Un altro problema che ha afflitto la diagnosi di questo disturbo dell'alimentazione consiste nell'assenza di criteri diagnostici positivi, come quelli usati per l'anoressia nervosa e per la bulimia nervosa, che demarchino il confine tra la presenza e l'assenza dello stesso. Tale fatto ha scoraggiato i ricercatori ad eseguire studi su di esso, con la conseguenza che oggi, nonostante la sua elevata

prevalenza nei campioni clinici, sono disponibili pochi dati sulla sua eziologia, sul suo decorso, sulla sua distribuzione nella popolazione e sulla risposta al trattamento da parte di coloro che ne sono affetti. Per superare questo imbarazzante problema classificatorio, il DSM-5, oltre ad abbassare le soglie per la diagnosi di anoressia nervosa (per esempio eliminando il criterio “amenorrea”) e di bulimia nervosa (per esempio riducendo la frequenza richiesta per le abbuffate da due a settimana a una a settimana), ha introdotto le categorie diagnostiche “disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione” e “disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione”.

Criteri diagnostici

I disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione e senza specificazione dovrebbero essere diagnosticati se l'individuo ha un disturbo di gravità clinica tale da causare un significativo danno fisico e/o psicosociale, che però non soddisfa i criteri dei tre disturbi dell'alimentazione descritti sopra o degli altri disturbi della nutrizione descritti nella nota 1.

La categoria diagnostica “disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione” va usata quando il clinico sceglie di comunicare le ragioni specifiche per cui la presentazione non soddisfa i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Essa include le seguenti condizioni:

- **Anoressia nervosa atipica.** Sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del *range* di normalità.
- **Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata).** Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- **Disturbo da *binge-eating* (a bassa frequenza e/o di durata limitata).** Sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da *binge-eating*, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- **Disturbo da condotta di eliminazione.** Ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per esempio vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
- **Sindrome da alimentazione notturna.** Ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio oppure con l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono

consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna, che causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento, non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. I *pattern* di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da *binge-eating* o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

La categoria diagnostica “disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione” va usata quando si sceglie di non specificare il motivo per cui i criteri non sono soddisfatti per uno specifico disturbo dell'alimentazione, oppure quando ci sono insufficienti informazioni per fare una diagnosi più specifica.

Come si può facilmente osservare, la descrizione dei disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione e senza specificazione è piuttosto eclettica e poco definita, e avvalorata la teoria che la divisione dei disturbi dell'alimentazione in categorie diagnostiche separate sia molto più effimera di quanto possa sembrare a prima vista.

Caratteristiche cliniche

Gli altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione possono essere arbitrariamente divisi in due sottogruppi principali, ma non vi è una chiara linea di demarcazione tra loro. Il primo comprende le persone che hanno un disturbo simile all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa, ma non soddisfano completamente i loro criteri diagnostici. Per esempio possono avere un peso leggermente superiore alla soglia necessaria per la diagnosi di anoressia nervosa o una frequenza di abbuffate leggermente inferiore alla soglia minima necessaria per la diagnosi di bulimia nervosa e di disturbo da *binge-eating*. Questi casi sono stati descritti come “disturbi sottosoglia” di anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da *binge-eating* (Fairburn & Bohn, 2005) e dal DSM-5 come “anoressia nervosa atipica”, “bulimia nervosa e disturbo da *binge-eating* a bassa frequenza e/o di durata limitata” (si veda sopra).

Il secondo e più grande sottogruppo è composto da persone in cui le caratteristiche cliniche dell'anoressia nervosa, della bulimia nervosa e del disturbo da *binge-eating* sono combinate in modo diverso da quelle descritte per i tre disturbi. Questi casi possono essere descritti come “disturbo misto” (Fairburn & Bohn, 2005). Ecco un esempio: un individuo con indice di massa corporea (IMC) $\geq 18,5$, vomito autoindotto quattro volte la settimana in assenza di episodi bulimici oggettivi ed eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo - un disturbo che è stato chiamato “disturbo da condotta di eliminazione” (si veda sopra) (Keel, 2007).

Le analogie tra l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da *binge-eating* e la categoria "ombrello" disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione o senza specificazione, che comprende almeno il 40% dei pazienti con disturbi dell'alimentazione (Fairburn & Bohn, 2005), sono evidenti. In particolare, anche a un occhio inesperto appare chiaro come le persone affette da questi ultimi disturbi abbiano anch'esse, nella maggior parte dei casi, un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. Dobbiamo davvero credere che questi disturbi siano entità separate e alimentate da meccanismi psicopatologici distinti? O sarebbe più plausibile suggerire che derivino da una psicopatologia comune che semplicemente si manifesta in diversi modi, secondo il *make-up* psicologico del singolo paziente?

Infine, anche se non ancora riconosciuto dalla professione medica come un disturbo distinto, la "sindrome da alimentazione notturna" (si veda sopra) è stata incorporata nella categoria "altri disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione". Nel 2010, un gruppo di lavoro internazionale ha proposto alcuni criteri diagnostici provvisori per la sua diagnosi (Allison et al., 2010), per quanto la sua definizione sia ancora oggetto di dibattito tra i ricercatori. Il criterio principale proposto è quello di un aumento anomalo dell'introito di cibo la sera e durante la notte, che si manifesta con: (1) il consumo di almeno il 25% dell'apporto calorico giornaliero dopo il pasto serale, e/o (2) risvegli notturni accompagnati dall'ingestione di cibo almeno due volte la settimana. La prevalenza della sindrome da alimentazione notturna è stata stimata attorno all'1,5% (Rand, Macgregor, & Stunkard, 1997) ed è stato dimostrato come essa aumenti con l'incremento dell'adiposità (Aronoff, Geliebter, & Zammit, 2001); tale disturbo, infatti, anche se si verifica tra le persone non affette da obesità, sembra essere più comune tra chi ha un eccesso di peso. Esso, inoltre, sembra avere un decorso cronico ed essere aggravato da situazioni di vita stressanti.

Decorso

Poco si sa circa il decorso dei disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione o senza specificazione in generale. Se ci rifacciamo ai pochi dati disponibili sulla diagnosi DSM-IV del "disturbo dell'alimentazione NAS", alcuni studi suggeriscono che i pazienti con questo disturbo guariscano più rapidamente rispetto a quelli con anoressia nervosa o bulimia nervosa (Agras et al., 2009; Ben-Tovim et al., 2001), ma altri, al contrario, non hanno trovato differenze nei tassi di remissione rispetto alla bulimia nervosa. Inoltre, a cinque e a vent'anni di *follow-up*, non sono state riscontrate differenze significative nei tassi di remissione tra disturbo dell'alimentazione NAS con sintomi bulimici e bulimia nervosa, dato che - per entrambi i disturbi - il tasso di remissione riportato è stato di circa il 70-75% (Keel & Brown, 2010). Uno studio osservazionale ha

anche evidenziato come la migrazione del disturbo dell'alimentazione NAS verso l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sia piuttosto comune, e come la categoria diagnostica "disturbo dell'alimentazione NAS" rappresenti una diagnosi meno stabile rispetto a quella di questi ultimi due disturbi (Milos, Spindler, Schnyder, & Fairburn, 2005).

Sebbene la diagnosi di disturbo dell'alimentazione NAS sia a volte considerata come una forma meno grave di disturbo dell'alimentazione, un recente studio ha riportato, nelle persone che ne sono affette, un tasso grezzo di mortalità del 5,2%, simile a quello riscontrato nell'anoressia nervosa (Crow et al., 2009). Tutti questi dati suggeriscono, ancora una volta, che la distinzione DSM dei disturbi dell'alimentazione in differenti categorie diagnostiche sia sostanzialmente artificiale.

Trattamento

Le linee guida del NICE hanno sottolineato come non sia possibile fare raccomandazioni basate sull'evidenza per quanto riguarda il trattamento dei disturbi dell'alimentazione che non siano l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da *binge-eating*, perché non è stata eseguita abbastanza ricerca sul loro trattamento (National Institute of Clinical Excellence, 2004). Esse suggeriscono che i disturbi simili alla bulimia nervosa vengano trattati allo stesso modo di quest'ultima, e un'estrapolazione equivalente andrebbe fatta per quelli simili all'anoressia nervosa (C). Questa raccomandazione è supportata da dati provenienti da due studi indipendenti, in cui è stato dimostrato come la CBT-E sia adatta sia per la bulimia nervosa che per i disturbi dell'alimentazione NAS non significativamente sottopeso (Byrne, Fursland, Allen, & Watson, 2011; Fairburn et al., 2009), risultato che suggerisce l'esistenza di una stretta correlazione tra questi disturbi.

LA CLASSIFICAZIONE DSM RIFLETTE LA REALTÀ CLINICA?

Da quanto fino a ora descritto, appaiono evidenti tre difetti principali della classificazione DSM (Fairburn et al., 2003). In primo luogo, le categorie diagnostiche apparentemente residuali - i "disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione o senza specificazione" - costituiscono le più comuni diagnosi di disturbi dell'alimentazione eseguite in campioni ambulatoriali e ospedalieri, e - purtroppo - sono state finora quasi completamente ignorate dai ricercatori. In secondo luogo, la classificazione DSM ha una validità diagnostica limitata, perché è assai comune osservare una migrazione tra le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione (per esempio da anoressia nervosa a bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS, e da bulimia nervosa a disturbi dell'alimentazione NAS).

(Milos et al., 2005). Tale migrazione diagnostica non riflette tanto il processo di guarigione da un disturbo e di esordio di un altro, come la classificazione DSM suggerirebbe, quanto piuttosto l'evoluzione di un singolo disturbo dell'alimentazione. In terzo luogo, la classificazione DSM è di scarsa utilità clinica, poiché le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione presentano scarse implicazioni prognostiche e terapeutiche.

Queste considerazioni hanno portato Fairburn e Bohn (2005) a proporre la soluzione "transdiagnostica", progettata per superare i limiti della classificazione DSM. Gli autori del centro CREDO di Oxford hanno raccomandato la creazione di un'unica categoria diagnostica dei disturbi dell'alimentazione senza suddivisioni. Anche se questa a prima vista può sembrare un'idea controversa, essa è sostenuta da diverse osservazioni, che saranno illustrate nei prossimi paragrafi.

I disturbi dell'alimentazione condividono le stesse caratteristiche cliniche

La cosa che più colpisce un clinico che cura i disturbi dell'alimentazione è la somiglianza del quadro clinico presentato dai pazienti con anoressia nervosa, bulimia nervosa e altri disturbi dell'alimentazione. In effetti, tutte e tre le categorie diagnostiche condividono la maggior parte delle loro caratteristiche cliniche (Fairburn & Bohn, 2005). In particolare, l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo (vale a dire, il giudicare se stessi in modo predominante o esclusivo in termini di peso e forma del corpo) è una caratteristica comune a quasi tutti i pazienti con disturbi dell'alimentazione. Essa si osserva esclusivamente in questo tipo di disturbi, spiegandone le principali caratteristiche cliniche, motivo per cui - come illustrerò ampiamente nel capitolo 2 - è stata chiamata la "psicopatologia specifica e centrale" dei disturbi dell'alimentazione (Fairburn et al., 2003).

Le espressioni più caratteristiche dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo sono la preoccupazione per il peso e la forma del corpo, il *check* e l'evitamento del corpo. Altre espressioni sono il sentirsi grassi, la ricerca della magrezza e la paura di aumentare di peso, che non sono mitigate dal decremento ponderale. La psicopatologia specifica e centrale spiega anche i comportamenti di controllo del peso estremi adottati dalle persone con disturbi dell'alimentazione, quali per esempio le regole dietetiche rigide ed estreme, l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo, il vomito autoindotto e l'uso improprio di lassativi e diuretici. L'unica caratteristica che non rappresenta un'espressione diretta dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo è l'episodio bulimico. Tuttavia questo comportamento è in molti casi, come sarà descritto nel capitolo 2, la conseguenza della rottura delle regole dietetiche rigide ed estreme adottate dalle persone con disturbi dell'alimentazione, indipendentemente dal fatto che esse producano un *deficit* calorico (Fairburn et al., 2003).

In un sottogruppo di persone con disturbi dell'alimentazione, la psicopatologia specifica e centrale è costituita dall'eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione (Dalle Grave, Calugi, & Marchesini, 2008c). A volte tale psicopatologia coesiste con l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, ma non sempre. In effetti, alcuni individui non riportano la paura di aumentare di peso, le preoccupazioni estreme per quest'ultimo e per la forma del corpo, il *check* e l'evitamento del corpo o la sensazione di essere grassi, ma solo la preoccupazione per il controllo dell'alimentazione, associata all'adozione di regole dietetiche rigide ed estreme e a frequenti e inusuali *check* dell'alimentazione stessa (per esempio pesare ripetutamente gli alimenti e controllare il contenuto calorico del cibo da mangiare). Alcuni di questi casi possono ricevere la diagnosi DSM-5 di "disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo" (si veda il capitolo 8).

In tutte le categorie dei disturbi dell'alimentazione, spesso coesistono vari problemi psicologici, come per esempio i sintomi di depressione e di ansia; inoltre, molto spesso sono soddisfatti i criteri diagnostici per i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia. In generale, la depressione si osserva più frequentemente negli individui con episodi bulimici, mentre l'ansia è più comune in quelli con elevati livelli di restrizione dietetica. I sintomi ossessivi sono stati riportati frequentemente dai pazienti che restringono le calorie assunte e da quelli sottopeso e, in molti casi, rappresentano la conseguenza dello stato di malnutrizione, come sarà discusso più avanti (Dalle Grave, Pasqualoni, & Marchesini, 2011). Un altro sottogruppo di pazienti, in particolare quelli che hanno episodi bulimici ricorrenti, adotta comportamenti autolesionistici, e un gruppo paragonabile riporta un uso improprio di sostanze psicoattive. Comuni in tutte le categorie dei disturbi dell'alimentazione sono inoltre alcuni tratti di personalità, come per esempio il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare e l'intolleranza alle emozioni, che in alcuni pazienti precedono l'insorgenza del disturbo dell'alimentazione stesso (Fairburn et al., 2003).

I disturbi dell'alimentazione migrano tra le categorie diagnostiche

Gli studi longitudinali che hanno seguito i pazienti nel corso del tempo hanno spesso osservato una migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica a un'altra (Fairburn & Harrison, 2003; Milos et al., 2005). La ricerca ha anche evidenziato come i disturbi dell'alimentazione raramente migrino verso altri disturbi mentali (Fairburn & Harrison, 2003). Tali osservazioni indicano come questi disturbi rappresentino una categoria diagnostica distinta (perché non migrano verso altri disturbi mentali) e come la divisione del DSM in diverse categorie diagnostiche sia probabilmente soltanto un artefatto classificatorio che non riflette la realtà clinica. Per illustrare questo punto, esaminiamo il caso di

Chiara, una paziente che, in dieci anni, ha ricevuto tre diagnosi DSM diverse di disturbo dell'alimentazione.

All'età di quattordici anni, Chiara ha ricevuto una diagnosi di “anoressia nervosa” dal suo medico di famiglia. Tale diagnosi è stata motivata dal suo basso peso (34 kg) e dalla presenza delle seguenti caratteristiche: dieta fortemente ipocalorica, esercizio fisico eccessivo e compulsivo, paura di aumentare di peso, eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e amenorrea. Quattro anni più tardi, dopo un viaggio in Inghilterra, Chiara ha iniziato ad avere episodi bulimici e a indursi il vomito quasi ogni giorno. Il suo peso è salito a 52 kg e la sua valutazione del peso e della forma del corpo è diventata estrema. Di conseguenza, ha ricevuto da uno psichiatra da lei consultato la diagnosi di “bulimia nervosa”. A ventiquattro anni, ha smesso di vomitare dopo gli episodi bulimici e il suo peso è aumentato fino a 60 kg; tuttavia, ha continuato a riferire l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. A questo punto, ha iniziato una psicoterapia e ha ricevuto dal terapeuta una diagnosi di “disturbo da *binge-eating*”.

Durante la sua vita, sulla base della classificazione del DSM, Chiara ha ricevuto tre differenti diagnosi psichiatriche. Ciò solleva una decisiva e improcrastinabile domanda: tali diagnosi distinte sono una rappresentazione fedele della sua condizione o, come sembra più probabile, lei ha sofferto di un unico disturbo dell'alimentazione le cui caratteristiche cliniche si sono modificate nel tempo?

I disturbi dell'alimentazione rispondono bene allo stesso trattamento

L'implementazione della nuova CBT-E per i disturbi dell'alimentazione in Italia, in Inghilterra, in Danimarca e in Australia, ha mostrato come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e gli altri disturbi dell'alimentazione rispondano bene allo stesso trattamento transdiagnostico (si veda il capitolo 5 per i dettagli), con poca differenza tra i loro esiti a breve o a lungo termine, un'altra scoperta che solleva l'importante domanda se sia utile da un punto di vista clinico dividere gli stessi in categorie distinte, come indicato dal DSM (Byrne et al., 2011; Dalle Grave et al., 2013; Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2013; Poulsen et al., 2014).

La soluzione transdiagnostica

La soluzione transdiagnostica, che considera i disturbi dell'alimentazione come una singola categoria diagnostica piuttosto che come disturbi separati (Fairburn et al., 2003), è stata proposta per rispondere alla domanda del paragrafo precedente. Secondo tale soluzione, una persona ha un disturbo dell'alimentazione di gravità clinica se soddisfa i seguenti quattro criteri:

1. Presenza di eccessiva valutazione del peso e/o della forma del corpo e/o del controllo dell'alimentazione.
2. Presenza di disturbi persistenti delle abitudini alimentari e/o adozione persistente di comportamenti non salutari di controllo del peso.
3. Presenza di danni alla salute fisica e/o al funzionamento psicosociale in conseguenza delle abitudini alimentari e/o dell'adozione dei comportamenti non salutari di controllo del peso.
4. Il disturbo comportamentale non è secondario a qualsiasi disturbo medico o psichiatrico conosciuto.

Questo modo transdiagnostico di classificare i disturbi dell'alimentazione è stato utilizzato come punto di partenza per la teoria cognitivo-comportamentale descritta nel capitolo 2 e per la CBT-E *multistep* illustrata più avanti in questo libro.

LA CBT-E *MULTISTEP* AMBULATORIALE

La CBT-E ambulatoriale è la forma di trattamento indicata per la maggior parte dei pazienti con disturbi dell'alimentazione. La CBT-E, originariamente sviluppata presso il centro CREDO di Oxford (Regno Unito) per il trattamento ambulatoriale degli adulti con tutte le categorie dei disturbi dell'alimentazione (bulimia nervosa, anoressia nervosa e altri disturbi dell'alimentazione) (Fairburn et al., 2003), è stata in seguito adattata anche per gli adolescenti (Cooper & Stewart, 2008; Dalle Grave et al., 2013). Un resoconto completo dell'approccio e della sua implementazione può essere trovato nella guida originale al trattamento (Fairburn, 2008), mentre in questo capitolo è riportata un'utile sinossi delle principali strategie e procedure del trattamento stesso, la cui lettura può aiutare a seguire meglio la descrizione del caso A (si veda il capitolo 9). Dopo una descrizione delle procedure principali della CBT-E ambulatoriale per i pazienti normopeso, il capitolo illustrerà gli adattamenti che sono stati eseguiti per quelli sottopeso e in eccesso di peso.

CBT-E AMBULATORIALE PER I PAZIENTI NON SOTTOPESO

Con i pazienti che non sono sottopeso, la CBT-E generalmente prevede due appuntamenti iniziali per la valutazione diagnostica e la preparazione, seguiti da 20 sedute di 50 minuti da svolgersi in 20 settimane. Il trattamento presenta quattro fasi ben definite, ognuna con obiettivi e procedure specifiche.

Fase uno (iniziare bene)

È la fase più intensiva del trattamento e gli appuntamenti sono fissati due

volte la settimana. Diversi studi indicano come l'entità del cambiamento nelle prime quattro settimane rappresenti il più potente predittore dell'esito della terapia (Agras et al., 2000; Fairburn, Agras, Walsh, Wilson, & Stice, 2004), il che spiega perché i teorici della CBT-E raccomandino l'importanza di aiutare i pazienti a iniziare bene il trattamento (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn, Hawker, et al., 2008, pp. 47-72) e di eseguire due incontri la settimana per favorire quello che è stato chiamato lo "slancio terapeutico".

I principali obiettivi di questa fase, perseguiti attraverso le strategie e le procedure descritte nei prossimi paragrafi, sono i seguenti: (1) ingaggiare i pazienti nel trattamento e nel cambiamento; (2) migliorare la comprensione del disturbo dell'alimentazione; (3) ridurre le preoccupazioni per il peso e (4) stabilire modalità di alimentazione regolari.

Ingaggiare i pazienti nel trattamento e nel cambiamento

È fondamentale che il terapeuta cerchi di ingaggiare i pazienti nel trattamento e che li prepari a cambiare, poiché la maggior parte di essi è ambivalente o addirittura non è disponibile ad affrontare il proprio disturbo dell'alimentazione.

L'ingaggio può essere favorito adottando un approccio collaborativo che incoraggi gli stessi ad assumere un ruolo attivo nel trattamento (si veda il capitolo 3) e uno stile terapeutico ingaggiante che richiede l'uso delle seguenti modalità relazionali:

- essere empatici, professionali (evitando di adottare un atteggiamento intimidatorio o paternalistico) e genuini;
- mostrare interesse verso i pazienti ascoltandoli attentamente e chiedendo loro spesso chiarimenti;
- essere sensibili all'ambivalenza di questi ultimi;
- coinvolgere attivamente gli stessi nel trattamento;
- non avere fretta, invitare a fare domande e instillare speranza.

Creare la formulazione personalizzata in modo collaborativo

La formulazione personalizzata è una rappresentazione visiva, in sostanza un diagramma, dei processi che sembrano mantenere il disturbo dell'alimentazione dei pazienti (si veda il capitolo 2); la sua costruzione ha quattro obiettivi principali (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn, Hawker, et al., 2008, p. 44):

1. aiuta a ingaggiare i pazienti nel trattamento, stimolando la loro collaborazione e dando loro la possibilità di giocare un ruolo attivo;
2. aiuta questi ultimi a decentrarsi permettendogli di analizzare il loro disturbo dell'alimentazione oggettivamente - una strategia fondamentale per aiutarli ad affrontare il cambiamento;

3. consente agli stessi di visualizzare e comprendere la natura e la funzione della loro psicopatologia, dimostrando come il disturbo dell'alimentazione sia mantenuto da una varietà di meccanismi interagenti tra loro;
4. fornisce la "carta stradale" del trattamento e una guida facilmente consultabile dei problemi che dovranno essere affrontati.

La creazione della formulazione personalizzata provvisoria va iniziata fin dalla prima seduta del trattamento. Il terapeuta dovrebbe disegnarla (a mano), usando i termini dell'esperienza dei pazienti, iniziando da quello che loro vogliono cambiare - facendo comunque riferimento al modello transdiagnostico descritto nel capitolo 2. Per non complicare le cose e confondere questi ultimi, tale formulazione dovrebbe includere solo i più potenti meccanismi di mantenimento riportati e non essere troppo dettagliata.

Il terapeuta consegna la formulazione ai pazienti al termine della seduta e ne tiene una copia per sé. A questi ultimi egli dovrebbe spiegare come, al fine di fare i progressi necessari, sia fondamentale come compito a casa rivedere la formulazione in dettaglio e apportare eventuali modifiche che saranno discusse nella seduta successiva - in questo modo la costruzione della stessa diventerà collaborativa (Fairburn et al., 2008, pp. 53-54).

Nelle sedute successive la formulazione sarà appoggiata sul tavolo (in mezzo tra il terapeuta e il paziente che si siederanno ai lati perpendicolari dello stesso), e andrà modificata ogni volta che terapeuta e paziente raggiungeranno una migliore comprensione del problema perché, come già detto, fornisce la guida del trattamento.

Implementare il monitoraggio in tempo reale

Il monitoraggio in tempo reale viene introdotto nella seduta iniziale e rappresenta la procedura principale utilizzata nell'intero corso del trattamento. I pazienti sono istruiti a monitorare alcuni comportamenti rilevanti (per esempio alimentazione, assunzione di liquidi, vomito, uso improprio di lassativi, misurazione del peso, *check* della forma del corpo ecc.), compilando in tempo reale (per esempio dopo il consumo di ogni alimento) un'apposita scheda di monitoraggio composta da sei colonne, fornita dal terapeuta assieme a dettagliate istruzioni scritte su come riempirla (per una descrizione dettagliata si veda il capitolo 9). Per un accurato monitoraggio è essenziale che gli stessi compilino una nuova scheda ogni giorno e che la portino a tutte le sedute, perché la revisione del monitoraggio è una parte importante di ognuna di queste.

Il monitoraggio in tempo reale ha i seguenti obiettivi principali:

- aiuta i pazienti e il terapeuta a migliorare la comprensione dei meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione;
- permette di individuare i progressi, fornendo esempi concreti dei cambiamenti effettuati;
- facilita il cambiamento perché, essendo eseguito in tempo reale, permette di modificare alcuni comportamenti automatici che sembrano impossibili da controllare;
- aiuta a stabilire l'ordine del giorno della seduta.

Per migliorare l'aderenza dei pazienti al monitoraggio è essenziale che le schede siano riviste assieme agli stessi in dettaglio a ogni seduta, valutando oggettivamente la qualità della registrazione, i progressi effettuati e gli ostacoli incontrati.

Fornire un'educazione personalizzata

L'educazione personalizzata è una procedura che ha quattro funzioni principali: (1) corregge alcune convinzioni sbagliate dei pazienti che possono contribuire a mantenere il loro disturbo dell'alimentazione; (2) fornisce informazioni affidabili sui disturbi dell'alimentazione e sui processi che li mantengono; (3) rinforza la formulazione personalizzata e (4) riduce lo stigma perché fornisce una spiegazione razionale dei meccanismi che mantengono alcuni comportamenti.

L'intervento educativo in seduta, nella versione italiana della CBT-E *multistep*, è affiancato dalla lettura guidata del libro *Come vincere i disturbi dell'alimentazione: un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale* (Dalle Grave, 2012b), in particolare del capitolo 3, che descrive in un linguaggio semplice i principali meccanismi di mantenimento di questi disturbi. In alternativa, se il paziente non è sottopeso, può essere consigliata la lettura del libro *Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge eating* (Fairburn, 2014). Questa procedura rappresenta un modo efficiente per fornire un'educazione personalizzata al momento giusto del trattamento. Ai pazienti è chiesto di leggere alcune sezioni del libro e di fare le annotazioni che ritengono più opportune perché poi saranno discusse in seduta.

L'educazione è personalizzata in base alle caratteristiche di questi ultimi, ma nella maggior parte dei casi include i seguenti temi:

- effetti fisici e psicosociali del disturbo dell'alimentazione;
- regolazione del peso (si veda sotto);
- inefficacia dei comportamenti eliminativi (vomito, lassativi e diuretici) come mezzo di controllo di quest'ultimo;
- effetti negativi della dieta ferrea (per esempio spiegando il tipo di dieta che

promuove gli episodi bulimici e la differenza tra regole dietetiche rigide ed estreme e le linee guida dietetiche salutari flessibili).

Implementare la misurazione collaborativa del peso

La maggior parte dei pazienti ha un'estrema preoccupazione per il peso, che li porta a misurarlo molto frequentemente o, al contrario, a evitare di salire sulla bilancia. Entrambi questi modi di misurazione dello stesso sono disfunzionali e vanno affrontati perché mantengono alta la preoccupazione a riguardo.

In associazione a una lettura guidata di sezioni rilevanti del manuale di autoaiuto *Come vincere i disturbi dell'alimentazione: un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale* (Dalle Grave, 2012b), i pazienti sono educati sui seguenti temi:

- come calcolare l'IMC (peso in chili diviso l'altezza in metri al quadrato) e le soglie dello stesso che classificano una condizione di sottopeso (<18,5), normopeso ($\geq 18,5$ e < 25,0), sovrappeso ($\geq 25,0$ e < 30,0) e obesità ($\geq 30,0$);
- le modificazioni a breve termine del peso che sono dovute principalmente a variazioni dello stato di idratazione, perché il 60% del corpo umano è costituito da acqua;
- gli effetti del trattamento sul peso. Ai pazienti viene comunicato che la modificazione di quest'ultimo è minima (purché tale modificazione non rappresenti un obiettivo del trattamento);
- gli effetti della misurazione del peso (con l'evitamento della misurazione non sono sfidate le paure e le assunzioni; con la misurazione frequente si stimolano preoccupazioni per modificazioni del peso irrilevanti).

I pazienti sono invitati ad astenersi dal pesarsi a casa nel corso della settimana, ma a misurare in seduta il peso una volta la settimana con l'aiuto del terapeuta. Quest'ultimo traccia insieme a loro l'ultima lettura sul grafico del peso (scritto a mano), collegandola con una linea a quella precedente. Ogni settimana il terapeuta e i pazienti interpretano assieme la tendenza emergente nel corso delle ultime quattro settimane. Durante questo processo, il primo deve più volte sottolineare come non si possa interpretare mai una singola pesata, perché questa può essere influenzata da variazioni del contenuto idrico del corpo.

I vantaggi della misurazione del peso una volta la settimana in seduta sono i seguenti:

- permette al terapeuta di educare i pazienti sul peso corporeo e sulla sua regolazione;

- fornisce a questi ultimi informazioni realistiche sul loro peso e su come esso cambia;
- aiuta gli stessi a identificare e a interpretare le modificazioni del peso;
- aiuta gli stessi a controllare la frequenza della misurazione di quest'ultimo;
- riduce gradualmente il grado di preoccupazione a riguardo e, indirettamente, rende i pazienti più disponibili a modificare le proprie abitudini alimentari.

Stabilire abitudini alimentari regolari

La procedura dell'alimentazione regolare ha due aspetti principali: (1) mangiare a intervalli regolari durante il giorno e (2) non mangiare tra gli intervalli. Per tale motivo, i pazienti sono incoraggiati a fare tre pasti principali più due spuntini ogni giorno, cercando di non fare passare più di quattro ore tra gli episodi di assunzione di cibo, e di non mangiare tra i pasti e gli spuntini (procedura chiamata "3+2+0").

I pazienti sono educati a pianificare in anticipo gli orari dei pasti, inserendoli in testa alla scheda di monitoraggio, e a rispettare questi ultimi (non le sensazioni di fame e pienezza), ma sono liberi di mangiare quello che desiderano, con la sola indicazione che i pasti e gli spuntini non devono essere seguiti dal vomito o da altri comportamenti di compenso (l'obiettivo è quando, non cosa e quanto mangiare). L'alimentazione regolare dovrebbe avere la precedenza rispetto a tutte le altre attività della giornata, adottando un approccio flessibile che possa soddisfare gli impegni, ma rispettando l'indicazione di non fare passare mai più di quattro ore tra ogni episodio di assunzione di cibo.

Per aiutare i pazienti a non mangiare tra un pasto e l'altro vengono suggerite loro alcune procedure aggiuntive. La prima consiste nello stilare un elenco di cose da dirsi e da fare quando si sperimenta l'impulso a mangiare al di fuori degli orari pianificati. Le prime includono frasi in cui si evidenzia come tale impulso rappresenti un fenomeno temporaneo che può essere tollerato. Le seconde includono attività che sono incompatibili con il mangiare (per esempio il recarsi in un posto dove il cibo non è accessibile), che distraggono e fanno passare del tempo (per esempio fare la doccia o le parole crociate).

Ai pazienti che hanno molta difficoltà a regolarizzare la frequenza dei pasti si può consigliare di iniziare gradualmente dalla prima parte del giorno (per esempio di regolarizzare la colazione e lo spuntino di metà mattina). A quelli che hanno troppe scorte di cibo a casa, che possono stimolare gli episodi bulimici, è utile invece consigliare di pianificare la spesa in modo da comprare solo gli alimenti necessari per i pasti e gli spuntini e di ridurre l'eccessiva stimolazione alimentare ambientale.

Altre indicazioni utili a regolarizzare l'alimentazione sono il cercare di mangiare

in modo formale, possibilmente seduti a tavola, facendo dei pasti che abbiano un inizio e una fine. Ai pazienti si consiglia anche di non mangiare direttamente il cibo dalle confezioni e mentre fanno altre attività (per esempio leggere o guardare la televisione) e di cibarsi a una velocità regolare, né troppo piano né troppo velocemente (un pasto dovrebbe durare circa 30 minuti).

Il terapeuta dovrebbe spiegare loro come stabilire un'alimentazione regolare sia fondamentale per il successo del trattamento, per le seguenti ragioni:

- permette di affrontare uno dei più importanti tipi di dieta ferrea (saltare i pasti e ritardare l'assunzione di cibo) che favorisce gli episodi bulimici;
- fornisce struttura alla giornata che, nei pazienti con episodi bulimici ricorrenti, è spesso caotica;
- riduce la frequenza degli episodi bulimici;
- aiuta i pazienti ad affrontare la propria avversione per certi gruppi alimentari, introducendo pasti e spuntini che possono essere gradualmente aumentati come dimensioni e varietà.

In sintesi, l'alimentazione regolare rappresenta le fondamenta su cui sono costruiti gli altri cambiamenti dell'alimentazione per affrontare la restrizione dietetica cognitiva e calorica.

Coinvolgere gli altri significativi

Il coinvolgimento dei genitori o del *partner* o di altri significativi, con il consenso dei pazienti, va considerato in due casi: (1) se possono essere d'aiuto ai pazienti stessi nell'attuare alcuni cambiamenti (per esempio aiutandoli a gestire l'alimentazione regolare) e (2) se rendono difficoltoso il cambiamento (per esempio perché fanno commenti negativi sul modo di mangiare o sull'aspetto fisico di questi).

L'incontro con gli altri significativi è effettuato alla presenza del paziente verso la fine della fase uno dopo la seduta individuale, e ha una durata di circa 45 minuti. Altri due incontri possono essere programmati nelle fasi tre e quattro del trattamento.

Tale incontro è strutturato nel modo seguente:

- introduzione degli scopi dell'incontro;
- spiegazione da parte del paziente del razionale dell'intervento e di che cosa si sta cercando di fare al momento;
- ascolto del punto di vista degli altri significativi, rispondendo alle loro domande e affrontando i loro problemi;
- discussione su come questi possono essere d'aiuto.

Fase due

È una breve fase di transizione della durata di una o due sedute, dedicata a rivedere i progressi, a fare degli adattamenti e a pianificare la fase tre. Gli appuntamenti delle sedute passano da due a uno la settimana. In questa fase continuano ad essere implementate le strategie e le procedure introdotte nella fase uno, ma ne vengono aggiunte anche altre (che descriveremo nei prossimi paragrafi).

Valutare assieme ai pazienti i progressi e l'adesione al trattamento

Nella CBT-E, come già detto, l'entità dei cambiamenti effettuati nelle prime quattro settimane predice l'esito del trattamento. Per tale motivo, è essenziale che la fase uno sia implementata bene. Nel caso in cui il progresso sia limitato, vanno identificati e affrontati gli ostacoli al più presto. La revisione va fatta in modo sistematico con i pazienti, e prevede la ri-somministrazione dei questionari EDE-Q e CIA. Molti pazienti tendono ad avere una visione negativa dei loro progressi, e per tale motivo vanno aiutati a raggiungerne una più bilanciata. Di solito, dopo quattro settimane, si verifica un miglioramento nelle modalità alimentari e una diminuzione della frequenza degli episodi bulimici e dei comportamenti di compenso, ma le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo nella maggior parte dei casi non si modificano.

Identificare qualsiasi barriera addizionale al cambiamento

Le principali barriere al trattamento osservate dai terapeuti della CBT-E e le strategie per affrontarle sono le seguenti:

- paura del cambiamento - in questo caso va affrontata l'ambivalenza dei pazienti con le procedure descritte nel capitolo 4;
- resistenza al cambiamento in generale - può essere un effetto della presenza di perfezionismo clinico (in questo caso va valutato se includere il modulo del perfezionismo clinico nella fase tre). La presenza di quest'ultimo va anche sospettata quando i pazienti eseguono un monitoraggio eccessivamente dettagliato, hanno molte difficoltà a regolarizzare l'alimentazione perché adottano regole dietetiche estremamente rigide, e rallentano il trattamento focalizzandosi sui dettagli;
- impegni che competono - in questo caso i pazienti vanno incoraggiati a dare al trattamento la priorità;
- eventi esterni o difficoltà interpersonali - in questo caso va valutato se includere il modulo delle difficoltà interpersonali nella fase tre;
- senso di impotenza e mancanza di fiducia nella capacità di essere in grado di cambiare - in questo caso va valutato se includere il modulo della bassa autostima nucleare nella fase tre;

- scarsa pianificazione - in questo caso il paziente va incoraggiato ad essere più organizzato;
- depressione clinica - in questo caso va valutata la possibilità di associare alla CBT-E un trattamento farmacologico per la cura della depressione (si veda il capitolo 4);
- uso improprio di sostanze - il paziente va inviato da uno specialista;
- avversione alla CBT - è inusuale, ma se presente i pazienti vanno incoraggiati a sospendere il proprio scetticismo e a ipotizzare che questo nuovo trattamento possa aiutarli a cambiare;
- scarsa implementazione del trattamento da parte del terapeuta - è un ostacolo da prevenire sottoponendosi a periodiche supervisioni, facendo incontri di discussione dei casi e partecipando a corsi di aggiornamento.

Valutare se sono presenti meccanismi di mantenimento aggiuntivi

La CBT-E focalizzata rappresenta la versione di *default* del trattamento. Nel caso in cui, però, si evidenzia la presenza di meccanismi di mantenimento aggiuntivi, il terapeuta dovrebbe scegliere solo i moduli che appaiono essere rilevanti nel mantenimento del disturbo dell'alimentazione o nell'ostacolare il trattamento stesso. È anche importante valutare se il modulo possa essere affrontato con successo e se sia considerato un problema per i pazienti. In genere, il modulo delle difficoltà interpersonali è quello scelto più frequentemente, mentre quello del perfezionismo clinico è il secondo in ordine di frequenza. In genere è meglio lavorare sull'autostima indirettamente tramite il modulo delle difficoltà interpersonali, riservando l'implementazione del modulo specifico relativo alla bassa autostima nucleare a quando prevale la componente cognitiva della bassa autostima stessa.

Pianificare la fase tre

In genere i meccanismi più importanti da affrontare sono i seguenti - e nel seguente ordine - sebbene il loro ordine possa essere modificato considerando il contributo relativo dei processi di mantenimento, il tempo necessario per affrontarli e la necessità di un progresso precoce:

- immagine corporea - è il primo meccanismo da affrontare perché i fattori che mantengono l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo richiedono molte sedute per essere erosi;
- restrizione dietetica - una settimana o due dopo aver iniziato ad affrontare l'immagine corporea;
- eventi, emozioni e alimentazione - una settimana o due dopo aver iniziato ad affrontare la restrizione dietetica;

- moduli aggiuntivi - in questo caso la CBT-E *multistep* diventa allargata (si veda sotto);
- passi indietro e stati mentali - vanno affrontati verso la fine della fase tre.

Fase tre

È il corpo principale del trattamento e ha i seguenti obiettivi: (1) affrontare i meccanismi che mantengono la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione; (2) affrontare le caratteristiche residue del disturbo dell'alimentazione stesso e (3) sviluppare le abilità per affrontare i passi indietro (*setback*). In questa fase le sedute hanno una frequenza settimanale e il trattamento diventa completamente individualizzato.

Immagine corporea

L'immagine corporea è senza dubbio il problema principale da affrontare nella maggioranza dei pazienti attraverso le strategie e procedure descritte nei prossimi paragrafi.

1. Identificare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e le sue conseguenze

Il primo passo per affrontare l'immagine corporea negativa dei pazienti è quello di aiutarli a identificare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. La procedura prevede dapprima l'educazione degli stessi sul concetto, un po' astratto, di autovalutazione, e poi l'identificazione collaborativa dei domini principali della vita che essi usano per valutare se stessi.

A scopo educativo, si usa un grafico a torta per illustrare l'importanza relativa dei vari domini di autovalutazione, che, nei pazienti con disturbi dell'alimentazione, è caratterizzato in genere da una grossa fetta che rappresenta il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione e da un piccolo numero di altre fette di ridotta dimensione (per esempio le prestazioni a scuola o al lavoro ecc.). Utilizzando questa rappresentazione visiva come punto di partenza, il terapeuta inizia a fare elicitare ai pazienti i vantaggi e gli svantaggi di usare un sistema di autovalutazione basato in modo predominante sul peso e sulla forma del corpo. L'analisi di solito porta alla conclusione che, sebbene avere un dominio predominante di autovalutazione possa in alcuni casi offrire dei vantaggi a breve termine - vale a dire la semplicità di giudicare se stessi basandosi su un singolo dominio controllabile e misurabile (per esempio il controllo del peso e della forma del corpo) rispetto al giudicarsi sulla base di più domini non completamente controllabili (per esempio i voti scolastici, le relazioni, le prestazioni sportive, le qualità personali ecc.) - a lungo termine l'adozione di questa modalità di autovalutazione è disfunzionale per i seguenti motivi (Fairburn et al., 2008, pp. 99-100):

- marginalizza altri aspetti importanti della vita (per esempio le relazioni, la scuola, il lavoro, gli *hobbies* ecc.);
- è direttamente responsabile delle principali caratteristiche che mantengono i disturbi dell'alimentazione (per esempio la dieta ferrea, i comportamenti eliminativi, le abbuffate ecc.) e delle complicazioni fisiche e psicosociali gravi associate;
- può funzionare quando le cose vanno bene, ma se qualcosa va storto (per esempio un aumento di peso o un episodio bulimico) porta inevitabilmente a un crollo della valutazione di sé;
- difficilmente porta al successo, perché non si riesce mai a raggiungere una forma del corpo "perfetta".

Dopo aver raggiunto la conclusione che sviluppare un sistema più articolato e bilanciato di autovalutazione sia preferibile, il terapeuta aiuta i pazienti a creare la "formulazione personalizzata allargata" che include, oltre ai meccanismi di mantenimento evidenziati nella fase uno, anche le principali espressioni dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, vale a dire il *check* e l'evitamento del corpo, la sensazione di essere grassi e la marginalizzazione di altre aree della vita che dovranno essere affrontate nel trattamento.

2. *Incrementare l'importanza di altri domini di autovalutazione*

Questa procedura è stata progettata per aiutare i pazienti a identificare e a ingaggiarsi in interessi e attività, preferibilmente di natura interpersonale. Essi sono aiutati a identificare nuovi domini pensando alle cose che facevano prima del disturbo dell'alimentazione e che adesso non fanno più, alle attività svolte dai loro coetanei e a quelle che loro stessi desidererebbero fare ma non hanno mai fatto. Alcuni esempi sono iniziare un nuovo *hobby*, praticare uno *sport*, coltivare interessi scientifici o artistici, iscriversi a delle associazioni e dedicarsi a migliorare le relazioni interpersonali. Lo scopo di questa procedura è quello di spingere i pazienti ad aumentare il numero e l'importanza di altri domini di autovalutazione e, indirettamente, di ridurre l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.

3. *Affrontare le principali espressioni dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo*

Check della forma del corpo. Nella fase uno è stata già affrontata una componente del *check* del corpo, e cioè il *check* del peso, con la procedura della misurazione settimanale di quest'ultimo in seduta che, nella maggior parte dei casi, ha determinato una riduzione della preoccupazione riguardo ad esso. Nella fase tre viene affrontata l'altra componente del *check* del corpo, e cioè il *check* della

forma del corpo, con l'obiettivo di diminuire la preoccupazione per quest'ultima. I *check* della forma del corpo tipici includono l'uso disfunzionale degli specchi, lo scrutare in modo eccessivo alcune parti del corpo e il confrontare il proprio corpo con quello di persone magre e attraenti.

Il *check* della forma del corpo, come spiegato nel capitolo 2, mantiene l'eccessiva valutazione attraverso tre meccanismi principali: (1) aumenta l'insoddisfazione corporea perché focalizza l'attenzione dell'individuo quasi esclusivamente sulle parti del corpo che non gli piacciono; (2) amplifica i difetti percepiti perché l'individuo tende a scrutare in modo prolungato e con atteggiamento critico specifiche parti dello stesso e (3) conferma che la forma del proprio corpo è sbagliata, perché l'individuo si confronta in modo superficiale e selettivo quasi esclusivamente con persone che ne hanno una particolare (per esempio la pancia piatta).

I pazienti spesso non sono consapevoli di eseguire il *check* del corpo e per tale motivo sono istruiti a monitorarlo per due giorni. Poi sono aiutati a dividere i *check* del corpo evidenziati in due categorie: (1) quelli da sospendere (per esempio misurare le dimensioni delle varie parti del corpo) e (2) quelli da ridurre in frequenza e da modificare (per esempio l'uso dello specchio). I *check* della forma del corpo vanno affrontati progressivamente in molte sedute successive.

In tutti i casi va affrontato l'uso dello specchio e, a tale scopo, ai pazienti viene spiegato come lo scrutare il proprio corpo attraverso quest'ultimo porti a ingigantire i propri difetti (mentre l'opposto accade quando ci si guarda il modo accidentale). Con i pazienti va anche discusso quando usare lo specchio (per esempio solo prima di uscire), cosa guardare (per esempio il corpo nella sua interezza, come stanno i capelli o il trucco) e per quanto tempo rimanere davanti allo stesso (per esempio un'occhiata rapida). Se i pazienti vogliono usare uno specchio per valutare la propria forma del corpo, vanno incoraggiati a porsi sempre le seguenti domande: "Cosa sto cercando di scoprire?"; "Posso scoprirlo usando lo specchio?"; "C'è il rischio di avere cattive informazioni?".

Un altro *check* della forma del corpo da affrontare nella maggior parte dei casi consiste nel confronto con gli altri. I pazienti con disturbi dell'alimentazione tendono a farlo frequentemente, e spesso ne traggono delle conclusioni negative perché commettono due errori principali: (1) eseguono un confronto selettivo con persone magre e attraenti e (2) giudicano il corpo delle altre persone in modo superficiale perché lo guardano rapidamente. Un'altra forma disfunzionale di confronto è quella con le immagini delle riviste di moda, che spesso sono modificate al *computer* e non sono rappresentative di corpi umani reali. Il terapeuta, per rendere più credibile l'intervento, può consigliare ai pazienti di guardare alcuni video su *internet* che illustrano "l'effetto *Photoshop*" sul corpo delle modelle.

Evitamento del corpo. Questo comportamento, come descritto nel capitolo 2, mantiene l'insoddisfazione corporea attraverso numerosi meccanismi. Innanzitutto non permette di sfidare le assunzioni negative e le paure nei confronti del proprio corpo. Inoltre, crea *stress* e ansia quando è richiesto di esporre quest'ultimo, ostacolando perciò la socializzazione, l'intimità con il *partner* e la pratica di qualsiasi attività che richiede questo comportamento (per esempio nuotare, andare in spiaggia o indossare alcuni vestiti).

L'evitamento del corpo, poiché crea inevitabilmente l'isolamento sociale e il mantenimento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, va affrontato direttamente, in genere dopo aver ridotto il *check* della forma del corpo, perché quest'ultimo, aumentando l'insoddisfazione corporea, può contribuire a mantenere l'evitamento stesso. La procedura prevede che i pazienti, dopo essere stati educati sul fenomeno, siano progressivamente assistiti ad abituarsi a vedere il proprio corpo e ad essere a proprio agio quando lo espongono agli altri. Come accade per il *check* del corpo, affrontare l'evitamento richiede molte sedute.

Sentirsi grassi. L'esperienza di sentirsi grassi è riportata da molte donne ed è rara negli uomini, mentre è molto più frequente e intensa nelle persone con disturbi dell'alimentazione, incluse quelle sottopeso. Sembra che essa sia la conseguenza dell'etichettare in modo disfunzionale le seguenti esperienze:

- accentuata consapevolezza del corpo (in quelli che sono insoddisfatti della loro apparenza, per esempio dopo il *check* della forma del corpo o quando indossano vestiti stretti);
- stati fisici avversi (per esempio sentirsi pieni o gonfi, sentire caldo, essere sudati, sentire il fastidio di indossare vestiti stretti);
- stati emotivi avversi (per esempio ansia e depressione).

La sensazione di sentirsi grassi è equiparata spesso all'essere grassi, anche se la persona è normopeso o sottopeso, e va affrontata nel trattamento perché rinforza l'insoddisfazione per la forma del corpo e incoraggia l'adozione di comportamenti non salutari di controllo del peso. I pazienti, quando provano questa sensazione, sono dapprima istruiti a chiedersi quale altra sensazione o evento si è verificato contemporaneamente, e poi ad affrontare direttamente l'esperienza. Con il tempo, essi imparano a non equiparare più il sentirsi grassi all'essere grassi, in modo che la sensazione suddetta cessa di essere un meccanismo di mantenimento.

Restrizione dietetica

La restrizione dietetica è uno dei meccanismi di mantenimento più importanti della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione e crea molti danni ai pazienti. Le strategie e le procedure per affrontarla si svolgono in tre passi.

1. Educare sulla restrizione dietetica cognitiva. Ai pazienti va spiegato come la restrizione dietetica rappresenti un problema se è “rigida”, cioè caratterizzata da specifiche regole dietetiche che devono essere seguite per avere una sensazione di controllo, ed è “estrema”, cioè caratterizzata da numerose regole che richiedono molto impegno per essere seguite. Le regole dietetiche rigide ed estreme incrementano la preoccupazione per l'alimentazione, provocano ansia, restringono il modo di alimentarsi, favoriscono gli episodi bulimici, possono portare alla restrizione calorica e a una condizione di sottopeso e danneggiano le relazioni. Questo tipo di dieta ha sempre conseguenze negative: se ha successo provoca danni psicosociali e alla salute fisica; se non lo ha provoca sentimenti di fallimento e aumenta il rischio di episodi bulimici. Affrontare con successo la restrizione dietetica è essenziale per ridurre le sue conseguenze negative e per superare il disturbo dell'alimentazione.

2. Identificare le regole dietetiche. Per molti pazienti non è facile identificare le regole dietetiche perché queste, se sono applicate da molto tempo, sono considerate naturali e salutari. Il terapeuta, per aiutare gli stessi, può riguardare con loro gli asterischi riportati nella scheda di monitoraggio e le situazioni che hanno stimolato gli episodi bulimici. Un'altra strategia consiste nel chiedere loro se avrebbero dei problemi ad andare a mangiare al ristorante o a casa di amici.

3. Affrontare le regole dietetiche. I pazienti vanno aiutati ad affrontare le regole dietetiche attraverso i seguenti passi: (1) analizzare la funzione della regola in questione; (2) valutare oggettivamente le conseguenze più probabili della violazione della stessa; (3) pianificarne la violazione considerando le probabili conseguenze e (4) provare a violarla valutando quanto accaduto. In genere, le principali regole dietetiche da affrontare sono le seguenti:

- Saltare i pasti. Questa regola è stata già affrontata nella fase uno con la procedura dell'alimentazione regolare.
- Evitare alcuni cibi. Ai pazienti è chiesto di identificare i cibi evitati andando in un supermercato, di categorizzarli in quattro gruppi in base al loro grado di paura e, infine, di introdurli sistematicamente come un esperimento comportamentale.
- Ridurre le porzioni. Ai pazienti è suggerito di assumere porzioni “normali” come quelle servite a un ristorante, o descritte nelle ricette o servite a un ospite.
- Altre regole dietetiche. Vanno affrontate allo stesso modo. Esempi di queste sono:
 - non mangiare più di 600 kcal ogni giorno;
 - non mangiare prima delle 18:00;

- non mangiare cibi di composizione sconosciuta;
- non mangiare di fronte agli altri;
- mangiare meno degli altri presenti;
- non mangiare se non si è affamati;
- non mangiare se non si è consumato abbastanza;
- non mangiare al ristorante, in pizzeria, al *fast-food* e ai *buffet*.

Eventi, emozioni e alimentazione

È comune per i pazienti modificare il proprio comportamento alimentare in risposta a eventi esterni e a cambiamenti emotivi. In queste circostanze, essi possono accentuare la restrizione dietetica, avere degli episodi bulimici oppure usare il vomito o fare esercizio in modo eccessivo e compulsivo. Questa tendenza è più comune tra quelli che hanno episodi bulimici ricorrenti e, se è pronunciata, va affrontata in due passi.

1. Analisi dell'episodio bulimico. Immediatamente, dopo ogni episodio bulimico residuo, i pazienti vanno istruiti a porsi le seguenti tre domande: (1) “L’abbuffata è stata scatenata dalla rottura di una regola dietetica?”; (2) “Ho mangiato poco nelle ultime 24 ore?” e (3) “L’abbuffata è stata scatenata da qualcosa che è accaduto o da come mi sentivo emotivamente?”. In seguito vanno aiutati a considerarne le implicazioni. Se dall’analisi emerge che gli eventi e le emozioni scatenano in modo ripetuto gli episodi bulimici, tale tendenza va affrontata direttamente (passo due). La stessa procedura è usata per analizzare le deviazioni dall’alimentazione regolare.

2. Affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione. I pazienti vanno aiutati a far fronte agli eventi avversi utilizzando la “procedura di risoluzione dei problemi in modo proattivo”. Tale procedura, dapprima eseguita in seduta e poi come compito a casa, consiste nell’aiutare questi a fare attenzione ai problemi di ogni giorno in anticipo (prima che si verifichino) e a cercare di risolverli applicando i seguenti sette passi:

1. identificare il problema prima possibile;
2. specificarlo accuratamente;
3. considerarne le possibili soluzioni;
4. valutare le implicazioni di ognuna di queste;
5. scegliere la/le soluzioni migliori;
6. applicare la/le soluzioni scelte;
7. rivedere i risultati.

Nella maggior parte dei casi la procedura di risoluzione dei problemi, associata a quella delle cose da dirsi e da fare (si veda sopra), aiuta i pazienti a gestire

i cambiamenti emotivi associati agli eventi che influenzano l'alimentazione. Alcune persone con disturbi dell'alimentazione, tuttavia, sono molto sensibili ai cambiamenti emotivi, sperimentano emozioni intense e hanno difficoltà a tollerarle (un fenomeno chiamato "intolleranza alle emozioni"). Quando hanno un cambiamento emotivo, tendono a gestirlo utilizzando comportamenti disfunzionali di modulazione dell'umore, come per esempio le abbuffate, i comportamenti eliminativi, l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo, ma anche attraverso l'assunzione di alcolici, l'uso improprio di sostanze e l'adozione di comportamenti autolesionistici (per esempio tagliarsi o procurarsi delle bruciature sulla pelle ecc.).

Nel caso in cui si evidenzia la presenza di un'intolleranza alle emozioni, i pazienti vanno educati sulla seguente catena di eventi che porta al comportamento disfunzionale:

- evento *trigger* (per esempio discussione con il *partner*);
- valutazione cognitiva dello stesso (per esempio: "Lui non mi capisce mai, pensa solo a se stesso");
- cambiamento emotivo (per esempio rabbia);
- valutazione cognitiva del cambiamento emotivo, associato a una rapida amplificazione dell'intensità dell'emozione (per esempio: "Sto troppo male; lui non mi capisce e pensa solo a se stesso; è egoista"; Rabbia, RABBIA);
- adozione del comportamento disfunzionale di modulazione delle emozioni (per esempio abbuffata);
- immediato miglioramento dello stato emotivo avverso (per esempio scomparsa della rabbia);
- valutazione cognitiva tardiva (per esempio: "Non ho controllo della mia alimentazione, non valgo nulla").

Il passo successivo consiste nel chiedere ai pazienti di monitorare in tempo reale i cambiamenti emotivi e di applicare specifiche procedure nei vari punti della sequenza. Per esempio, l'evento *trigger* può essere affrontato in anticipo con la procedura di risoluzione dei problemi, la valutazione cognitiva dello stesso con le procedure convenzionali di ristrutturazione cognitiva, il cambiamento emotivo praticando strategie di accettazione delle emozioni (per esempio dirsi frasi di questo tipo: "È ok essere arrabbiati, lo posso tollerare, fra un po' passerà") e sostituendo i comportamenti disfunzionali con comportamenti funzionali di modulazione delle emozioni (per esempio ascoltare della musica). Nel caso in cui i pazienti adottino comportamenti autolesionistici, essi sono anche incoraggiati a eliminare i coltelli, i rasoio e altri strumenti che abitualmente usano in queste circostanze.

Moduli aggiuntivi

La versione allargata della CBT-E comprende strategie e procedure per affrontare uno o più dei meccanismi aggiuntivi alla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione descritti nel capitolo 2. Tali meccanismi di mantenimento aggiuntivi sono affrontati in moduli specifici se il loro contributo nel mantenere il disturbo dell'alimentazione è emerso chiaramente durante la valutazione eseguita nella fase due della CBT-E (si veda sopra). Al modulo aggiuntivo vanno dedicati circa 15 minuti per seduta.

Perfezionismo clinico. La CBT-E affronta il perfezionismo clinico utilizzando strategie e procedure simili a quelle descritte sopra per l'immagine corporea e, per tale motivo, i due meccanismi di mantenimento vanno affrontati in parallelo. Il terapeuta dovrebbe aggiungere il dominio del perfezionismo clinico alla formulazione personalizzata allargata dei pazienti, e discutere con loro le conseguenze di valutarci in questo modo facendo riferimento al grafico a torta. Questi ultimi vanno poi aiutati ad aumentare il numero e l'importanza di altri domini di autovalutazione non legati alla prestazione e, allo stesso tempo, a non abbassare gli *standard* ma a diventare più efficienti. Le persone con perfezionismo clinico, infatti, lavorano duramente, ma spesso la loro prestazione è sub-ottimale perché sono meno efficienti per la fatica che provano a causa del loro eccessivo impegno e tendono spesso a evitare o a procrastinare le prove. Inoltre, vanno aiutate a stabilire abitudini lavorative più appropriate per avere tempo da dedicare alle aree di vita marginalizzate e, dopo aver discusso quali sono i loro reali obiettivi e aspirazioni a lungo termine, a raggiungere la conclusione che per "avere una vita" possa essere necessario accettare un livello leggermente più basso della prestazione. Infine, dovrebbero essere aiutate ad affrontare i *check* disfunzionali di quest'ultima (compresa l'attenzione selettiva al fallimento), gli evitamenti e la procrastinazione delle prove.

Bassa autostima nucleare. Se è presente, dovrebbe essere affrontata un po' dopo l'immagine corporea. Il modulo prevede che i pazienti siano istruiti sul ruolo della bassa autostima nucleare nel mantenere il loro disturbo dell'alimentazione, e a identificare e modificare i principali processi cognitivi che la mantengono:

- svalutare le qualità positive;
- porre un'attenzione selettiva alle informazioni coerenti con la visione negativa di sé;
- usare un doppio *standard* per valutare se stessi e gli altri;
- generalizzare, cioè trarre delle conclusioni negative sulla valutazione di sé basandosi su singole esperienze negative;
- valutare in modo dicotomico il proprio valore e pensare di non valere.

Quando possibile, è preferibile affrontare la bassa autostima nucleare indirettamente, migliorando il funzionamento interpersonale dei pazienti e cercando di aiutarli ad avere successo negli altri aspetti del trattamento. L'approccio indiretto è più facile da gestire ed è in genere più accettato da quelli che presentano questo problema.

Difficoltà interpersonali. Questo modulo è riservato ai pazienti in cui le difficoltà interpersonali hanno un effetto significativo sul mantenimento del disturbo dell'alimentazione. I teorici della CBT-E suggeriscono di integrare la IPT, un trattamento per la bulimia nervosa basato sull'evidenza che aiuta i pazienti a identificare e affrontare le loro difficoltà interpersonali, all'interno delle sedute della CBT-E stessa. Tuttavia, dal momento che solo pochi terapeuti specializzati nella CBT hanno ricevuto una formazione nella IPT, le difficoltà interpersonali dei pazienti possono anche essere gestite con le abituali strategie e procedure cognitive e comportamentali.

Passi indietro e stati mentali

La ricerca e l'esperienza clinica hanno evidenziato come la ricaduta non sia rara dopo la conclusione del trattamento, in particolare nelle settimane e nei mesi che seguono la fine della cura. Per tale motivo, la CBT-E ha incluso specifiche strategie e procedure per aiutare i pazienti a sviluppare le abilità necessarie per affrontare i passi indietro prontamente ed efficacemente. Questi ultimi si riferiscono al ritorno di uno o più aspetti della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, e possono non essere notati dai pazienti stessi se rappresentano una caratteristica egosintonica (per esempio la dieta). Il ritorno della caratteristica del disturbo dell'alimentazione è preceduto, comunque, dall'attivazione dello stato mentale (*mindset*) caratteristico del disturbo stesso.

Verso la fine della fase tre, molti pazienti iniziano a sperimentare periodi prolungati in cui non si preoccupano del peso e della forma del corpo. È a questo punto che essi vanno educati sul concetto di "stato mentale". In pratica, si spiega loro come tutti noi abbiamo una gamma di stati mentali, simili a DVD, che si attivano e disattivano in corrispondenza delle circostanze di vita che incontriamo (per esempio, quando una persona è a scuola, si attiva lo stato mentale "scuola"). Le persone con disturbi dell'alimentazione hanno anche lo stato mentale "disturbo dell'alimentazione", che rimane costantemente attivato (*locked in place*) per il concorso dei numerosi meccanismi di mantenimento descritti nella formulazione personalizzata. Verso la fine del trattamento, come conseguenza della progressiva erosione dei meccanismi in questione, lo stato mentale suddetto inizia a disattivarsi, e ad essere sostituito da altri più funzionali alle circostanze incontrate. Come conseguenza di questo, i pazienti sperimentano stati alternativi in cui sono "dentro (*in*)" e "fuori (*out*)" dallo stato

mentale “disturbo dell'alimentazione”. I periodi “fuori” sono brevi, perché è facile che tale stato mentale sia riattivato da alcuni stimoli. Una volta riattivato, rapidamente ritornano le caratteristiche del disturbo dell'alimentazione (episodi bulimici, vomito, uso improprio di lassativi, esercizio fisico eccessivo, restrizione calorica, *check* del corpo ecc.).

Le procedure usate dalla CBT-E (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn, Hawker, et al., 2008, pp. 119-23) per affrontare i passi indietro e gli stati mentali sono derivate dal lavoro di Teasdale et al. (2002) e includono i seguenti passi: (1) individuare immediatamente il passo indietro; (2) contrastarlo direttamente - “Fare la cosa giusta” (cioè il contrario del comportamento guidato dallo stato mentale “disturbo dell'alimentazione”) - e (3) decentrarsi simultaneamente dallo stato mentale, impegnandosi in attività distraenti interpersonali (per esempio incontrare un amico, andare a una festa ecc.).

Con la pratica, i pazienti diventano sempre più abili nel decentrarsi dallo stato mentale (espellere il DVD), e il successo nel farlo crea un piacevole senso di padronanza, con la conseguenza che la propensione a fare dei passi indietro declina progressivamente. È importante che il paziente conservi questa abilità per un possibile uso nel futuro.

Esplorare le origini dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo

Una strategia aggiuntiva che può aiutare i pazienti a prendere le distanze dal loro disturbo dell'alimentazione è quella di esplorare gli eventi e le situazioni che possono averli sensibilizzati a sviluppare un'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. Tale esplorazione, che valuta quattro periodi di tempo (prima dello sviluppo del disturbo dell'alimentazione, i 12 mesi precedenti l'esordio, i 12 mesi successivi all'esordio e da allora) può aiutare i pazienti a “normalizzare” l'esperienza di avere avuto un disturbo dell'alimentazione (“Con le esperienze che hai avuto è normale aver sviluppato un tale disturbo”) e a “distanziarsi” da esso (“Non ho più bisogno delle funzioni positive che il disturbo dell'alimentazione ha svolto nel passato”).

Fase quattro (finire bene)

La fase finale della CBT-E prevede tre sedute ogni due settimane focalizzate sul futuro, che hanno due obiettivi principali: (1) mantenere i cambiamenti raggiunti con il trattamento e (2) minimizzare il rischio di ricaduta. Durante questa fase, i pazienti interrompono il monitoraggio e iniziano a misurare il loro peso una volta la settimana a casa.

Per mantenere i cambiamenti ottenuti, essi sono aiutati a identificare i meccanismi di mantenimento che residuano compilando nuovamente i questionari

EDE-Q e CIA, e a elaborare congiuntamente un “piano di mantenimento scritto a breve termine” che includa gli strumenti e le procedure da continuare a usare per affrontarli.

Per minimizzare il rischio di ricaduta a lungo termine, il terapeuta deve assicurarsi che i pazienti abbiano aspettative realistiche e, in particolare, che considerino il disturbo dell'alimentazione come il proprio tallone d'Achille (il DVD esiste ancora), senza valutare una “scivolata” come una “ricaduta”. Egli deve anche discutere con gli stessi le possibili situazioni a rischio (per esempio l'aumento di peso, la dieta, lo *stress*, la depressione) che possono favorire le scivolate, elaborando assieme a loro un “piano di mantenimento scritto a lungo termine” per affrontarle.

Al termine dell'ultima seduta, il terapeuta fissa una seduta di revisione dopo 20 settimane, che ha l'obiettivo di valutare come i pazienti hanno affrontato da soli, e prima possibile, i meccanismi di mantenimento residui e gli eventuali passi indietro per ridurre il rischio di ricaduta.

CBT-E AMBULATORIALE PER I PAZIENTI SOTTOPESO

Il trattamento dei pazienti sottopeso (cioè con un IMC < 18,5) rispecchia quello utilizzato per quelli normopeso, ma include alcune strategie e procedure distintive per rispondere a tre sfide terapeutiche aggiuntive: (1) la scarsa motivazione al cambiamento; (2) la restrizione dietetica calorica e (3) il sottopeso. Per tale motivo, la CBT-E è stata adattata nel contenuto (per affrontare le sfide succitate), nella durata (40 settimane, rispetto alle 20 della CBT-E per i pazienti normopeso), nella frequenza delle sedute (due la settimana fino a che i pazienti hanno un ritmo di recupero di peso stabile) e nella organizzazione delle fasi (la fase due va eseguita ogni 4 settimane fino alla normalizzazione del peso).

Il recupero del peso è raggiunto in tre passi. Nel passo uno, che può durare da una a otto settimane, i pazienti sono aiutati a pensare in modo diverso al proprio disturbo dell'alimentazione e ai processi che lo mantengono. Questa esplorazione è seguita da una dettagliata analisi collaborativa dei pro e dei contro di affrontare tale disturbo e in particolare il recupero del peso. Se i pazienti decidono di affrontare il recupero ponderale (in caso contrario la CBT-E viene interrotta) si procede con il passo successivo.

Nel passo due, i pazienti sono aiutati a raggiungere un peso normale basso (cioè un IMC tra 19,0 e 20,0) e, contemporaneamente, ad affrontare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione. L'intervallo di IMC tra 19,0 e 20,0 è stato scelto dai teorici della CBT-E perché corrisponde a un livello di peso che, nella maggior parte dei casi, non contribuisce più a mantenere la psicopatologia del disturbo in questione. Infatti, questo livello di IMC può essere mantenuto da quasi tutti i pazienti senza adottare comportamenti non salutari di controllo del peso, non è

associato ai sintomi da malnutrizione e permette una vita sociale - tre condizioni necessarie per superare il disturbo dell'alimentazione. La durata del passo due può variare da due a tre mesi - nei pazienti pienamente ingaggiati e non molto sottopeso - a diversi mesi in quelli ambivalenti e molto sottopeso.

Nel passo tre, infine, i pazienti diventano esperti nel mantenere il peso raggiunto e sono aiutati ad accettare e a mantenere la loro nuova forma del corpo, ad affrontare la restrizione dietetica cognitiva residua e a sviluppare strategie personalizzate per la rapida correzione dei passi indietro. Questa fase dura di solito circa otto settimane.

Affrontare la scarsa motivazione al cambiamento

Incrementare la motivazione al cambiamento è senza dubbio una procedura fondamentale, in quanto i pazienti tendono spesso a non considerare il sottopeso come un problema. La CBT-E è stata progettata per aiutare questi ultimi ad arrivare alla conclusione che esso invece lo sia, e che il recupero di un peso normale basso rappresenti un loro obiettivo terapeutico. Ciò può essere ottenuto attraverso diverse strategie. L'includere nella formulazione personalizzata gli effetti psicosociali dell'essere sottopeso può aiutare i pazienti a comprendere come molti problemi che stanno vivendo (per esempio l'isolamento sociale, l'irritabilità, gli sbalzi del tono dell'umore, i comportamenti compulsivi e la mancanza di desiderio sessuale) siano conseguenze della malnutrizione e non caratteristiche della loro vera personalità, come dimostrato dallo *Human Starvation Study* (si veda il capitolo 2). Inoltre, lo sviluppo di una buona relazione terapeutica, il mostrare interesse per i pazienti come persone e il soppesare in modo collaborativo i pro e i contro del cambiamento può in molti casi aiutare i pazienti ambivalenti a prendere la decisione di iniziare il processo di recupero del peso. Infine, incoraggiare i pazienti a fare il grande passo e a testare direttamente le loro teorie riguardanti i vantaggi e gli svantaggi che otterranno dal recupero del peso può indurli a interrompere la procrastinazione e a iniziare il cambiamento.

Affrontare la restrizione dietetica calorica e il sottopeso

I pazienti sono educati dapprima sugli effetti psicobiologici dell'essere sottopeso e della restrizione dietetica calorica, poi a creare una formulazione personalizzata in cui al contributo di essere sottopeso è dato particolare rilievo e, infine, a pensare alle implicazioni di tutto questo. In particolare, sono aiutati a comprendere come: (1) molte situazioni che stanno sperimentando (per esempio sentire freddo, dormire male) siano la conseguenza dell'essere sottopeso e siano reversibili con il recupero ponderale; (2) alcune delle loro problematiche psicologiche attuali siano anch'esse la conseguenza di tale condizione (per esempio il tono dell'umore deflesso, l'irritabilità, l'ossessività e l'indifferenza sociale) e non siano pertanto indicative

della loro vera personalità, che riemergerà quando recupereranno sufficiente peso per eliminare gli effetti della malnutrizione; (3) alcune conseguenze del sottopeso siano assai pericolose per la salute - in particolare i danni cardiovascolari e ossei e (4) alcuni effetti dello stesso, interagendo con la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, mantengono il problema alimentare favorendo l'aumento del controllo dell'alimentazione (per esempio la diminuzione del metabolismo basale "obbliga" a seguire una dieta ipocalorica per mantenere il basso peso; la fame può essere considerata una minaccia al controllo alimentare o, al contrario, un segno positivo che si sta controllando l'alimentazione; l'isolamento sociale può portare ad accentuare l'uso del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione stessa per valutare se stessi).

I pazienti sono anche attivamente coinvolti nella pianificazione del loro apporto energetico e nell'interpretare i cambiamenti del loro peso. In particolare, sono istruiti sul *surplus* di energia necessario per ottenere un incremento di ½ kg a settimana (500 kcal al giorno), e a elaborare un piano alimentare giornaliero che dovrebbe consentire loro di raggiungere questo obiettivo ("procedura della pianificazione dei pasti"). Oltre al recupero del peso, l'obiettivo secondario è quello di aiutarli ad avere la sensazione di mantenere il controllo durante questo processo, riuscendo a prevedere gli effetti dell'incremento calorico sull'aumento ponderale.

In caso di difficoltà a consumare i pasti, i pazienti sono incoraggiati ad applicare le seguenti strategie cognitivo-comportamentali: (1) mangiare senza farsi influenzare dagli stati interni (per esempio fame e senso di pienezza) - perché questi ultimi sono alterati dallo stato di sottopeso e non rappresentano una buona guida per decidere quanto e quando mangiare - oppure dalle preoccupazioni sull'alimentazione, perché rappresentano effetti secondari del problema alimentare e - ancora una volta - non costituiscono una buona guida in questo senso (Garner et al., 1997); (2) evitare di usare i rituali a tavola - perché la tendenza a mangiare in questo modo è un effetto secondario del problema alimentare; (3) scrivere nella scheda di monitoraggio in tempo reale le strategie cognitivo-comportamentali da applicare. Questo modo di mangiare "meccanico" va portato avanti fino a quando le abitudini alimentari dei pazienti non saranno più influenzate dall'ansia e dalle preoccupazioni nei confronti del controllo dell'alimentazione.

In alcuni casi può essere utile coinvolgere gli altri significativi per aiutare i pazienti, in particolar modo quelli adolescenti, nella gestione dei pasti, nella messa a punto dei cambiamenti nella dieta necessari per recuperare il peso e nell'applicazione delle strategie cognitivo-comportamentali per affrontare i pasti in caso di difficoltà.

Affrontare la sensazione di pienezza

La sensazione di pienezza precoce è sperimentata spesso dai pazienti sottopeso e a volte si intensifica durante la fase di rialimentazione e di recupero del peso. Tale

sensazione è nella maggior parte dei casi prodotta da cinque processi principali (spesso coesistenti): (1) sentire una sensazione interna di pienezza (per esempio avere la sensazione di avere troppo cibo nello stomaco, accentuata dal rallentato svuotamento gastrico che si verifica nelle persone sottopeso); (2) pensare di avere mangiato troppo; (3) percepire una pancia che sporge troppo; (4) indossare abiti che stringono eccessivamente quest'ultima e (5) avere la sensazione di essere grassi.

I pazienti tendono a interpretare la sensazione di pienezza come la prova che hanno mangiato troppo, e questo spesso li induce a richiedere una dieta con meno calorie o a rifiutare di mangiare cibi previsti. In alternativa, possono tentare di compensare l'alimentazione in eccesso percepita con l'esercizio fisico o il vomito autoindotto o manifestando l'intenzione di interrompere il trattamento. La sensazione di pienezza, qualora rappresenti un ostacolo al recupero del peso, va affrontata con specifiche strategie cognitivo-comportamentali (che descriveremo in dettaglio nel capitolo 11).

Affrontare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione

Le strategie e le procedure per affrontare la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione vanno integrate con il recupero del peso e sono simili a quelle usate nella fase tre della CBT-E per i pazienti normopeso.

Eventi, emozioni e alimentazione

Gli eventi e i cambiamenti emotivi, qualora influenzino negativamente l'adesione al piano alimentare, possono ostacolare il processo di recupero del peso. Se ciò si verifica, i pazienti, come già descritto per i pazienti normopeso, sono educati a usare la procedura di risoluzione dei problemi in modo proattivo per affrontare gli eventi stessi, e a usare comportamenti funzionali di modulazione delle emozioni per gestire i cambiamenti emotivi improvvisi.

Immagine corporea

Per affrontare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo sono usate le stesse procedure in precedenza descritte per i pazienti normopeso e cioè: (1) sviluppare altri domini di autovalutazione - una procedura molto importante nei pazienti sottopeso perché spesso sono completamente isolati - e (2) affrontare il *check* della forma del corpo, l'evitamento dell'esposizione dello stesso e la sensazione di essere grassi. Nel caso in cui il *check* della forma del corpo sia molto frequente e ostacoli il processo di recupero di peso, perché aumenta l'insoddisfazione corporea, è consigliabile affrontarlo fin dalle prime sedute del passo due.

Eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione per sé

Circa il 20% dei pazienti sottopeso affetti da disturbi dell'alimentazione

non riporta un'immagine corporea negativa, ma solo un'eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione *per sé* (si veda il capitolo 2) (Dalle Grave, Calugi, et al., 2008c). In questo caso, i pazienti sono incoraggiati ad aumentare il numero e l'importanza di altri domini di autovalutazione (come quando si affronta l'immagine corporea negativa) e, nello stesso tempo, ad affrontare la restrizione dietetica cognitiva, i *check* disfunzionali dell'alimentazione e qualsiasi forma di attenzione selettiva nei confronti della loro funzione digestiva (spesso la restrizione dell'alimentazione è motivata dal dover gestire una varietà di sintomi dispeptici funzionali).

Passi indietro e stati mentali

Verso la fine del trattamento, quando i pazienti passano periodi sempre più lunghi senza preoccuparsi del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione e non adottano comportamenti estremi di controllo del peso stesso, è fondamentale focalizzare l'intervento sui passi indietro e sugli stati mentali, come descritto per i pazienti normopeso. Essi vanno istruiti a porre attenzione ai pensieri che riguardano il fare la dieta per perdere peso e a decentrarsi rapidamente da essi facendo l'opposto.

CBT-E AMBULATORIALE PER I PAZIENTI IN ECCESSO DI PESO

La maggior parte dei pazienti con problemi di peso in eccesso e disturbi dell'alimentazione ha una diagnosi DSM-5 di disturbo da *binge-eating*; tuttavia, un sottogruppo può averne una di bulimia nervosa o di altri disturbi dell'alimentazione. In ogni caso, la gestione CBT-E di tali pazienti, già brevemente descritta da Fairburn, Cooper e Waller (2008), è simile a quella di quelli normopeso, per quanto includa alcune strategie e procedure distintive finalizzate ad affrontare le esigenze specifiche di questa particolare popolazione.

Affrontare il disturbo dell'alimentazione, l'eccesso di peso o entrambi

La questione fondamentale per il terapeuta è decidere se sarà possibile per questi pazienti affrontare il disturbo dell'alimentazione e, allo stesso tempo, cercare di perdere peso. I pazienti con disturbo da *binge-eating* (sebbene i risultati di ricerca su questo tema siano controversi e inconcludenti), in contrasto con quelli con bulimia nervosa, riportano bassi livelli di restrizione dietetica cognitiva che, in molti casi, è notevolmente inferiore rispetto alle persone che non presentano un disturbo dell'alimentazione (Ardivini, Caputo, Todisco, & Dalle Grave, 1999). In altre parole, mentre nella bulimia nervosa si osserva un alternarsi di dieta

ferrea ed episodi bulimici, nel disturbo da *binge-eating* questi ultimi si verificano in un contesto di alimentazione eccessiva. Inoltre, recenti studi hanno evidenziato come la restrizione dietetica calorica moderata e flessibile non sembri aumentare la frequenza degli episodi bulimici ma, al contrario, tenda a diminuirli di frequenza (Dalle Grave, Calugi, Corica, Di Domizio, & Marchesini, 2009; Dalle Grave, Calugi, Petroni, Di Domizio, & Marchesini, 2010; Stice, Presnell, Groesz, & Shaw, 2005). Da questi dati si ricava che il promuovere un aumento moderato dei livelli di restrizione dietetica potrebbe avere degli effetti positivi sulla gestione del disturbo da *binge-eating*.

Tuttavia, nei pazienti che hanno una precedente storia di bulimia nervosa o anoressia nervosa, l'aumento della restrizione dietetica necessaria per perdere peso può riattivare il bisogno percepito di adottare regole dietetiche rigide ed estreme e/o aumentare la frequenza degli episodi bulimici. Per tale motivo, l'approccio pratico che la CBT-E consiglia di adottare quando il disturbo dell'alimentazione coesiste con una condizione di peso in eccesso è il seguente (Fairburn, 1995): (1) promuovere una moderata e salutare perdita di peso se non sembra esserci un'associazione tra restrizione dietetica ed episodi bulimici e (2) scoraggiare qualsiasi tentativo di perdere peso se sembra sussistere tale associazione.

Affrontare la depressione clinica

Un sottogruppo di pazienti con disturbo da *binge-eating* riferisce la presenza di sintomi depressivi, ma non l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, e questo può spiegare in parte i loro bassi livelli di restrizione dietetica cognitiva. In questi casi, è consigliabile prescrivere dei farmaci antidepressivi a pieno dosaggio (per esempio fluoxetina 60-80 mg al giorno) prima di iniziare la CBT-E ambulatoriale, perché la depressione clinica interagisce negativamente con il disturbo dell'alimentazione, promuovendo gli episodi bulimici e limitando la capacità dei pazienti di beneficiare della CBT-E stessa.

Valutare e gestire complicazioni mediche coesistenti

I pazienti in eccesso di peso, in particolare quelli che hanno una prevalente distribuzione del tessuto adiposo in regione viscerale - la cosiddetta "forma a mela" - sembrano avere un rischio maggiore di sviluppare alcune complicazioni mediche (per esempio la sindrome metabolica, il diabete di tipo 2, le malattie cardiovascolari, le apnee ostruttive del sonno, la malattia del fegato grasso non alcolica e alcuni tipi di cancro). È evidente come queste complicanze debbano essere gestite dal medico CBT-E durante il trattamento. Infatti, mentre la maggior parte di esse può essere trattata con successo con una perdita di peso del 5-10% (National Institutes of Health, 1998), in alcuni casi, e in particolare se ci sono

delle controindicazioni alla perdita di peso (si veda sopra), è necessario associare alla modificazione dello stile di vita dei farmaci specifici per trattare in modo ottimale l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia e il diabete di tipo 2.

Il concetto di peso salutare

Come menzionato nel paragrafo precedente, per trattare con successo la maggior parte delle complicazioni mediche associate all'obesità, è sufficiente che i pazienti perdano una modesta quantità di peso. Ciò è stato dimostrato in diversi studi, in cui è stato osservato come un calo di peso del 5-10% riduca significativamente il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 nei soggetti a rischio (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002) ed elimini la maggior parte degli altri rischi associati all'obesità stessa (National Institutes of Health, 1998). Inoltre, questa modesta perdita di peso va spesso di pari passo con un miglioramento del funzionamento psicologico, e di conseguenza del tono dell'umore, dell'immagine corporea, delle relazioni interpersonali e dell'autostima.

Questi dati suggeriscono che, piuttosto che fare affidamento sulle tabelle che indicano il peso ideale delle persone, è più opportuno raccomandare il raggiungimento o il mantenimento di un "peso salutare", che nelle persone con obesità può essere definito come quello associato a un basso livello di rischio per la salute, che può essere raggiunto e/o mantenuto attraverso l'adozione di linee guida dietetiche salutari flessibili e di uno stile di vita attivo. Nella maggior parte dei casi, esso può essere raggiunto con una perdita di peso compresa tra il 5% e il 10%.

Affrontare gli episodi bulimici

Le strategie e le procedure per affrontare gli episodi bulimici nei pazienti con disturbi dell'alimentazione e peso in eccesso sono simili a quelle adottate con quelli normopeso (si veda sopra), e comprendono: (1) stabilire abitudini alimentari regolari con la procedura "3+2+0"; (2) affrontare le regole dietetiche rigide ed estreme (se presenti) e (3) affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione, in associazione all'analisi dell'episodio bulimico da eseguire dopo ogni abbuffata, per comprendere e pianificare come affrontare i meccanismi che hanno provocato la perdita di controllo.

Adottare uno stile di vita attivo: l'obiettivo dei 10.000 passi al giorno

Diversi studi hanno dimostrato come l'adozione di uno stile vita attivo, oltre ad essere associata a numerosi benefici per la salute, rappresenti una delle strategie più importanti per controllare il peso a lungo termine. I pazienti vanno informati su come un tale stile di vita non comporti necessariamente faticose

sedute in palestra, ma possa essere raggiunto inserendo del movimento, come il camminare, nella vita di tutti i giorni. L'obiettivo è quello di aiutare gli stessi ad arrivare a fare gradualmente almeno 10.000 passi ogni giorno. Per valutare il numero di passi eseguiti, essi sono incoraggiati a utilizzare un contapassi e a riportare il loro numero totale giornaliero nell'ultima colonna della scheda di monitoraggio (Dalle Grave, Calugi, Centis, El Ghoch, & Marchesini, 2011).

Adottare una dieta salutare

Nella versione italiana della CBT-E per i disturbi dell'alimentazione coesistenti a un peso in eccesso, i pazienti sono incoraggiati ad adottare la cosiddetta "dieta mediterranea" e, assistiti da un dietista formato nella CBT-E, a seguire in modo flessibile un piano alimentare basato sulle linee guida alimentari italiane per una corretta alimentazione. È fondamentale che il piano alimentare includa una combinazione ragionevole dei vari gruppi alimentari e che non siano mai esclusi completamente gli alimenti che piacciono ai pazienti. A tal fine, i principali suggerimenti da dare a questi ultimi sono i seguenti: (1) ridurre moderatamente la quantità di grassi (in particolare quelli di origine animale privilegiando l'uso dell'olio d'oliva); (2) aumentare l'assunzione di carboidrati complessi (preferibilmente non raffinati) e diminuire la quantità di quelli semplici (zuccheri); (3) aumentare l'assunzione di frutta e di verdura.

Nel caso in cui l'obiettivo sia quello di raggiungere una modesta perdita di peso, il dietista CBT-E può aiutare i pazienti a seguire un piano alimentare che non aumenti la preoccupazione nei confronti dell'alimentazione e quindi il rischio di episodi bulimici. Nella maggior parte dei casi, questo obiettivo può essere raggiunto con un contenuto calorico giornaliero non inferiore alle 1.500 kcal.

Affrontare l'evitamento del corpo

Un gran numero di pazienti con disturbi dell'alimentazione e peso in eccesso evita di misurare il proprio peso. Le principali ragioni riportate sono l'evitare di attivare la preoccupazione per quest'ultimo, per continuare ad adottare uno stile di vita non orientato al suo controllo senza sentirsi in colpa. Purtroppo l'evitamento della misurazione del peso, oltre a non permettere di capire se questo sta aumentando, mantiene e paradossalmente accentua la preoccupazione stessa nei suoi confronti. Inoltre, i dati disponibili indicano come la misurazione periodica del peso sia tra le procedure più importanti associate al mantenimento del peso stesso a lungo termine (Wing & Phelan, 2005). Per tale motivo, i pazienti in eccesso di peso, così come quelli normopeso, vanno incoraggiati a misurare quest'ultimo una volta la settimana, inizialmente all'interno delle sedute di CBT-E e, verso la fine del trattamento, a casa loro. Inoltre, come nella CBT-E per i pazienti normopeso, vanno anche educati a interpretare le modificazioni

dello stesso osservando l'andamento ponderale delle ultime quattro settimane nel grafico del peso (si veda sopra).

L'evitamento dell'esposizione alla forma del corpo, come quello della misurazione del peso, può aiutare i pazienti a ridurre l'ansia e l'insoddisfazione corporea a breve termine, ma a lungo termine i livelli della stessa e di *stress* aumentano inevitabilmente, in particolare nelle situazioni che richiedono un'esposizione corporea. Inoltre, le conseguenze negative temute associate all'esposizione del corpo (per esempio essere guardati con disprezzo dagli altri, ricevere commenti poco gentili) hanno meno probabilità di verificarsi rispetto a quanto è normalmente predetto dagli stessi, mentre, al contrario, il continuare a evitare tale esposizione aumenta la preoccupazione per la forma del corpo, perché rinforza la convinzione di averne uno inaccettabile che deve essere nascosto. Infine, se i pazienti non rischiano di esporre il proprio corpo, non potranno mai mettere in pratica le strategie e le procedure che hanno imparato per far fronte alle conseguenze temute, nel caso dovessero verificarsi. In tale modo, non avranno la possibilità di migliorare la fiducia in loro stessi e di ridurre l'importanza che attribuiscono al peso e alla forma del corpo.

L'evitamento dell'esposizione della forma del corpo è affrontato con le stesse strategie e procedure adottate con i pazienti normopeso ma, dal momento che quelli in eccesso di peso possono ricevere dei commenti negativi da parte delle persone che hanno dei pregiudizi, è consigliabile aiutarli a preparare un repertorio di risposte assertive per affrontare queste spiacevoli eventualità.

Affrontare il *check* della forma del corpo

Le forme più frequenti di *check* della forma del corpo praticate dai pazienti in eccesso di peso e disturbi dell'alimentazione sono il prendere in mano di continuo i rotoli di grasso, il confrontare il loro corpo con quello degli altri e il chiedere rassicurazioni a questi ultimi sull'aspetto dello stesso. È interessante notare come il *check* della forma del corpo allo specchio, tipico dei pazienti sottopeso o normopeso, sia raro in quelli in eccesso di peso. Nonostante questo, le procedure e le strategie per affrontarlo sono simili in entrambi i casi.

Accettare un peso salutare

Il terapeuta e i pazienti devono essere consapevoli di come il peso e la forma del corpo siano sotto lo stretto controllo di fattori genetici e di come la perdita di peso sia fortemente ostacolata da meccanismi fisiologici. Per questo motivo, un aspetto fondamentale del trattamento consiste nell'incoraggiare i pazienti in eccesso di peso a cambiare le cose che possono (per esempio lo stile di vita, il raggiungimento di una moderata perdita di peso) e ad accettare con serenità quelle che non possono cambiare (per esempio la forma del corpo e

la condizione di obesità) (Wilson, 1996). Ciò significa che dovrebbero essere aiutati a vivere positivamente con un peso corporeo che è significativamente superiore a quello generalmente descritto come ideale. Questo difficile obiettivo può essere raggiunto incoraggiando gli stessi a perseguire un peso salutare (si veda sopra), ad adottare una sana alimentazione e a migliorare la loro *fitness* fisica.

Affrontare le altre caratteristiche del disturbo dell'alimentazione

La fase due (dopo quattro settimane di trattamento), come per i pazienti normopeso, prevede l'esecuzione di un'approfondita valutazione dei progressi e degli ostacoli al cambiamento, al fine di progettare la fase tre, in cui si prosegue il lavoro per sviluppare uno stile di vita salutare e allo stesso tempo sono affrontati l'immagine corporea negativa, la restrizione dietetica cognitiva eccessiva (se presente), nonché gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione. Anche con questi pazienti, verso la fine del trattamento, quando essi iniziano a sperimentare lunghi periodi senza avere episodi bulimici ed essere eccessivamente preoccupati per il peso e la forma del corpo, sono introdotte le strategie e le procedure per affrontare i passi indietro e l'attivazione dello stato mentale del disturbo dell'alimentazione. Infine, la fase quattro è focalizzata sull'aiutare i pazienti a finire bene il trattamento e a sviluppare le abilità per prevenire le ricadute a breve e a lungo termine.

CASO A

CBT-E AMBULATORIALE

Il caso descrive come la CBT-E ambulatoriale è stata adattata per trattare una sportiva professionista affetta da un disturbo dell'alimentazione. La CBT-E ambulatoriale applicata in questo particolare caso si basa ampiamente sulla mia conoscenza ed esperienza clinica con questa forma di trattamento e, visto che la paziente è stata trattata nel mondo reale, si possono notare alcune piccole deviazioni dal protocollo, anche se ho cercato di rispettare le principali procedure e strategie descritte nel manuale CBT-E (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn, Hawker, et al., 2008). Per nascondere l'identità della paziente, alcuni dettagli del caso sono stati modificati e, per favorire una sintesi della descrizione dell'andamento del trattamento, le trascrizioni delle sedute sono state selezionate e adattate.

DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO

Veronica è un'atleta professionista di ginnastica artistica. La sua carriera atletica inizia all'età di quattordici anni ed è costellata da numerosi successi e medaglie. All'età di diciotto anni, mentre si sta allenando per una competizione importante, accusa una lombalgia acuta, che ostacola il suo allenamento. La stessa settimana, i suoi allenatori iniziano a misurare ogni giorno il peso di tutte le ginnaste della squadra, sottolineando come esse debbano dimagrire per migliorare la propria prestazione sportiva. Veronica descrive come angosciante i momenti precedenti alla misurazione del peso davanti alle altre ginnaste, e il suo piacere di allenarsi si spegne lentamente. Racconta, infatti, come gli allenatori reagiscano con rabbia e punizioni (per esempio aumentando la durata della seduta di allenamento), se non ottiene una perdita di peso.

Veronica non ha mai ricevuto alcun suggerimento, professionale o di altro tipo, su quali accorgimenti dietetici debba adottare per perdere peso, e riporta

come “gli allenatori siano solo interessati a toglierci il cibo dalle mani quando ci vedono mangiare degli *snack*”. Ricorda, inoltre, come in diverse occasioni questi ultimi avessero ispezionato le stanze e le borse delle atlete per vedere se vi fosse “nascosto” del cibo. Questa serie di eventi l’ha indotta a vivere l’allenamento, le sedute in palestra e in generale tutto quello che ruota intorno al mondo della ginnastica come un incubo.

Nel tentativo di evitare le critiche degli allenatori, inizia a limitare la quantità di cibo durante i pasti serali, lasciando degli avanzi nel piatto ed evitando l’assunzione di carboidrati. Tuttavia, queste regole alimentari non sono sufficienti a determinare in lei una perdita di peso e, per tale motivo, decide di iniziare a indursi il vomito dopo il pranzo. Il calo di peso, associato alla perdita di liquidi conseguente al vomito persistente, è molto apprezzato dal suo allenatore, che si complimenta con lei per il suo impegno. Tale apprezzamento la incoraggia ad aumentare la frequenza del vomito come mezzo per controllare il peso e, in poco tempo, questo comportamento non salutare di controllo del peso stesso diventa così frequente da verificarsi anche dopo l’assunzione di piccole quantità di cibo. Dopo qualche settimana di questa pratica, Veronica inizia ad avere episodi bulimici oggettivi, ovvero l’assunzione di grandi quantità di biscotti e cioccolato prima di addormentarsi la sera, associata alla sensazione di perdita di controllo. Inizia, inoltre, a comprare grandi quantità di cibo al supermercato, in particolare dolci e cioccolato, e ricorda quel periodo come uno dei più terribili della sua vita. Sente quel mondo, che con tanto impegno ha creato intorno a sé, crollarle addosso: il suo mal di schiena è sempre più persistente, il suo problema alimentare sempre più pervasivo, la sua vita sociale sempre più limitata e, cosa ancora più importante, la sua prestazione come ginnasta sempre di più al di sotto delle sue possibilità.

Nonostante la precaria condizione fisica, Veronica partecipa a una competizione molto importante, rimanendo però delusa dal risultato ben al di sotto dei suoi *standard*. Dopo la gara, il suo mal di schiena si intensifica tanto che il suo medico sportivo le raccomanda di sospendere l’allenamento per un mese. Nello stesso periodo, prova a sospendere il vomito senza riuscirci, e la persistenza degli episodi bulimici oggettivi e soggettivi, combinata alla sospensione dell’allenamento, determina un aumento di peso di circa 3 kg, nonostante la restrizione dietetica, il vomito indotto con una frequenza giornaliera e l’uso improprio e sporadico di lassativi. Tale aumento ponderale porta Veronica a interrompere totalmente qualsiasi controllo del peso e a iniziare alcune forme di *check* del corpo, come per esempio trascorrere lunghi periodi nuda davanti allo specchio a ispezionare la forma delle gambe e della pancia. Inizia anche a confrontare frequentemente la propria forma del corpo con quella delle altre ginnaste, e a indossare alcuni abiti per ottenere informazioni sui cambiamenti del peso e della forma del suo corpo.

Dopo aver risolto il problema alla schiena e aver ripreso gli allenamenti, Veronica prende coscienza di come la propria prestazione sportiva sia molto peggiorata e teme, con un senso di disperazione, di aver compromesso definitivamente la propria carriera. L'allenatore, notando sia i suoi cambiamenti in tale prestazione che i suoi sbalzi d'umore, le chiede che cosa le stia accadendo. Lei decide di confidarsi con lui rivelando gli episodi bulimici, il vomito autoindotto e la sua profonda angoscia. Egli reagisce mostrandosi molto comprensivo, e le suggerisce di parlare del proprio problema con il medico sportivo della squadra, il quale la invia per una consultazione presso il nostro centro.

La tabella 9.1 mostra la sintesi del caso di Veronica.

TABELLA 9.1. SINTESI DEL CASO A

Dati personali e situazione familiare

- Età: diciannove anni.
- Professione: ginnasta artistica.
- Stato civile: nubile.
- Abitazione: vive da sola.
- Classe sociale: media.

Esordio del disturbo dell'alimentazione

- Età d'esordio: diciotto anni.
- Peso all'esordio: 44 kg.
- Precursore comportamentale: dieta e vomito autoindotto.
- Motivi che hanno portato a seguire la dieta: perdere peso per soddisfare le aspettative dell'allenatore.

I 12 mesi prima dell'esordio

- Eventi (fattori precipitanti) che potrebbero aver innescato il controllo dell'alimentazione, della forma del corpo e del peso: pressione dell'allenatore a perdere peso, misurazione di quest'ultimo di fronte alle altre compagne di squadra, aumento della pressione a migliorare la prestazione sportiva e mal di schiena.

I primi due mesi dopo l'esordio

- Le regole dietetiche e il vomito autoindotto sono sperimentati come un modo facile e positivo per controllare il peso e migliorare la prestazione sportiva. Riceve commenti positivi dal proprio allenatore per essere stata in grado di perdere peso (rinforzo sociale).

TABELLA 9.1. (SEGUE)

Dati personali e situazione familiare

- Età: diciannove anni.

Da allora

- Dopo quattro mesi: comparsa di episodi bulimici oggettivi e soggettivi, intensificazione della restrizione dietetica cognitiva, limitazione della vita sociale, peggioramento della prestazione sportiva.
- Dopo otto mesi: prestazione scadente in una competizione molto importante.
- Nove-dodici mesi: interruzione dell'allenamento per recuperare dal mal di schiena, persistenza degli episodi bulimici oggettivi e soggettivi con vomito autoindotto giornaliero, uso improprio sporadico di lassativi e aumento ponderale di 3 kg. Evitamento della misurazione del peso e intensificazione del *check* della forma del corpo allo specchio e di confronto.
- Dopo dodici mesi: dalla risoluzione del mal di schiena, ripresa degli allenamenti con prestazioni al di sotto dei livelli abituali.

Stato attuale del disturbo dell'alimentazione (ultime quattro settimane e ultimi tre mesi per la diagnosi DSM-5)

- Peso attuale: 44 kg.
- Altezza attuale: 144 cm.
- IMC: 21,4.
- Numero di cicli mestruali: 1 (negli ultimi 3 mesi).
- Variazioni di peso: recupero di 3 kg negli ultimi 3 mesi.
- Restrizione dietetica: assunzione inferiore alle 1200 kcal al di fuori degli episodi bulimici; evitamento dell'assunzione di carboidrati (pane, pasta e riso).
- Vomito autoindotto: 20 episodi nelle ultime 4 settimane (60 negli ultimi 3 mesi).
- Esercizio fisico: 27 ore settimanali di allenamento; 9 ore settimanali di esercizio fisico eccessivo e compulsivo (1,5 ore di corsa la domenica e 1,5 ore di esercizio 5 volte la settimana dopo l'allenamento).
- Episodi bulimici oggettivi: 12 episodi nelle ultime 4 settimane (30 negli ultimi 3 mesi).
- Episodi bulimici soggettivi: 8 episodi nelle ultime 4 settimane (25 negli ultimi 3 mesi).
- Fumo: assente.

- Uso improprio di sostanze e alcol: assente.
- Evitamento della misurazione del peso: presente.
- *Check* della forma del corpo: presente.
- Evitamento del corpo: assente.
- Grado della paura di aumentare di peso: estremo.
- Grado della preoccupazione per la forma del corpo, il peso e il controllo dell'alimentazione: estremo.
- Grado della sensazione di essere grassa: moderato.
- Grado della sensazione di pienezza: intenso dopo i pasti.
- Grado della sensazione di essere gonfia: intenso il giorno prima del ciclo mestruale.
- Effetti del disturbo dell'alimentazione su:
 - salute fisica: non compromessa;
 - funzionamento psicologico: variabilità emotiva, irritabilità;
 - funzionamento sociale: moderatamente danneggiato;
 - prestazione sportiva: compromessa.
- Diagnosi DSM-5: bulimia nervosa (307.51).

Storia medica personale e familiare

- Comorbidità psichiatrica e medica passata e attuale: nessuna.
- Trattamento farmacologico attuale: nessuno.
- Storia psichiatrica e medica familiare: zia con un probabile disturbo dell'alimentazione in adolescenza. Madre con insoddisfazione corporea, seppur normopeso.

Esame Fisico

- Assenza di complicazione mediche apparenti

Abbreviazioni usate nelle trascrizioni selezionate dalle sedute:

V= Veronica; M= Medico; T= Terapeuta; A= Allenatore

VALUTARE E PREPARARE IL PAZIENTE ALLA CBT-E AMBULATORIALE

Obiettivi

- valutare l'atteggiamento del paziente;
- valutare la natura e la gravità del disturbo dell'alimentazione;

- preparare il paziente al trattamento ambulatoriale.

La valutazione e la preparazione al trattamento sono eseguite in due incontri da un medico esperto sia nella valutazione dei disturbi dell'alimentazione che nella CBT-E. Veronica arriva al primo incontro accompagnata dall'allenatore. Il medico la accoglie con un benvenuto invitandola nel proprio studio, e chiede all'allenatore di attendere in sala d'attesa.

Valutare l'atteggiamento del paziente

Nella prima parte della seduta di preparazione e valutazione, il medico chiede a Veronica come si sente e se la decisione di venire alla visita sia stata presa liberamente e in modo autonomo o sotto la pressione di altri.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

M: È arrivata a questo primo incontro spontaneamente?

V: Sinceramente, non so cosa dire. In parte è una mia decisione, in parte mi hanno convinto il mio allenatore e mia madre.

M: Può espormi i motivi che l'hanno spinta a prendere la decisione di venire a questo incontro?

V: Umm... non so realmente le ragioni esatte e non so se questo sia il luogo adatto per dirle. So solo che sono stanca e non riesco più ad allenarmi come vorrei.

M: Bene... e che cosa pensa abbia spinto sua madre a incoraggiarla a fare questo incontro?

V: Lei vede che sono triste e agitata negli ultimi mesi.

M: E riguardo al suo allenatore?

V: È preoccupato della mia prestazione sportiva, che è peggiorata molto nell'ultimo anno.

Valutare la natura e la gravità del disturbo dell'alimentazione

La prima parte dell'incontro è dedicata a valutare lo sviluppo, la natura e la gravità della psicopatologia di Veronica. Questa parte si conclude con la misurazione collaborativa del peso e dell'altezza su una bilancia con altimetro. La paziente è vestita e senza scarpe.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

M: È d'accordo se poniamo come obiettivo di questo primo incontro quello di scambiarci delle informazioni, così ci conosciamo meglio?

V: Va bene.

M: Bene. Ricorda quando sono iniziate le sue difficoltà?

- V: Tutto è iniziato a diciotto anni. In quel periodo ho iniziato ad avere un problema fisico.
- M: Di che problema si trattava?
- V: Avevo un fastidioso dolore alla schiena che mi impediva di allenarmi adeguatamente... e, in aggiunta, i miei allenatori hanno deciso di controllare tutti i giorni il peso di tutte le ginnaste della squadra per meglio prepararci a un'importante competizione.
- M: Mi può spiegare meglio?
- V: Ci pesavano di fronte alle altre e ci spingevano a perdere peso.
- M: Era la prima volta che accadeva?
- V: Mah... siamo delle atlete e quindi ci è sempre stato detto di fare attenzione a quello che mangiamo, ma... era la prima volta che accadeva in modo così insistente.
- M: Ha ricevuto una consulenza da parte di un esperto di alimentazione per gli sportivi?
- V: No... abbiamo sempre gestito da sole la nostra dieta.
- M: Ritorniamo alla situazione del pesarsi tutti i giorni... come ha vissuto questa esperienza?
- V: All'inizio pensavo che mi avrebbe potuto aiutare a migliorare la mia prestazione, ma in seguito è stata sconvolgente, perché gli allenatori erano molto severi quando vedevano il peso aumentare e facevano molti commenti negativi.
- M: Mi può fare alcuni esempi?
- V: Un commento tipico era: "Come pensi che i giudici di gara valuteranno le atlete che sembrano dei barili volteggianti?"; o: "Sbrigati, mancano pochi mesi alla competizione e con il tuo peso non hai possibilità di avere successo!".
- M: Penso che sia stata una situazione veramente stressante.
- V: Sì... in aggiunta, gli allenatori ci strappavano di mano gli *snack* se ci vedevano mangiarli durante le pause dall'allenamento, e hanno anche iniziato a controllarci le borse e le stanze per vedere se vi tenevamo del cibo. È stato un vero incubo!
- M: Capisco. E lei come ha reagito?
- V: La prima cosa a cui pensavo appena sveglia era la pesata giornaliera, così ho deciso di eliminare diversi cibi dalla mia alimentazione.
- M: Quali cibi ha iniziato a evitare?
- V: In particolare pasta, pane, dolci e carne rossa.
- M: Ha perso del peso dopo aver adottato queste regole dietetiche?
- V: No, il peso era stabile... e gli allenatori erano sempre più critici... così un giorno ho vomitato dopo il pranzo... e il peso era un chilo meno del giorno prima. Il vomito è stato il mio metodo per controllarlo.

M: E gli allenatori?

V: Hanno smesso di criticarmi.

M: Per quanto è durato questo effetto?

V: Solo poche settimane... dopo qualche settimana il mio appetito è aumentato... più vomitavo più mangiavo. Di sera ho iniziato a mangiare intere confezioni di biscotti, che compravo al supermercato prima di ritornare a casa.

M: Mi dispiace per quello che le è capitato.

[...]

PREPARARE IL PAZIENTE AL TRATTAMENTO AMBULATORIALE

Educare il paziente sul disturbo dell'alimentazione

Il medico che esegue la valutazione disegna una “formulazione provvisoria del problema alimentare” (questo è il termine usato dai terapeuti della CBT-E *multistep* quando fanno riferimento al disturbo dell'alimentazione con i pazienti) di Veronica, che include i principali meccanismi di mantenimento da lei riferiti nella prima parte dell'incontro. In particolare, egli illustra la relazione tra restrizione dietetica ed episodi bulimici; il parziale effetto del vomito sull'assorbimento delle calorie e, in particolar modo, nell'aumentare la frequenza degli episodi bulimici stessi; l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione; la natura autopertuante del problema alimentare. In aggiunta, enfatizza l'impatto negativo del problema alimentare stesso sulla prestazione sportiva della paziente.

Fornire informazioni dettagliate sul trattamento

Il medico fornisce a Veronica informazioni dettagliate sul trattamento, e un opuscolo informativo che descrive in sintesi le caratteristiche della CBT-E ambulatoriale. Viene anche discussa la questione riguardante la possibilità di continuare l'allenamento e le competizioni.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

M: Bene. Adesso vorrei descriverle il trattamento.

V: Bene... sono curiosa.

M: La terapia cognitivo-comportamentale è il trattamento più efficace disponibile per il suo problema alimentare. Con questo approccio, circa due terzi dei pazienti che completano il programma raggiungono risultati eccellenti.

V: Umm...

- M: Se s'ingaggia nel trattamento e questo diventa una priorità della sua vita, non ci sono ragioni perché lei non possa rientrare in questo gruppo.
- V: Ehm... può darmi informazioni più dettagliate sul trattamento?
- M: È individualizzato e si focalizza principalmente sui fattori che mantengono il suo problema alimentare. In altre parole, è principalmente rivolto al momento presente e futuro piuttosto che al passato.
- V: E cosa mi dice rispetto alla causa del mio problema alimentare?
- M: Questo aspetto sarà affrontato solo se necessario. Comunque, il trattamento sarà cucito su misura per affrontare le sue specifiche necessità... è importante che lei e il suo terapeuta diventiate degli esperti del suo problema alimentare e dei meccanismi che lo alimentano.
- V: Quanto dura il trattamento? So che le psicoterapie possono durare molti anni.
- M: Essendo focalizzato sui principali processi di mantenimento del suo problema alimentare, esso ha una durata breve e una rilevante stabilità. È organizzato per durare venti settimane e si svolge in venti sedute individuali della durata di cinquanta minuti. Le prime otto si tengono due volte a settimana, le nove successive una volta a settimana e le ultime tre ogni due settimane.
- V: Ho capito... è chiaro.
- M: È anche importante che il trattamento non sia interrotto, perché lavoreremo di seduta in seduta per erodere i meccanismi di mantenimento del suo problema alimentare. Le interruzioni di questo sono pericolose, perché possono farle perdere quello che noi chiamiamo lo "slancio" terapeutico. La costanza è particolarmente importante nelle prime sei settimane di trattamento. Dobbiamo tenere bene a mente questo per decidere quando sia il miglior momento per iniziarlo.
- V: Bene, questo potrebbe essere un buon periodo: non ho competizioni imminenti.
- M: Un altro punto da sottolineare è che tutte le nostre sedute devono iniziare e finire in orario.
- V: Non è un problema. Io sono sempre in orario.
- M: Bene. È importante anche arrivare in studio quindici minuti prima dell'appuntamento per avere la possibilità di prepararsi alla seduta.
- V: OK.
- M: Lei e il suo terapeuta dovrete lavorare insieme in modo collaborativo per superare il problema alimentare... un po' come fanno l'atleta e il suo allenatore.
- V: Sono un'esperta di questo tipo di collaborazione (sorridente).
- M: Lei e il suo terapeuta vi accorderete su specifici compiti a casa da svolgere

tra le sedute. L'assegnazione di tali compiti sarà una parte fondamentale del trattamento, e farli dovrà diventare una delle priorità della sua vita. Quello che lei farà tra una seduta e l'altra sarà ancora più importante di quello che accadrà nelle sedute stesse, e fare i compiti a casa sarà fondamentale per trarre il maggior beneficio dal trattamento.

V: Ho capito. Mi sembra che mi sia richiesto di giocare una parte veramente attiva.

M: Sì, è fondamentale. Il trattamento sarà duro ma ne varrà la pena - maggiore sarà lo sforzo, maggiori saranno le gratificazioni.

Confermare l'assegnazione dei compiti per la seduta successiva

Alla fine del primo incontro di valutazione, il medico assegna a Veronica tre compiti per il seguente incontro di valutazione e preparazione: (1) considerare i pro e i contro di iniziare la CBT-E ambulatoriale; (2) leggere il libretto informativo sulla stessa e (3) fare una lista di domande sul trattamento da discutere con il medico.

Coinvolgere l'allenatore nel trattamento

Ci sono almeno tre motivi principali per cui è una buona idea coinvolgere gli allenatori dei pazienti/atleti affetti da disturbi dell'alimentazione nel trattamento (Thompson & Trattner Sherman, 2012). In primo luogo, essi hanno molto potere e influenza sui propri atleti, e spesso sono a contatto con loro molto di più degli altri significativi. In secondo luogo, coinvolgerli permette al terapeuta di avere più controllo sul potere e l'influenza che questi possono esercitare sui pazienti. Infine, essi possono giocare un ruolo decisivo nell'aiutare questi ultimi durante il trattamento.

Alla fine del primo incontro di valutazione, il medico chiede a Veronica se è d'accordo a fare entrare il proprio allenatore in seduta per informarlo sul suo problema alimentare e sul trattamento che potrebbe intraprendere. Veronica acconsente, e il medico illustra a quest'ultimo i principali processi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione, la struttura e gli obiettivi del trattamento, e l'importanza che egli potrebbe avere nell'incoraggiare e supportare la paziente. Gli chiede anche di interrompere ogni commento sull'alimentazione e sul peso di quest'ultima e la misurazione del peso in gruppo, e di concentrarsi sull'allenamento e sulla prestazione della sua atleta piuttosto che sul suo peso e sulla forma del suo corpo.

La seconda seduta di valutazione e preparazione è fissata per la settimana successiva. Veronica, sebbene ambivalente e non pienamente convinta della

necessità di affrontare il proprio problema alimentare, decide di iniziare il programma.

CBT-E AMBULATORIALE

Fase uno - seduta 0

Obiettivi

- ingaggiare il paziente nel trattamento e nell'idea del cambiamento;
- valutare la natura e gravità della psicopatologia presente;
- creare in modo collaborativo la formulazione personalizzata;
- illustrare che cosa comporterà il trattamento;
- stabilire il monitoraggio in tempo reale;
- concordare i compiti a casa;
- riassumere gli argomenti discussi in seduta e organizzare l'appuntamento successivo.

Ingaggiare il paziente nel trattamento e nell'idea del cambiamento

Ingaggiare il paziente nel trattamento può essere una sfida impegnativa, ed è fondamentale considerare le sue attitudini nei confronti del cambiamento. Per esempio, sebbene ci siano aspetti del disturbo dell'alimentazione che Veronica vuole modificare (come gli episodi bulimici), ce ne sono altri che, invece, è meno sicura di voler affrontare (come le regole estreme e rigide, il vomito autoindotto e l'esercizio fisico eccessivo). La sua ambivalenza è, inoltre, accentuata dai timori associati a possibili effetti negativi a catena sulla sua prestazione sportiva (per esempio la paura di perdere la propria capacità competitiva e il proprio ruolo di atleta) se dovesse rilassare i suoi comportamenti estremi di controllo del peso. Per affrontare l'ambivalenza di Veronica, in aggiunta alle linee guida generali CBT-E utilizzate per ingaggiare i pazienti nel trattamento discusse nel capitolo 4 (come l'essere empatici e ingaggianti nei modi, il coinvolgere attivamente il paziente nella creazione della formulazione personalizzata, l'instillare la speranza nel cambiamento, l'interessarsi alle preoccupazioni che questi può avere), il terapeuta pone particolare enfasi all'analisi dei pro e contro del potenziale cambiamento sulla sua prestazione e sulla sua capacità di partecipare alle competizioni sportive. Dato che Veronica ha delle condizioni mediche stabili, incluso un IMC nella norma, è stata incoraggiata a continuare l'allenamento perché, come suggerito da Thompson e Trattner Sherman (2012), continuare ad allenarsi per un atleta affetto da disturbo dell'alimentazione presenta i seguenti vantaggi:

- gli permette di mantenere un positivo senso di appartenenza al gruppo sportivo;
- facilita l'osservazione dei suoi sintomi e della sua condizione fisica;
- lo incoraggia a continuare a svolgere l'attività che rappresenta la fonte primaria della sua autostima;
- gli permette di mantenere un importante senso d'identità (come sportivo);
- facilita l'implementazione di cambiamenti necessari sull'alimentazione;
- permette di determinare se questi intende realmente continuare a praticare il proprio *sport*.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Dovremmo discutere anche del suo allenamento.

V: Per quale motivo?

T: Il problema alimentare peggiora la prestazione sportiva e, se diventa molto grave, non è consigliabile allenarsi o continuare a fare le gare.

V: Veramente?

T: Sì... lei desidera continuare ad allenarsi e competere?

V: Naturalmente!

T: Bene. Io non penso che ci siano delle ragioni per cui lei non possa allenarsi in questo momento. Ci tengo che sappia, comunque, che ci sono delle condizioni per continuare a farlo.

V: Sì, e quali?

T: Che lei non sia sottopeso... che sia in trattamento e faccia dei progressi e... che la partecipazione allo *sport* non rappresenti un processo di mantenimento del suo problema alimentare.

V: Che cosa intende con questo?

T: Intendo dire che alcuni atleti con un problema alimentare possono eccedere nell'allenarsi con l'obiettivo primario di cambiare la forma del corpo e il peso piuttosto che di migliorare la loro prestazione sportiva.

V: Ehm... questo è particolarmente vero nel mio caso.

T: Sa che quando si fa esercizio oltre a quanto previsto dall'allenamento per controllare il peso e la forma del corpo si peggiora la prestazione sportiva e si mantiene il problema alimentare?

V: No, non lo sapevo.

T: Tale prestazione è anche compromessa dalla malnutrizione e dalla disidratazione, oltretutto dagli squilibri elettrolitici secondari al vomito autoindotto.

V: L'ho sperimentato. Sono veramente stanca tutto il giorno e non sono in grado di allenarmi tanto quanto vorrei.

T: Le persone in salute sono in grado di allenarsi molto più a lungo. Per tale motivo le suggerisco, quando valuta i pro e contro del cambiamento, di considerare l'effetto del suo problema alimentare non solo sulla sua salute, ma anche sulla sua prestazione sportiva e sui potenziali benefici di superarlo.

V: La prestazione sportiva è la forza trainante della mia vita. Cercherò di cambiare anche se ho veramente paura di fallire.

Valutare la natura e la gravità della psicopatologia del paziente

Il terapeuta CBT-E che conduce il trattamento non è la persona che ha condotto le sedute di valutazione e preparazione, e incontra Veronica per la prima volta nella seduta iniziale della CBT-E. Per tale motivo, esegue un nuovo *assessment* per sentire direttamente da quest'ultima quale sia la natura del suo problema alimentare. Per quanto sia inevitabile qualche sovrapposizione con le sedute di valutazione e preparazione, il secondo *assessment* è utilizzato a fini terapeutici più che diagnostici. In particolare, l'obiettivo è quello di valutare lo stato attuale di Veronica e dei principali meccanismi di mantenimento del suo disturbo dell'alimentazione, allo scopo di creare una formulazione personalizzata che guidi il trattamento.

Creare in modo collaborativo la formulazione personalizzata

Il passo successivo consiste nel creare la formulazione personalizzata di Veronica, che riporta i principali meccanismi di mantenimento del suo disturbo dell'alimentazione, e discuterne le implicazioni. Il punto principale che viene enfatizzato è che il trattamento non si concentra solo sugli aspetti che questa desidera modificare (per esempio gli episodi bulimici), ma anche sui processi che li mantengono (per esempio la restrizione dietetica, l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo e l'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso). Alla fine della seduta, il terapeuta consegna a Veronica una copia della formulazione personalizzata (si veda la figura 9.1), e le chiede di rivederla prima del successivo appuntamento, modificandola se necessario in base alle manifestazioni da lei osservate del proprio problema alimentare.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Questa formulazione mostra i principali meccanismi che stanno mantenendo il suo problema alimentare.

V: Umm... questo vuol dire che devo affrontare questi aspetti per superarlo?

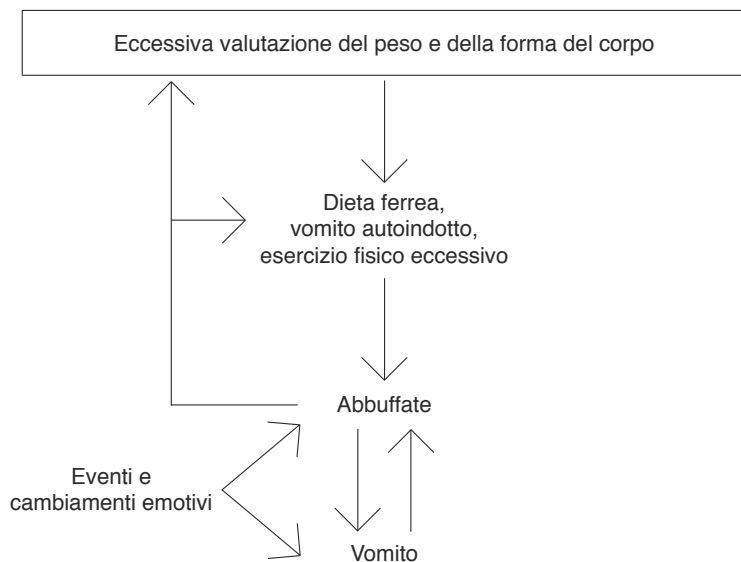


Figura 9.1 Formulazione personalizzata provvisoria di Veronica.

T: Certo! Se lei interromperà tali meccanismi ci riuscirà!

V: Tutti?

T: Sì, è necessario affrontarli tutti - altrimenti il rischio di ricaduta sarà molto più elevato.

[...]

T: Inizieremo affrontando i processi che riguardano la sua alimentazione e l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo, e poi affronteremo l'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso.

V: Sembra un buon piano.

T: Prenda pure questa copia della sua formulazione - le suggerisco di pensare ad essa prima del nostro prossimo incontro e di apportarvi i cambiamenti che ritiene necessari.

V: Va bene.

Illustrare che cosa comporterà il trattamento

Il terapeuta illustra in dettaglio il trattamento, ripetendo molte delle informazioni ricevute da Veronica durante il primo incontro di valutazione e preparazione (si veda sopra).

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Ha delle domande o delle preoccupazioni rispetto a quello che ci siamo detti?

V: Ehm... il mio problema alimentare è così grave da richiedere un trattamento?

T: Abbiamo discusso in precedenza di come esso abbia compromesso la sua prestazione atletica e il suo funzionamento psicologico e interpersonale. Senza trattamento è improbabile che lei possa farcela, e i danni conseguenti a tale problema potranno solo peggiorare e influenzare altri aspetti importanti della sua vita.

V: Va bene. Ho capito.

Stabilire il monitoraggio “in tempo reale”

Il monitoraggio “in tempo reale”, cioè la registrazione dei comportamenti, pensieri, sensazioni ed eventi nel momento in cui essi si verificano, essendo una delle procedure più importanti della CBT-E *multistep* ambulatoriale, va spiegato in dettaglio al paziente con il fine di renderlo pienamente consapevole della sua importanza nel trattamento. Nel caso di Veronica, il concetto e l'esecuzione pratica del monitoraggio in tempo reale sono introdotti nella seduta 0, messi a punto nella seduta 1 e continuati per l'intero corso del trattamento. Il terapeuta consegna a Veronica 20 schede di monitoraggio vuote, insieme a istruzioni dettagliate scritte su come compilarle (si vedano per dettagli Fairburn et al., 2008, pp. 57-61).

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Il monitoraggio rappresenta una delle procedure più importanti del trattamento... importante quanto partecipare alle sedute. È uno strumento che la aiuterà a diventare un'esperta del suo problema alimentare e ad affrontarlo efficacemente.

V: Qual è il suo scopo?

T: Ha due principali propositi. Il primo è quello di capire come funziona il suo problema alimentare. Per questo motivo dovrebbe riportare quello che sta facendo, pensando e sentendo su questa scheda di monitoraggio (il terapeuta mostra a Veronica una scheda vuota) in tempo reale. Se lei farà questo, potremo identificare nel dettaglio tutti gli aspetti del suo problema alimentare e comprendere meglio che cosa fare per affrontarlo. Il secondo, invece, è quello di avere a disposizione una potente procedura che l'aiuterà a cambiare, perché, se lo farà in tempo reale, riuscirà a interrompere alcuni comportamenti che le sembrano automatici e non controllabili.

V: Va bene, ho capito.

T: Guardiamo questa scheda di monitoraggio di esempio per vedere come dovrebbe compilare le sue schede.

V: Va bene.

- T: Innanzitutto dovrebbe utilizzare una nuova scheda di monitoraggio per ogni giorno. Nella prima colonna dovrebbe annotare l'ora in cui mangia o beve qualcosa. Nella seconda quello che mangia o beve, dandone solo una descrizione semplice senza mettere il contenuto delle calorie. Dovrebbe mettere l'assunzione di cibo che considera un pasto tra parentesi. Le è chiaro? Ha delle domande da farmi?
- V: No, è chiaro.
- T: Nella terza colonna dovrebbe annotare il luogo in cui ha mangiato o bevuto, mentre nella quarta dovrebbe mettere un asterisco vicino a ogni episodio di alimentazione o di assunzione di liquidi che lei considera eccessivo.
- V: Va bene.
- T: La quinta colonna serve ad annotare gli episodi di vomito ("V"), di assunzione di lassativi ("L", con il nome e il numero di lassativi assunti) e di esercizio fisico ("E", tipo e durata).
- V: Devo scrivere il mio allenamento o solo l'esercizio che eseguo oltre ad esso?
- T: Per la prima settimana le chiederei di annotare entrambe le forme di esercizio fisico. In seguito decideremo come procedere.
- V: Va bene.
- T: L'uso dell'ultima colonna, "contesto e commenti", varierà durante il trattamento. Per la prima settimana dovrebbe utilizzarla come diario per riportare gli eventi, i pensieri e le emozioni che influenzano la sua alimentazione.
- V: Ma registrando tutto il cibo che mangio aumenteranno le mie ossessioni per il cibo stesso!
- T: È vero, questo fenomeno si può verificare. Comunque, sappia che ogni aumento dell'intensità della sua preoccupazione per l'alimentazione durerà all'incirca solo una settimana, e che il monitoraggio l'aiuterà a comprendere gli aspetti che richiedono di essere modificati per affrontare il suo problema alimentare, tanto da far scemare la preoccupazione in questione.
- V: Non posso fare a meno di queste schede? Devo allenarmi diverse ore al giorno e non avrò tempo di scrivere tutto quello che mangio.
- T: Capisco e so che segue un programma di allenamento molto impegnativo. Comunque, se eseguirà il monitoraggio in modo accurato e supererà il suo problema alimentare, come le ho già detto, è probabile che migliorerà la prestazione sia durante l'allenamento sia nelle competizioni.
- V: Umm... va bene, ci proverò.
- T: Ha delle domande da pormi riguardo a quello che ci siamo detti in generale?
- V: No, è tutto chiaro.

Concordare i compiti a casa

Concordare i compiti a casa, o i “passi successivi” nella terminologia CBT-E, rappresenta un'altra parte integrante del trattamento e richiede la collaborazione attiva del paziente. Il terapeuta, verso la fine della seduta 0, spiega questo aspetto a Veronica, e le chiede la sua disponibilità a fare due compiti a casa: (1) iniziare il monitoraggio in tempo reale e (2) rivedere la formulazione personalizzata per almeno 15 minuti prima della seduta successiva. Le chiede anche di scrivere queste due consegne nel retro della scheda di monitoraggio.

Riassumere la seduta e organizzare l'appuntamento successivo

La seduta, come tutte le altre, si conclude sintetizzando in modo collaborativo gli argomenti trattati, ricordando a Veronica i compiti a casa, e fissando la data e l'ora degli appuntamenti per le prime quattro settimane. L'appuntamento successivo è fissato dopo tre giorni.

Fase uno - seduta 1

Obiettivi

- avviare la misurazione del peso in seduta;
- rivedere il monitoraggio;
- impostare l'ordine del giorno;
- lavorare seguendo quest'ultimo;
- valutare l'atteggiamento verso il trattamento;
- rivedere la formulazione;
- educare sulla misurazione del peso;
- educare sul peso, sull'obiettivo di peso e sul cambiamento ponderale durante il trattamento;
- assegnare i compiti, riassumere la seduta e fissare l'appuntamento successivo.

Avviare la misurazione del peso in seduta

La misurazione del peso in seduta comporta che il terapeuta e Veronica misurino collaborativamente il suo peso, vestita e senza scarpe, su una bilancia che ha intervalli di 0,5 kg. Quest'ultimo viene letto ad alta voce e poi inserito nel grafico del peso personalizzato di Veronica. La misurazione del peso in seduta offre anche l'opportunità di educare Veronica sugli argomenti della misurazione ottimale di questo per la prestazione sportiva (si veda sotto).

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Il suo peso è quarantatré chili e mezzo.

V: Sì.

T: Possiamo inserire questo numero sul suo grafico del peso?

V: Va bene.

T: Come può vedere, l'asse verticale mostra il peso in chili, mentre l'asse orizzontale il numero delle settimane. Ci sono due linee che delimitano i confini di un intervallo di peso salutare, che corrisponde a un indice di massa corporea tra venti e venticinque.

V: Ehm... così io rientro in tale intervallo.

T: Sì, è così. Inseriremo il suo peso su questo grafico una volta a settimana e lei potrà poi interpretare ogni eventuale variazione ponderale.

V: Va bene.

Rivedere il monitoraggio

Il terapeuta rivede in dettaglio il monitoraggio con Veronica per rinforzare la sua adesione a questa procedura. La revisione nella seduta 1 ha due principali obiettivi: (1) valutare la qualità del monitoraggio della paziente e (2) valutare le informazioni ricavate sulle sue abitudini alimentari. Il terapeuta non affronta il problema identificato mentre rivede il monitoraggio, ma lo include nell'ordine del giorno della seduta (si veda sotto).

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: Veronica, com'è andata con il monitoraggio?

V: Bene, come le ho detto l'ultima volta, ero scettica se farlo. Ma poiché mi ha spiegato che si tratta di una procedura molto importante, ho iniziato a monitorare il cibo che ho mangiato la sera dopo il nostro primo incontro, seguendo le sue istruzioni.

T: L'ha trovato utile?

V: È strano ma, sebbene fossi scettica, ho scoperto che lo è... scrivere quello che mangio e bevo mi dà più controllo.

T: È riuscita a registrare in tempo reale?

V: La maggior parte delle volte... ma una volta ho mangiato con una mia amica e non l'ho fatto... mi imbarazzava scrivere in sua presenza.

T: Capisco. In futuro, potrebbe allontanarsi qualche minuto dalla situazione con una scusa e poi registrare quello che ha mangiato e come si è sentita.

V: Va bene, posso provare a farlo la prossima volta.

T: Guardiamo insieme le schede che ha compilato (si veda la figura 9.2).

V: Va bene.

Giorno Lunedì		Data 16 ottobre			
Ora	Cibi e bevande consumati	Luogo	*	V/L/E	Commenti
7:00	2 croissant 1 caffè senza zucchero	Cucina			Allenamento 9-12.
13:15	1 scatoletta piccola di tonno ½ fetta di Pancarrè 1 caffè senza zucchero				
16:30	1 cappuccino con dolcificante	Bar			
17:30	1 cappuccino con dolcificante	Bar			
18:30	1 mela 1 pacchetto di caramelle	Macchina			Non sono riuscita a fermarmi. Per fortuna erano senza zucchero.
19:00	50 g petto di pollo 1 terrina di insalata e pomodori con olio e aceto	Cucina			
21:00	2 mele 10 cioccolatini 8 fette di Pancarrè 1 scatoletta di tonno 1 gelato alla crema				

Figura 9.2 La prima scheda di monitoraggio di Veronica.

Adattata dalla figura 5.3 del libro *La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione* di Christopher G. Fairburn, Trento, Erickson, 2018.

[...]

T: Ho visto che non ha mangiato a metà mattina. Non fa mai uno spuntino?

V: No, mai.

T: Per quale motivo?

V: Non posso fermarmi durante l'allenamento... e voglio avere lo stomaco vuoto mentre mi sto allenando.

T: Vedo che ha segnato i pasti tra le parentesi. Molto bene!

V: Grazie.

T: Che cosa pensa del suo pranzo?

V: Ehm... so che dovrei mangiare di più... ma mi sento meglio a mangiare solo una piccola scatoletta di tonno con una fetta di pane... così mi sento leggera e mantengo il mio peso sotto controllo.

T: Fa sempre il pranzo nello spogliatoio?

V: Sì, durante i giorni feriali. Di sabato mangio qualcosa al bar e di domenica spesso pranzo a casa dei miei genitori.

T: Vedo che durante il pomeriggio beve due cappuccini.

V: Sì. Sono troppi? Mi faranno ingrassare? Gli alimenti liquidi non mi fanno sentire piena e anche se so che contengono calorie, mi sembra diverso rispetto al mangiare. Comunque non metto lo zucchero.

T: Vedo che ha saltato la merenda... le capita spesso di farlo?

V: Sì, perché se inizio a mangiare cibi solidi, so che non sarò più in grado di fermarmi. Inoltre, non saprei cosa mangiare. Non mi piace la frutta e i dolci mi fanno ingrassare. Quindi, è meglio evitare di mangiare qualsiasi cosa... e poi questi sono gli alimenti con cui perdo il controllo.

T: Vedo che ha anche riportato un asterisco.

V: Sì, l'ho usato, come mi ha suggerito, quando ho mangiato qualcosa senza controllo. In questo caso, per esempio, mi sono abbuffata e l'ho segnalato con questo.

T: Ben fatto. Ottimo lavoro. È veramente un buon inizio. Dal monitoraggio impareremo molto sul suo problema alimentare e su che cosa lo mantiene. Quello che dobbiamo fare adesso è analizzare insieme il modo per rendere la registrazione ancora più utile, perché così potremo ottenere molte più informazioni. Per esempio, la prossima volta le chiederò di segnare con un asterisco ogni singolo alimento che ha mangiato e con il quale ha sentito di perdere il controllo; in questo modo l'episodio bulimico sarà caratterizzato da una catena di asterischi.

V: Per quale motivo?

T: Perché qualche volta l'episodio bulimico è scatenato dalla rottura di una regola dietetica, e l'uso degli asterischi ci può aiutare a comprendere questo meccanismo.

V: Non capisco.

T: Per esempio, vedo che in questo episodio bulimico ha iniziato a mangiare due mele ma poi ha mangiato anche caramelle al cioccolato, diverse fette di pane, una scatoletta di tonno e un gelato.

V: Sì, avevo in mente di mangiare solo due mele, ma poi ho mangiato una barretta di cioccolato e ho completamente perso il controllo.

T: Se questo si dovesse verificare nuovamente, segni con l'asterisco solo gli alimenti che non aveva in mente di mangiare, in questo caso per esempio quelli dopo le due mele.

V: Va bene. Ora è chiaro.

T: Quando ha mangiato la barretta di cioccolato e gli altri cibi, sapeva che poi li avrebbe vomitati?

V: Sì. Quando perdo il controllo, mi dico che posso mangiare fino a sentirmi piena, e che poi posso liberarmi di tutte le calorie vomitando.

T: Un'ultima domanda. Mangerebbe un intero pacchetto di biscotti, se non potesse poi vomitarli?

V: No! Naturalmente no!

Impostare l'ordine del giorno

L'ordine del giorno della seduta, e di quelle che seguono, è impostato in modo collaborativo con Veronica in base alle informazioni che provengono da quattro fonti principali: (1) i compiti della seduta precedente; (2) gli argomenti identificati durante la revisione del monitoraggio; (3) gli aspetti di cui ella vuole discutere; (4) gli argomenti nuovi previsti dalla fase del trattamento.

Lavorare seguendo l'ordine del giorno

Atteggiamento verso il trattamento. Il terapeuta chiede direttamente a Veronica cosa ne pensa del trattamento, perché l'atteggiamento del paziente nei confronti di quest'ultimo è un fattore che influenza l'esito della terapia.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: Come si sente adesso che ha iniziato il trattamento?

V: Umm... da una parte sono felice di aver preso questa decisione. Spero di stare meglio e di migliorare la mia prestazione sportiva, che in questo periodo è molto scarsa. Ma... dall'altra parte, sono preoccupata di dover interrompere la dieta e il vomito per la paura di ingrassare. Sono una ginnasta... non posso permettermelo.

T: Capisco la sua ambivalenza. Comunque, come le ho già spiegato, il miglior modo per controllare il peso è affrontare il problema alimentare, interrompendo gli episodi bulimici e l'uso di comportamenti non salutari

di controllo del peso stesso e adottando un piano alimentare flessibile e salutare.

V: Sì, le credo, ma sono ancora spaventata.

T: In ogni caso, l'unico modo per verificare le sue previsioni rispetto alle potenziali conseguenze dell'interrompere i suoi comportamenti estremi di controllo del peso è quello di provare a cambiare. Se non sarà soddisfatta del risultato, potrà sempre ritornare a utilizzare la dieta ferrea e il vomito per controllare il suo peso.

V: No, voglio eliminare questi comportamenti!

Rivedere la formulazione. Il terapeuta poi si sposta sulla formulazione di Veronica per comprendere la sua opinione del diagramma e per risolvere qualsiasi malinteso.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: Ha pensato alla formulazione che abbiamo costruito nell'ultima seduta?

V: Sì.

T: È chiara?

V: Abbastanza.

T: Ha cambiato qualcosa?

V: No. Penso che abbiamo inserito tutte le principali caratteristiche del mio problema alimentare.

T: Bene. Comunque, questa formulazione non è scolpita nella pietra. La modificheremo e completeremo quando avremo acquisito più informazioni sui meccanismi di mantenimento del suo problema.

Educazione sulla misurazione del peso. Il terapeuta poi passa a educare Veronica su come interpretare le variazioni del suo peso fornendole le seguenti informazioni: (1) non si possono trarre delle conclusioni sull'andamento di questo in base a una singola lettura, perché esso oscilla naturalmente durante il giorno e da un giorno all'altro in conseguenza dello stato d'idratazione, del contenuto dell'intestino, della vescica e del glicogeno epatico e muscolare; inoltre, le donne tendono ad avere un incremento ponderale nella seconda parte del ciclo mestruale per la ritenzione di liquidi indotta dalla secrezione di progesterone; (2) misurazioni frequenti del peso aumentano la preoccupazione per le oscillazioni ponderali e incoraggiano la restrizione dietetica quando si verifica un aumento fisiologico dello stesso e (3) evitare di misurare il peso è altrettanto problematico, perché la persona non è consapevole degli effettivi cambiamenti di peso corporeo e, di conseguenza, ritarda l'adozione di comportamenti salutari di controllo di quest'ultimo.

Dopo l'intervento educativo, il terapeuta suggerisce a Veronica di misurare il proprio peso una volta alla settimana in seduta, e di valutare l'andamento delle variazioni ponderali ogni quattro settimane per averne una rappresentazione oggettiva non influenzata dallo stato d'idratazione. Infine, il terapeuta le chiede di non pesarsi a casa, ma - se questo dovesse accadere - dovrebbe registrare il peso che ha rilevato, i motivi che l'hanno portata a misurarlo e le conseguenze di tale misurazione nell'ultima colonna della scheda di monitoraggio.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Per interpretare il suo peso dovrebbe guardarne l'andamento nelle ultime quattro settimane, perché il peso degli esseri umani è influenzato dallo stato d'idratazione che può variare da un giorno all'altro e dalla fase del ciclo mestruale.

V: Vuol dire che quando il mio allenatore mi pesava ogni giorno, rilevava la variazione giornaliera dell'acqua contenuta nel mio corpo?

T: Certo. Per avere un'idea accurata della variazione del suo peso corporeo, avrebbe dovuto guardare le variazioni riscontrabili ogni quattro settimane. Guardiamo questo grafico, che mostra l'andamento del peso di una paziente. All'inizio del trattamento, il suo peso era di cinquantadue chili; dopo una settimana era di cinquantun chili e mezzo, nella seconda settimana di cinquantadue chili e mezzo, la terza settimana ancora di cinquantadue chili e mezzo, e la quarta di cinquantadue chili. Se interpretassimo il suo peso sulla base delle variazioni settimanali, sembrerebbe diminuire nella prima settimana, aumentare nella seconda, stabilizzarsi nella terza, e diminuire nuovamente nella quarta. Tuttavia, tracciando una linea tra il peso di partenza e quello della quarta settimana, possiamo vedere come in realtà esso oscilli ma sia sostanzialmente stabile.

V: Vero.

T: Questo dimostra chiaramente come non sia possibile porsi come obiettivo quello di avere un peso sempre fermo a un punto fisso, ma sia consigliabile accettare un intervallo fisiologico dello stesso di due-tre chili.

T: Ho compreso il concetto, anche se non mi è facile considerare i cambiamenti del mio peso come semplici oscillazioni.

Educazione sul peso, sugli obiettivi di peso e sul cambiamento di questo con il trattamento. Il terapeuta educa Veronica anche sul suo peso corporeo, sull'IMC e sull'obiettivo di peso da raggiungere, che porta all'inevitabile discussione sulla relazione tra il peso stesso e la prestazione sportiva e sul suo cambiamento durante il trattamento.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Che cosa conosce dei fattori che controllano il peso corporeo?

V: Umm... dipende da quello che mangiamo e consumiamo.

T: In parte è vero, ma sia il controllo dell'alimentazione sia la nostra spesa energetica sono regolati da meccanismi fisiologici.

V: Che cosa significa? La nostra genetica regola il nostro peso?

T: Sì, questo spiega perché è difficile modificare quest'ultimo nel lungo termine.

V: Che è esattamente quello che ho sperimentato.

T: Un modo conveniente di rappresentare il peso è l'indice di massa corporea, che corrisponde al peso in chili diviso l'altezza in metri al quadrato.

V: Conosco questo indice. Il mio è di ventuno e quattro.

T: Esattamente. Una persona è definita "normopeso" quando ha un indice di massa corporea compreso tra diciotto e cinque e ventiquattro e nove. Così, secondo questa classificazione, lei è...

V: Normopeso... ma sono una ginnasta... ho bisogno di essere leggera per ottimizzare la mia prestazione.

T: Da chi ha avuto questa informazione?

V: Dal mio allenatore e dalle altre atlete.

T: Molti allenatori e atlete sono convinti che maggiore è la magrezza, migliore sarà la prestazione, ma la ricerca racconta una storia diversa... i dati indicano che perdere troppo grasso corporeo può peggiorare la prestazione sportiva.

V: Veramente?

T: Sì, un atleta raggiunge le migliori prestazioni con uno stato nutrizionale ottimale, una dieta sana e un allenamento adeguato. La magrezza non è essenziale, ed è anzi spesso controproducente. Per esempio, valutando le sue prestazioni negli anni - com'era il suo peso quando ha raggiunto i migliori risultati?

V: Lo stesso di adesso... ma poi i risultati sono peggiorati e questa è stata la ragione che ha spinto il mio allenatore a farmelo perdere.

T: Ha considerato come probabilmente non sia stato il suo peso a determinare il peggioramento della sua prestazione?

V: Beh... è possibile. In realtà, non è che la mia prestazione abituale sia peggiorata... altre giovani ginnaste hanno iniziato a competere con me e ho perso posizioni in classifica.

T: Molto interessante. E quando ha perso peso con la dieta e il vomito autoindotto, ha per caso migliorato la sua prestazione?

V: No, ho completamente fallito la competizione. Non avevo forza e concentrazione e ho commesso molti errori.

[...]

V: Che cosa accadrà al mio peso alla fine del trattamento?

T: È difficile dirlo ora. In molti casi, nei pazienti non si verifica alcun cambiamento di peso, mentre alcuni lo perdono e altri ne recuperano un po'. Non è possibile prevedere esattamente quello che accadrà.

V: Non voglio aumentare di peso!

T: La capisco. Comunque, per avere un miglior controllo su questo, è necessario che lei riacquisisca il controllo della sua alimentazione, e questo è uno scopo fondamentale del trattamento. Le suggerisco di posticipare la decisione di fissare un intervallo specifico di peso fino a che non avrà regolarizzato la sua alimentazione.

V: Sono d'accordo, ma non voglio recuperare peso.

T: L'obiettivo è quello di raggiungerne uno che possa essere mantenuto senza adottare regole dietetiche rigide ed estreme. Come sa, la restrizione dietetica mantiene la preoccupazione per l'alimentazione e aumenta il rischio di avere degli episodi bulimici (il terapeuta mostra a Veronica la parte specifica della formulazione).

Assegnare i compiti a casa, riassumere la seduta e fissare l'appuntamento successivo

Alla fine della prima seduta, il terapeuta assegna a Veronica due compiti: (1) migliorare il monitoraggio e (2) trattenersi dal pesarsi a casa. Infine, riassume la seduta e fissa l'appuntamento successivo.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: Riassumiamo quello di cui abbiamo discusso in questo incontro. Abbiamo iniziato con la misurazione del peso in seduta e imparato a conoscere il grafico del peso. Poi abbiamo analizzato le schede di monitoraggio. Abbiamo concluso che ha fatto un gran lavoro e discusso come poterlo migliorare.

V: Sì, come usare gli asterischi e come fare il monitoraggio quando mangio con gli amici.

T: Esattamente. In seguito abbiamo discusso la sua ambivalenza nei confronti del trattamento, ma abbiamo concluso che il miglior modo di verificare le sue previsioni sulla conseguenze di interrompere i comportamenti estremi di controllo del peso sia quello di provare a cambiare.

V: Sì.

T: Abbiamo anche sottolineato la necessità di lasciar passare almeno quattro settimane per fare delle considerazioni sull'andamento del peso. Inoltre, abbiamo riflettuto sui rischi di pesarsi frequentemente o di evitare

totalmente di farlo. Successivamente abbiamo discusso del peso, delle sue fluttuazioni, dell'indice di massa corporea e di quale possa essere il peso ottimale per un'atleta. Infine, abbiamo stabilito che per il prossimo appuntamento dovrebbe migliorare il monitoraggio e sforzarsi di non pesarsi a casa o in palestra.

Implementare il resto della fase uno

Obiettivi

- educare il paziente sul disturbo dell'alimentazione;
- stabilire l'alimentazione regolare;
- affrontare lo stile alimentare del paziente;
- affrontare il vomito autoindotto;
- affrontare l'esercizio fisico eccessivo;
- coinvolgere gli altri significativi.

Educare il paziente sul disturbo dell'alimentazione

Sebbene Veronica fosse un'atleta di alto livello, era poco informata sulla relazione esistente tra regole dietetiche rigide ed estreme ed episodi bulimici, e sugli effetti del vomito sull'assorbimento di calorie. Per educarla sul suo disturbo dell'alimentazione, il terapeuta le fornisce una copia del libro *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale* (Dalle Grave, 2012b), un manuale di autoaiuto a orientamento cognitivo-comportamentale che fornisce informazioni sui disturbi dell'alimentazione. Il terapeuta incoraggia Veronica a leggerlo, a sottolineare i punti nei quali si rispecchia, a inserire delle croci in quelli in cui non si rispecchia e a mettere dei punti interrogativi vicino alle parti che non comprende. Le chiede di eseguire questo compito per il prossimo appuntamento, e di portare il libro in seduta per riguardare assieme i punti non chiari e gli eventuali dubbi e domande.

Stabilire l'alimentazione regolare

L'alimentazione regolare implica che i pazienti programmino tre pasti principali più due spuntini ed evitino di mangiare tra gli intervalli. Essa costituisce le fondamenta su cui si costruiscono gli altri cambiamenti. Nei pazienti come Veronica, che hanno episodi bulimici ricorrenti, questa procedura determina nella maggior parte dei casi una rapida diminuzione della frequenza degli episodi stessi, lasciando solo quelli che vengono definiti "episodi bulimici residui" (che andranno affrontati nella fase tre). La riduzione di tali episodi rinforza

l'aderenza dei pazienti al trattamento e si associa, di solito, al miglioramento del tono dell'umore. È stato suggerito (si vedano Fairburn et al., 2008, p. 75) che la stessa dipenda da due meccanismi principali: (1) la riduzione della restrizione dietetica, in particolare l'alimentazione ritardata e (2) il miglioramento del modo di mangiare del paziente.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Una strategia fondamentale per migliorare il controllo dell'alimentazione è l'alimentazione regolare.

V: In che cosa consiste?

T: Nel mangiare tre pasti principali e due spuntini pianificati ogni giorno e nel non mangiare tra questi pasti e spuntini.

V: Ma non so quello che potrei mangiare!

T: Per il momento non è importante quello che mangia, ma solo che faccia passare non più di quattro ore tra ogni pasto e spuntino. In altre parole, la sua giornata dovrebbe includere la colazione, lo spuntino a metà mattina, il pranzo, la merenda a metà pomeriggio e la cena. In più dovrebbe evitare di mangiare tra gli intervalli, e questo nuovo sistema alimentare dovrebbe avere la precedenza su tutte le altre attività.

V: Ma non posso mangiare durante l'allenamento!

T: Non ha una pausa nel corso di questo?

V: Quasi mai. Mi fermo solo quando l'allenatore mi spiega l'esercizio da fare. È impensabile fermarsi per mangiare... dovrei essere malata e, tra l'altro, non so neppure se lui me lo permetterebbe!

T: Penso che dovremo affrontare i due problemi che ha sollevato. Il primo è che lei non ha pause. Il secondo è che non sa quello che deve mangiare. Pensa che ci possano essere altri ostacoli a mangiare regolarmente?

V: Certo! Se mangiassi così frequentemente aumenterei di peso.

T: Bene, le sue schede di monitoraggio evidenziano come durante il pomeriggio tenda a bere cappuccini, thè e a mangiare caramelle. Pensa che questo comportamento sia utile e salutare?

V: Vorrei evitarlo... ma ne ho un assoluto bisogno. So che è sbagliato... ma è per questo che non riesco a perdere peso?

T: Perché non pianifica i pasti e gli spuntini in base al programma di allenamento? Per esempio, potrebbe mangiare subito dopo essersi allenata. Le suggerisco, inoltre, di pianificare in anticipo quello che mangia. Per esempio, se io la chiamassi in ogni momento della giornata, dovrebbe essere in grado di dirmi quello che ha intenzione di mangiare al pasto successivo.

V: Va bene, potrei fare colazione alle sette, come faccio adesso, lo spuntino

della mattina alle dieci, il pranzo all'una, la merenda del pomeriggio alle cinque e la cena alle otto. E cosa potrei mangiare?

T: In questa fase del trattamento, è più importante quando mangiare rispetto a cosa mangiare. Comunque, qui ho le linee guida dell'*American Dietetic Association on Nutrition and Sport Performance* (Rodriguez, DiMarco, & Langley, 2009). Perché non ne leggiamo qualcuna insieme?

V: Sì... sì! Sono molto interessata.

T: Come vede, esse suggeriscono che gli atleti dovrebbero evitare di saltare i pasti ed essere troppo affamati. Inoltre, raccomandano che gli stessi, durante i periodi di allenamento intenso o quando eseguono sedute di allenamento multiple giornaliere, mangino almeno tre pasti e tre spuntini al giorno e bevano molti liquidi - soprattutto acqua - prima, durante e dopo l'esercizio.

V: Questa raccomandazione è molto simile a quello che mi ha consigliato lei.

T: Tali linee guida sostengono, inoltre, che uno scarso introito calorico non permetta di mantenere una buona preparazione atletica e che gli atleti non dovrebbero mai privarsi dei loro alimenti preferiti o imporsi regole dietetiche o linee guida non realistiche. Piuttosto, gli obiettivi dietetici dovrebbero essere flessibili e raggiungibili, e simili a quelli raccomandati alla popolazione generale.

V: Ho capito.

T: Esse sottolineano, inoltre, come gli atleti dovrebbero assumere un'ampia varietà di alimenti, e scoraggiano la tendenza a etichettare i cibi come "buoni" o "cattivi".

V: Vuol dire che non dovrei evitare i carboidrati?

T: Sì, le linee guida affermano che la restrizione di questi ultimi è dannosa per la prestazione sportiva, e suggeriscono che il 60% dell'apporto calorico di un atleta dovrebbe provenire da carboidrati, come per esempio i cereali integrali e i legumi.

V: Mi può consigliare una dieta?

T: Non penso sia una buona idea. Come può vedere dalla sua formulazione, le regole dietetiche rigide ed estreme incoraggiano gli episodi bulimici. Le suggerisco di leggere queste linee guida e di sperimentarle poco a poco. Per esempio, potrebbe includere la verdura e la frutta e alcuni carboidrati complessi a ogni pasto, e mangiare alcune proteine in almeno uno dei pasti principali. Poi valuteremo insieme come si sente e se questo nuovo modo di alimentarsi influenza la sua prestazione sportiva. È d'accordo?

V: Va bene, ci proverò. Spero di riuscirci e che mangiare in questo modo mi aiuterà a evitare le abbuffate, ma soprattutto spero di non aumentare di peso. Ma se sento la voglia di abbuffarmi, cosa posso fare?

- T: L'alimentazione regolare eseguita in questo modo l'aiuterà a ridurre tale impulso. Comunque, le suggerisco di preparare un cartoncino dove lei potrà scrivere delle frasi da dirsi per superarlo. Ha qualche idea?
- V: Potrei dirti che... se mi abbuffo poi mi allenerò male.
- T: Bene. Potrebbe anche dirsi che l'impulso a mangiare è come un'onda che lei può superare come se fosse un surfista; una strategia che noi chiamiamo "fare il *surf* dell'impulso".
- V: Mi piace questo suggerimento!
- T: Può anche pensare a qualcosa da fare che le permetta di uscire dai luoghi dove c'è cibo e distrarsi dall'impulso a mangiare?
- V: Ehm... potrei chiamare un'amica o fare una camminata o ascoltare della musica.
- T: Bene. Scriva le cose da dirsi e da fare sul cartoncino e lo tenga sempre con sé. Se avverte l'impulso di mangiare tra i pasti pianificati, lo tiri fuori e cerchi di applicare quello che legge in quel preciso momento.
- V: Va bene, lo farò.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla revisione dell'alimentazione regolare.*

- V: Ho saltato la merenda del pomeriggio. È difficile e sono troppo preoccupata di farla. Se inizierò a mangiare non sarò in grado di fermarmi e mi abbufferò... io devo allenarmi.
- T: Comprendo la sua difficoltà. Possiamo considerare i pro e contro di provare a fare la merenda?
- V: Va bene. I pro, come suggerito dalle linee guida dietetiche per gli atleti di ginnastica artistica, sono il ridurre la stanchezza, il migliorare la concentrazione e il diminuire il rischio di abbuffarsi. I contro sono l'aumentare di peso, il sentirmi grassa, il non digerire e l'allenarmi male perché mi sento piena. L'allenatore non mi lascerà fare un intervallo e... non voglio chiedergli di fermare la seduta di allenamento, perché potrebbe pensare che sono pigra e non voglio allenarmi duramente.
- T: Analizziamo i pro e contro che mi ha appena detto.
- V: Forse dovrei fare un esperimento per vedere se cambiando il mio modo di mangiare avrò veramente questi problemi e aumenterò di peso. I potenziali vantaggi sono interessanti... il problema è che sono veramente preoccupata di cambiare.
- T: Che cosa ne pensa se coinvolgiamo il suo allenatore per aiutarla ad affrontare queste difficoltà?
- V: Potrebbe essere utile.
- T: Se è d'accordo, potremmo invitarlo a partecipare alla prossima seduta in modo da affrontare questo argomento insieme.

V: Va bene. Gli chiederò di venire.

T: Di cosa potremmo discutere con lui?

V: Umm... potremmo spiegargli perché è consigliabile che io faccia una merenda a metà pomeriggio durante l'allenamento.

T: Sono d'accordo. Che cosa ne pensa a riguardo della possibilità di spiegargli l'importanza dell'alimentazione regolare e le principali raccomandazioni delle linee guida dell'*American Dietetic Association on Nutrition and Sport Performance*?

V: Sono d'accordo.

Affrontare lo stile alimentare del paziente

Il terapeuta inizia ad affrontare anche lo "stile" alimentare di Veronica, in particolare l'assenza di un pranzo formale quando ha l'allenamento pomeridiano, suggerendole di evitare di mangiare nello spogliatoio e di assumere caramelle o cappuccini durante il giorno.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla revisione dell'alimentazione regolare.*

T: Una buona strategia per migliorare il controllo sull'alimentazione consiste nel mangiare in modo formale, seduta a tavola. I pasti dovrebbero avere un inizio e una fine facilmente riconoscibili.

V: Non è quello che faccio a pranzo quando ho l'allenamento pomeridiano.

T: Lo so... e spesso, come vedo dalle schede di monitoraggio, gli episodi bulimici si verificano proprio in questi giorni. Pensa sia possibile fare dei pasti in un modo formale quando ha l'allenamento pomeridiano?

V: Non lo so. Forse potrei andare a mangiare con le altre ginnaste in un ristorante vicino alla palestra.

T: È una buona idea. E che cosa ne pensa delle caramelle e dei cappuccini? Non li ho visti riportati questa settimana nelle schede di monitoraggio.

V: Ho smesso di mangiare caramelle e ho diminuito il numero dei cappuccini dopo aver introdotto la merenda del pomeriggio nella mia dieta.

Affrontare il vomito autoindotto

Veronica ha episodi di vomito autoindotto sia compensatori (dopo episodi bulimici oggettivi) sia non compensatori (dopo episodi bulimici soggettivi). Il terapeuta non affronta il vomito di compenso, perché di solito diminuisce spontaneamente quando le abitudini alimentari della paziente migliorano; mentre affronta direttamente quello non di compenso, perché di solito non scompare con la diminuzione degli episodi bulimici oggettivi, visto che rappresenta una forma di controllo del peso simile al fare la dieta.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: Vedo dalle schede di monitoraggio che a volte vomita dopo aver assunto piccole quantità di cibo. In questo caso dopo aver mangiato solo tre biscotti.

V: Sì, lo faccio per eliminare l'assunzione di calorie eccessive quando sento di mangiare qualcosa che non dovrei, come in questo caso.

T: Questo comportamento è problematico. Innanzitutto, non ha senso in termini di bilancio calorico vomitare per eliminare una piccola quantità di calorie come quella contenuta in tre biscotti. Sa quante calorie contengono?

V: Sì, un totale di centoventi.

T: E sa quante calorie in eccesso deve mangiare per determinare un aumento di peso di un chilo?

V: Non lo so.

T: Circa settemila.

V: Wow... così, non ha proprio senso.

T: Sì. In aggiunta, l'uso di vomito non di compenso rinforza le sue abitudini alimentari non salutari, e non le permette di guarire dal suo problema. Le suggerisco di interrompere questo comportamento il prima possibile. Una buona strategia è quella di scrivere nelle schede di monitoraggio in tempo reale quando mangia qualcosa di non previsto - riportando anche gli asterischi nell'apposita colonna - e di affrontare l'impulso a vomitare applicando la strategia delle cose da dirsi e da fare che abbiamo già discusso.

V: Va bene, ci proverò.

Affrontare l'esercizio fisico eccessivo

Oltre al suo intenso regime di allenamento, Veronica esegue un'ora e mezza di corsa la domenica, sia per mantenere il suo corpo in costante attività sia per compensare l'assunzione di calorie, percepita eccessiva, che immanabilmente ha ogni sabato sera. Inoltre, trascorre del tempo in palestra dopo il programma di allenamento.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: Veronica, vorrei discutere con lei i pro e i contro di fare la corsa la domenica e di passare del tempo in palestra oltre al suo programma di allenamento durante la settimana. Iniziamo con i pro.

V: Bene, i pro sono che mantengo il mio corpo attivo e, soprattutto, lo faccio per i miei eccessi alimentari del sabato sera.

T: E i contro?

- V: Bene, non so... qualche volta mi sento molto stanca e probabilmente è una cattiva idea non permettere al mio fisico di riposarsi almeno un giorno la settimana.
- T: Sì, ha ragione. L'eccessivo allenamento, chiamato anche *overtraining*, può causare stanchezza e prestazioni sotto le sue possibilità. Inoltre, si associa spesso a un'aumentata frequenza di infezioni e depressione, che possono condizionare l'allenamento stesso e la capacità competitiva.
- V: Ho avuto questi problemi in passato.
- T: L'*overtrainings* si verifica quando c'è uno stato cronico di recupero insufficiente come conseguenza di un esercizio eccessivamente prolungato e/o intenso. Lei pensa che l'esercizio che fa oltre al suo programma di allenamento possa avere qualche effetto negativo sul suo problema alimentare?
- V: Veramente, non so. Mantiene la mia mente focalizzata sul controllo del peso e dell'alimentazione.
- T: Sì. In più, considerare l'esercizio come un modo efficace per controllare il peso tende a rilassare il suo rigido controllo su quest'ultima portandola a perdere il controllo con più facilità.
- V: Sì, sono d'accordo.
- T: Va bene. Perché non prova a interrompere ogni forma di esercizio che non sia prevista dal suo programma di allenamento e poi a valutare l'effetto che questo avrà sulla sua prestazione atletica e sul controllo dell'alimentazione?
- V: Va bene, ci darò un taglio.
- T: E se dovesse avvertire l'impulso a esercitarsi, potrebbe usare la carta delle "cose da dirsi e da fare". Potrebbe anche considerare di pianificare in anticipo le domeniche, per esempio pensando a qualcosa di interessante che le piacerebbe fare e che l'esercizio fisico le ha impedito di realizzare in passato.

Coinvolgere gli altri significativi

Come descritto in precedenza, dopo tre settimane di trattamento, Veronica e il terapeuta stabiliscono di coinvolgere anche l'allenatore. A tal fine l'incontro, eseguito dopo una seduta regolare, è organizzato nel seguente ordine: (1) il terapeuta introduce gli scopi dell'incontro; (2) Veronica descrive il rationale del trattamento e i progressi che ha fatto; (3) il terapeuta stimola l'allenatore a fare domande e (4) tutti assieme discutono di come questi possa aiutare Veronica a migliorare il proprio modo di alimentarsi.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: Pensa sia possibile per Veronica fare un breve intervallo durante le

sedute di allenamento della mattina e del pomeriggio per consumare uno spuntino?

A: Non ci vedo nessun problema.

V: Veramente?

A: Sì. Capisco che l'alimentazione regolare è per te essenziale per affrontare il problema alimentare e, di conseguenza, per migliorare la tua prestazione.

T: Molto bene. Quindi, suggerisco di pianificare la seduta di allenamento in modo tale che Veronica possa avere un intervallo di un'ora per avere sia il tempo di mangiare lo spuntino sia di digerirlo, senza influenzare negativamente l'allenamento stesso.

Fase due (settimane 5-6)

Obiettivi

- condurre insieme una revisione dei progressi;
- identificare gli ostacoli al cambiamento;
- rivedere la formulazione personalizzata;
- decidere se utilizzare la forma allargata o focalizzata della CBT-E;
- progettare la fase tre.

La fase due è una fase transitoria pianificata in modo tale da introdurre e preparare i meccanismi di mantenimento da affrontare in fase tre. Gli obiettivi della stessa sono quelli di aiutare Veronica a raggiungere una valutazione bilanciata dei progressi raggiunti fino a quel momento e, allo stesso tempo, di migliorare la sua comprensione degli ostacoli da affrontare e dei principali meccanismi di mantenimento su cui dovrà lavorare nella fase successiva. Veronica compila l'EDE-Q (Fairburn & Beglin, 2008) e il CIA (Bohn & Fairburn, 2008) per permettere a lei e al terapeuta di avere una valutazione obiettiva del miglioramento ottenuto nelle prime quattro settimane di trattamento. Tale valutazione è assai importante, perché il grado di riduzione nella frequenza degli episodi bulimici e del vomito autoindotto rappresenta il predittore più significativo dell'esito del trattamento.

Condurre insieme una revisione dei progressi

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Bene, questo è il nostro nono incontro ed è il momento di iniziare la fase due del trattamento. In questa fase dobbiamo rivedere, tra le altre cose, i progressi che ha fatto e come valuta la terapia. Si sente soddisfatta di quello che ha raggiunto?

V: Sì... mi sento un po' meglio; tuttavia, qualche volta mi abbuffo ancora e mi sento ancora stanca durante l'allenamento.

T: In questa fase del trattamento, avere degli episodi bulimici residui è comune, perché non abbiamo ancora affrontato alcuni meccanismi che li mantengono. Comunque, vedo dai punteggi dell'EDE-Q che ha ridotto significativamente la frequenza di tali episodi e del vomito autoindotto. Ha veramente iniziato bene.

V: Veramente?

T: Sì. I dati a nostra disposizione indicano che la riduzione del numero degli episodi bulimici e del vomito autoindotto è il più potente predittore del buon esito del trattamento.

V: Bene. Questo mi dà delle speranze.

Identificare gli ostacoli al cambiamento

Il secondo obiettivo della fase due è quello di identificare gli ostacoli al trattamento, facendo una valutazione dell'atteggiamento di Veronica nei confronti del trattamento stesso e di come ella abbia usato le procedure introdotte nella fase uno. L'analisi dimostra come Veronica sia attivamente coinvolta e non abbia particolari difficoltà nell'usare le procedure di non pesarsi al di fuori delle sedute e di mangiare regolarmente. Tuttavia, durante il corso della fase uno, alcuni atteggiamenti e comportamenti della paziente durante la pratica sportiva inducono il terapeuta a sospettare la presenza di perfezionismo clinico come meccanismo di mantenimento aggiuntivo del suo problema alimentare.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

T: In alcuni casi, il superare con successo il problema alimentare può essere ostacolato dalla presenza di perfezionismo clinico. Questo è un termine utilizzato per descrivere le persone che hanno un'eccessiva valutazione per il perseguimento e il raggiungimento di obiettivi personalmente esigenti in ambiti di vita cui si dà importanza, come per esempio la prestazione sportiva.

V: Ma io sono una ginnasta! Devo perseguire obiettivi elevati nel mio campo!

T: Certo! Non sto parlando del suo obiettivo di vincere le gare, ma del fatto che sembra abbia una valutazione di sé dipendente in modo predominante dagli obiettivi esigenti che si pone e raggiunge durante gli allenamenti e dai risultati sportivi che ottiene, nonostante le conseguenze avverse.

V: È vero. La mia valutazione è dipendente in gran parte da come mi alleno e dai risultati che ottengo nelle competizioni... ma lo *sport* rappresenta la mia vita. In questo periodo sono giù perché la mia prestazione sportiva è scarsa.

T: Capisco. Analizziamo in dettaglio le principali caratteristiche del perfezionismo clinico.

V: Va bene.

T: Pensa che i suoi obiettivi di allenamento siano molto elevati e inflessibili?

V: Umm... forse... sì.

T: Le sue colleghe mettono lo stesso sforzo che pone lei nell'allenamento?

V: No, molte delle mie compagne di ginnastica seguono unicamente il programma stabilito dal loro allenatore... infatti, alcune di esse mi hanno suggerito di allenarmi meno e rilassarmi. Ma loro sono delle mie rivali e... probabilmente sono gelose di vedere migliorare la mia prestazione.

T: Quando le hanno suggerito di allenarsi meno e di rilassarsi di più, si riferivano a qualcosa in particolare?

V: Sì, alla corsa che faccio la domenica e alle mie sedute di allenamento oltre a quelle previste in palestra.

T: Pensa che questi sforzi estremi, oltre a quelli richiesti, siano veramente utili per migliorare la sua prestazione sportiva?

V: Umm... non lo so. Io ho un problema alimentare e forse il peggioramento di questa dipende dal vomito... non lo so.

T: Va bene. Il suo allenatore è a conoscenza di tutti gli esercizi che lei fa oltre al programma di allenamento?

V: Sa che mi fermo in palestra dopo la fine dell'allenamento formale, ma non che corro la domenica.

T: Se lo sapesse, penserebbe che sia una buona idea?

V: Ehm... non credo proprio.

T: Si preoccupa spesso della sua prestazione?

V: Sì, per la maggior parte del tempo.

T: Anche quando una competizione è ancora lontana?

V: Le mie preoccupazioni sono più forti quando questa è vicina, ma sono presenti anche durante il periodo di allenamento.

T: Controlla spesso la sua prestazione?

V: Non capisco.

T: Scusi, non mi sono spiegato adeguatamente. Per controllo o *check* della prestazione intendo misurare come sta andando la stessa.

V: Ah! Ora capisco. Sì, dopo aver fatto una serie di esercizi, ripasso mentalmente la mia prestazione svariate volte alla ricerca degli errori. In aggiunta, se ne commetto alcuni molto evidenti ripeto la serie dall'inizio.

T: Esegue altri tipi di *check* della prestazione?

V: Umm... qualche volta, quando sono sola in palestra, provo la serie di esercizi come se fossi in gara per vedere quanto sono pronta.

T: Il suo giudizio sulla sua prestazione atletica è simile a quello del suo allenatore?

V: No, no. Il mio allenatore di solito è meno rigido rispetto a me.

[...]

T: Mi sembra che lei abbia un perfezionismo clinico espresso in due ambiti principali: il perseguimento e il raggiungimento di obiettivi estremi nella ginnastica e il controllo del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione.

V: Sì, sono d'accordo, ma non vedo il problema.

T: È un problema perché i suoi sforzi di soddisfare obiettivi sono così estremi che, invece di migliorare la sua prestazione, la peggiorano.

V: Mi può spiegare meglio questo concetto?

T: Per esempio, adottare regole dietetiche rigide ed estreme favorisce, come abbiamo più volte discusso, la comparsa di episodi bulimici e peggiora il controllo del peso. Mentre l'*overtraining*, per esempio il fare un'attività fisica oltre a quanto previsto dal piano di allenamento - interferendo con la capacità di recupero - può aumentare il rischio di infortuni, ostacolare i progressi, peggiorare la prestazione e il senso di benessere generale. Le ricordo inoltre che, se un atleta si infortuna, non è più in grado di allenarsi.

V: Sì, è vero - è quello che mi è successo.

T: Anche un eccessivo *check* della forma del corpo e della prestazione è problematico. Per esempio, il primo amplifica i difetti fisici che lei percepisce, aumenta la sua insoddisfazione corporea e la induce a intensificare le regole dietetiche, l'esercizio e il vomito. Allo stesso modo, il secondo, concentrandola selettivamente sugli errori e sugli obiettivi che non ha raggiunto, intensifica la sua preoccupazione nei riguardi della prestazione e la induce a incrementare l'impegno, l'intensità e la durata dell'allenamento.

V: Vedo - è un circolo vizioso.

Rivedere la formulazione personalizzata

L'analisi dei progressi e degli ostacoli al trattamento fornisce anche l'occasione per rivedere la formulazione personalizzata a cui va annesso, come meccanismo di mantenimento aggiuntivo, il perfezionismo clinico.

Decidere se usare la forma allargata o focalizzata della CBT-E

Veronica e il terapeuta si accordano sull'affrontare il perfezionismo clinico in un modulo aggiuntivo della fase tre e, di conseguenza, sul fatto che la CBT-E allargata sia la forma di trattamento più appropriata alle sue necessità.

Progettare la fase tre

La fase tre costituisce la parte centrale del trattamento, dove si affrontano

i meccanismi di mantenimento principali del disturbo dell'alimentazione. In questo caso, il terapeuta e Veronica concordano di affrontare i seguenti: (1) immagine corporea; (2) restrizione dietetica cognitiva; (3) eventi ed emozioni che influenzano l'alimentazione e (4) perfezionismo clinico. Il terapeuta suggerisce che la fase tre inizi affrontando l'immagine corporea contemporaneamente al perfezionismo clinico, perché questi sono i meccanismi di mantenimento che richiedono più tempo per essere trattati. Inoltre, egli si accorda con la paziente di affrontare dopo una settimana la restrizione dietetica cognitiva e gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione.

Fase tre (settimane 7-14)

Obiettivi

- affrontare l'immagine corporea e il perfezionismo clinico;
- affrontare la restrizione dietetica cognitiva;
- affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione;
- affrontare i passi indietro e gli stati mentali.

Affrontare l'immagine corporea e il perfezionismo clinico

L'immagine corporea e il perfezionismo clinico di Veronica vengono affrontati durante l'intero corso della fase tre. Le procedure e le strategie utilizzate per farlo sono le seguenti: (1) identificare l'eccessiva valutazione e le sue conseguenze; (2) promuovere l'importanza di altri domini di autovalutazione; (3) affrontare il *check* della forma del corpo e della prestazione e (4) affrontare la sensazione di essere grassa.

[...] *Trascrizioni selezionate - identificare l'eccessiva valutazione e le sue conseguenze.*

T: Ora suggerisco di discutere di un tema astratto e complesso: come le persone si valutano.

V: Ottimo.

T: Generalmente, le persone si valutano su come le cose procedono in vari ambiti della vita. Per esempio, su come vanno le relazioni con i genitori, la moglie, i figli e gli amici. Altri domini comuni di valutazione sono la prestazione lavorativa, scolastica o sportiva e gli interessi personali. Di solito, se le cose vanno bene nelle aree di vita utilizzate per valutarsi, una persona si sente bene. Mentre, se le cose vanno male, essa tende a sentirsi male.

V: È chiaro.

T: Per identificare i domini di vita che sono importanti, bisogna prestare attenzione all'intensità e alla durata della reazione negativa quando le cose non vanno bene in quel dominio.

- V: Sta facendo riferimento alla mia reazione quando la mia prestazione sportiva va male?
- T: Sì, ma anche a come reagisce quando ha un episodio bulimico o un piccolo aumento di peso.
- V: Umm... forse è così.
- T: Un modo per aiutare a comprendere com'è organizzato il nostro sistema di autovalutazione è disegnare un grafico a torta.
- V: Cosa? Un grafico a torta?
- T: Sì. Un grafico a torta che rappresenta il valore globale di una persona, e le sue fette che rappresentano le aree della vita che questa utilizza per valutarsi. Maggiore è la dimensione della fetta, maggiore è l'importanza che le attribuiamo. Tenendo in considerazione questi criteri, potrebbe disegnare adesso il suo grafico? Ricordi che per valutare la porzione di questo occupata da una fetta, dovrà pensare all'intensità e alla durata della sua reazione negativa quando le cose vanno male in quell'area specifica della sua vita.
- V: Va bene, ci provo (Veronica disegna il suo grafico a torta su un foglio).
- T: Guardando la torta che ha appena disegnato, quali considerazioni può fare?
- V: Bene... le fette che rappresentano la ginnastica e il mio corpo sono le più grandi. Forse anche quella che rappresenta il mio corpo e il mio peso è troppo grande, ma quest'altra mostra realmente quanta importanza io attribuisca alla ginnastica. Tuttavia, anche il peso e la forma del mio corpo sono importanti, perché devo essere leggera.
- T: Va bene. Come compito a casa, le chiederei di rivedere il suo grafico a torta e di ridisegnarlo nel retro delle schede di monitoraggio, cambiando la dimensione delle fette in base ai suoi comportamenti ed esperienze.
- V: Va bene.
- [...]
- T: Ha disegnato il grafico a torta?
- V: Sì, l'ho fatto.
- T: Ha trovato qualche difficoltà?
- V: No. Comunque, l'ultimo è molto simile a quelli che ho disegnato nelle precedenti sedute.
- T: Bene, le suggerisco di analizzare le conseguenze di avere un grafico come questo. Che cosa pensa?
- V: Umm... Non so. Forse se le cose vanno male in una di queste aree, mi sento male.
- T: Sì. Questo è il primo problema. È molto rischioso basare il valore di sé solo su uno o due domini... è come mettere tutte le uova in un unico

cestino - se le cose vanno male in queste aree (se il suo cestino cade), il suo valore inevitabilmente crolla.

V: Ha ragione, ma sono un atleta. È normale per me valutarci sulla base dei risultati che ottengo.

T: In parte è vero. Tuttavia, provi a pensare in prospettiva, al momento della sua vita in cui non sarà più in grado di portare avanti la carriera sportiva.

V: Non lo dica neppure! Sono terrorizzata da questo! Sarò solo una persona normale.

T: Non è questa una forma di valutazione di sé?

V: Umm... forse lo è.

T: Vede altri rischi?

V: Bene, è chiaro come questo sistema limiti il tempo che trascorro con i miei amici.

T: Sì, sono d'accordo. Noi chiamiamo questo effetto "marginalizzazione" di altre importanti aree di vita, come per esempio il mantenere le amicizie, l'avere una famiglia o altri interessi. Queste aree sono in genere molto importanti per sviluppare un sistema di autovalutazione stabile e bilanciato.

V: Sono d'accordo. Spesso mi sento sola.

T: Un altro problema che vedo nel suo grafico a torta è che le aree della ginnastica, del peso e della forma del corpo sono molto problematiche.

V: In che senso?

T: In alcune aree, come per esempio "lo sport" o "la forma del corpo", è impossibile ottenere un successo costante e duraturo. Per esempio, lei ha vinto varie competizioni, ma non è ancora soddisfatta. Ha anche un'ottima forma fisica, ma è ancora molto insoddisfatta perché pensa di non essere sufficientemente magra.

V: Sì, è vero.

T: Noto che è triste.

V: Sono un po' confusa.

T: Non si preoccupi - la discussione su questo argomento spesso genera reazioni negative. Ma potrà esserle utile per il suo futuro.

V: Sì, ho capito, ma come posso uscire da questa situazione?

A questo punto, il terapeuta disegna la "formulazione personalizzata allargata", in cui sono inclusi i principali meccanismi di mantenimento dell'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del raggiungimento di risultati nello sport (si veda la figura 9.3). Tale formulazione aiuta il terapeuta a spiegare come esistano due strategie principali per sviluppare un grafico a torta più articolato e bilanciato (cioè con un maggior numero di fette e nessuna dominante): (1)

aumentare il numero di fette sviluppando nuovi domini di autovalutazione (per esempio intraprendere un nuovo *hobby*) e (2) diminuire la dimensione delle due fette predominanti riguardanti rispettivamente il peso e la forma del corpo e i risultati sportivi, affrontando le loro principali espressioni (per esempio il *check* e l'evitamento del corpo, il *check* della prestazione, il sentirsi grassi e la restrizione dietetica cognitiva).

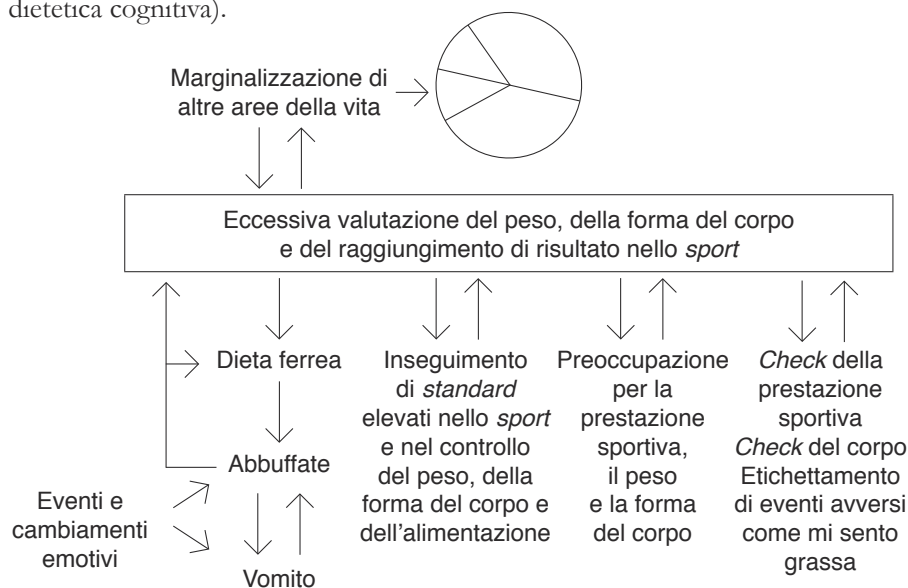


Figura 9.3 La formulazione personalizzata allargata di Veronica.

[...] *Trascrizioni selezionate - promuovere l'importanza di altri domini di autovalutazione.*

T: Una strategia fondamentale per ridurre il perfezionismo e l'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso è quella di promuovere l'importanza di altri domini di autovalutazione.

V: Ho compreso la teoria, ma la pratica non è facile. Per molti anni ho dedicato la maggior parte del mio tempo e delle mie energie a raggiungere obiettivi elevati nell'ambito della ginnastica artistica. Davvero non saprei che altro fare.

T: Capisco le sue difficoltà. Tuttavia, potrebbe prendere in considerazione qualsiasi attività o interesse che ha sempre voluto coltivare, ma non ne ha mai avuto la possibilità o, se è a corto di idee, perché non prova qualcosa che le sue compagne di squadra fanno nel loro tempo libero? Per superare l'eccessiva valutazione basata sul raggiungimento del risultato sportivo, è opportuno che le attività non richiedano una prestazione, ma siano fatte solo per piacere.

- V: Ehm... mi piacerebbe dedicare più tempo alla fotografia. È sempre stata una mia passione, ma non mi ci sono mai dedicata seriamente. Inoltre, mi piacerebbe riservare più tempo a guardare *film*, concerti e opere teatrali.
- T: Bene, perché non cerca di trovare un corso di fotografia e organizza la sua settimana in modo tale da poter vedere qualche *film* o spettacolo che le interessa? Magari con qualche amica?
- V: Sì, è una buona idea.
- T: Le consiglierei anche di fare altre cose che a volte sono considerate “una perdita di tempo”, come per esempio leggere un libro o una rivista, ascoltare la musica o contattare gli amici.
- V: Va bene. Mi piacerebbe fare tutte queste cose.
- T: Ottimo. Proviamo a monitorare le attività che esegue nell’ultima colonna della scheda di monitoraggio, in modo da poter affrontare nel prossimo incontro ogni ostacolo che incontra e cercare assieme delle soluzioni. Se dovesse incontrare qualche difficoltà, potrebbe utilizzare la procedura della risoluzione dei problemi proattiva che abbiamo discusso in precedenza.
- T: Va bene.

Il terapeuta, oltre a incoraggiare Veronica a utilizzare altri domini di autovalutazione, illustra anche le principali espressioni dell’eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del perfezionismo clinico. Il primo passo è educarla sul *check* della forma del corpo e della prestazione facendo diversi esempi. Il terapeuta, poi, le chiede di monitorare in tempo reale questi comportamenti per due periodi di 24 ore.

[...] *Trascrizioni selezionate - affrontare il check della forma del corpo:*

- T: Nell’ultimo incontro abbiamo discusso il ruolo del *check* della forma del corpo nel mantenere il problema alimentare, e le ho chiesto di monitorare ogni comportamento che ha notato nell’ultima colonna della scheda di monitoraggio per due periodi di 24 ore. Ha incontrato qualche difficoltà a fare questo?
- V: È stato complicato monitorare il *check* della forma del corpo in tempo reale. Comunque, ho cercato di fare del mio meglio.
- T: Molto bene. Ha qualche commento che vorrebbe fare sul monitoraggio che ha eseguito?
- V: Sì, faccio molti *check* del corpo, molti di più di quelli che pensavo.
- T: Possiamo vedere le schede? Eravamo d’accordo di monitorare un giorno in cui si allena e un altro in cui si riposa.
- V: Sì.

- T: Guardiamo quello in cui si allena. Vedo che si è guardata allo specchio immediatamente dopo essersi svegliata.
- V: Sì, lo faccio sempre.
- T: Quali parti del suo corpo ha scrutato?
- V: La mia pancia e le mie gambe.
- T: Per quale motivo?
- V: Per vedere se la prima è piatta e le seconde sono toniche.
- T: Qual è stato l'effetto di questo sul suo tono dell'umore?
- V: Generalmente, di mattina, non è troppo negativo... io non sono mai soddisfatta del mio aspetto, ma questo è il momento della giornata in cui lo sono di più.
- T: Noto che ha controllato il corpo allo specchio, prima e dopo l'allenamento.
- V: Sì, faccio sempre questo tipo di *check*.
- T: In queste occasioni, come si sente dopo?
- V: Mi sento molto grassa perché ho mangiato male.
- T: Che cosa significa "mangiare male"?
- V: Che ho preso i biscotti per colazione.
- T: Vedo che ha messo l'asterisco sulla scheda di monitoraggio.
- V: Sì, perché ne ho mangiati troppi.
- T: Quindi, se ho capito bene, stava pensando a quello che ha mangiato a colazione quando ha controllato la forma del suo corpo allo specchio?
- V: Sì.
- T: Quale specchio ha utilizzato per controllare il suo corpo?
- V: Quello dello spogliatoio in palestra.
- T: Ha osservato una parte specifica del suo corpo?
- V: Come al solito, la pancia e le gambe.
- T: Ne ha anche osservate altre?
- V: No, solo queste.
- T: Ha guardato il suo corpo allo specchio anche dopo l'allenamento?
- V: Sì, l'ho fatto.
- T: E in questa occasione come si è sentita?
- V: Un po' meglio di prima, ma mi ero allenata duramente.
- T: A suo parere, che cosa è cambiato rispetto alla volta precedente in cui si è guardata il corpo allo specchio?
- V: Mi sono allenata molto duramente.
- T: Vedo anche che ha avuto un episodio bulimico di sera.
- V: Sì, stavo pensando a tutto il cibo mangiato durante il giorno... mi sono sentita enorme e ho pensato che non ci fosse nient'altro da fare se non abbuffarmi e vomitare.

- T: Va bene. È chiaro. Diamo un'occhiata in dettaglio a quello che è successo.
- V: Va bene.
- T: Appena sveglia ha controllato la forma del suo corpo allo specchio di casa e si è sentita bene. Poi l'ha controllata prima dell'allenamento e si è sentita peggio, perché aveva mangiato troppi biscotti a colazione. Infine, si è sentita meglio dopo l'allenamento perché si era allenata duramente.
- V: Sì, è così che sono andate le cose.
- P: Pensa veramente che la forma del suo corpo possa cambiare così rapidamente e che mangiare qualche biscotto o fare allenamento possa avere un effetto immediato sulla forma della sua pancia e delle sue gambe?
- V: Effettivamente, vista in questo modo, sembra assurdo.
- T: Oltre a questo, quando guarda il suo corpo allo specchio, si concentra unicamente sulla pancia e sulle gambe. A suo parere, questo modo di osservarlo le permette di avere una visione obiettiva?
- V: Non lo so.
- P: Generalmente, quello che vediamo allo specchio dipende da come guardiamo il nostro corpo. In altre parole, troviamo quello che cerchiamo.
- V: In che senso?
- T: Per esempio, se uno osserva solo la sua pancia e le sue gambe in dettaglio e con un atteggiamento critico, è portato ad amplificare la percezione dei difetti. A me sembra che lei non guardi mai il suo corpo nella sua interezza, e non osservi le parti di questo che le piacciono e che considera neutre. Inoltre, qualche volta lo osserva quando si trova in uno stato emotivo negativo, e questo sembra peggiorare la percezione della sua forma del corpo.
- V: Sono d'accordo. Quindi, la conclusione è che devo prestare attenzione a come uso lo specchio.

Il terapeuta e Veronica, dopo questa discussione, decidono insieme di usare lo specchio in un modo più funzionale, che implica: (1) quando guardarsi (per esempio prima di uscire e non prima e dopo l'allenamento); (2) come guardarsi (per esempio osservare il corpo per intero senza concentrarsi su parti specifiche, e notare l'ambiente circostante per ottenere un'idea più accurata delle proporzioni dell'aspetto fisico); (3) perché guardarsi (per esempio per osservare se i vestiti sono a posto) e (4) dove guardarsi (per esempio usare solo uno specchio a casa e non controllare il corpo in altre superfici riflettenti come le vetrine dei negozi o lo specchio dello spogliatoio). Entrambi, inoltre, si accordano sull'interrompere le altre forme disfunzionali di *check* della forma del corpo, come per esempio la misurazione della circonferenza delle gambe o il pizzicamento del grasso

sottocutaneo. Infine, il terapeuta chiede a Veronica di registrare in tempo reale sulla scheda di monitoraggio tutti gli episodi di *check* della forma del corpo disfunzionali e i loro effetti.

[...] *Trascrizioni selezionate - affrontare il check del corpo:*

T: Com'è andata la gestione del *check* allo specchio?

V: È dura, ma ci sto lavorando.

T: Quali difficoltà ha incontrato?

V: Talvolta ho l'impulso a guardare il mio corpo allo specchio, ma cerco di pensare a quello che abbiamo detto sull'utilizzo di quest'ultimo in modo salutare.

T: Potrebbe esserle anche utile scrivere il motivo per cui non si deve guardare allo specchio su un biglietto promemoria e leggerlo quando ha l'impulso di farlo.

V: Va bene.

T: Che cosa potrebbe scrivere?

V: Umm potrei... potrei scrivere che non vale la pena fare il *check* del mio corpo allo specchio, perché ciò non fa altro che aumentare la mia insoddisfazione corporea e peggiorare il mio tono dell'umore.

T: Bene... e ha gestito l'uso dello specchio in modo funzionale?

V: Sto facendo del mio meglio per osservare il mio corpo per intero e l'ambiente circostante. È un modo diverso di guardarsi. Devo dire che qualche volta sono riuscita a non vederlo così negativamente... ma non voglio cantare vittoria troppo presto.

T: Capisco la sua prudenza. Tuttavia, prevedo che se continua a utilizzare lo specchio in questo modo funzionale la sua insoddisfazione per la forma del corpo diminuirà progressivamente.

Il terapeuta, dopo aver affrontato il *check* della forma del corpo, inizia a lavorare sulla sensazione di essere grassa di Veronica. Le spiega quindi come tale sensazione sia spesso la conseguenza di un etichettamento inaccurato di uno stato emotivo negativo, come per esempio la tristezza, o di uno stato fisico avverso, come per esempio il sentirsi pieni o gonfi, e possa anche essere causata da un *check* disfunzionale della forma del corpo. Incoraggia inoltre Veronica a registrare in tempo reale gli episodi in cui prova in modo intenso questa sensazione nell'ultima colonna della scheda di monitoraggio, e a riportare anche ogni stimolo che le sembri associato alla stessa.

[...] *Trascrizioni selezionate - affrontare la sensazione di essere grassa:*

T: Ha monitorato ogni momento in cui si è sentita grassa?

V: Sì. Ecco le schede relative.

T: Che cosa l'ha fatta sentire in quel modo?

V: Ero preoccupata per l'alimentazione perché stavo pianificando di mangiare un piatto di pasta per pranzo: un alimento che solitamente evito di assumere. Mi sono agitata e immediatamente mi sono sentita grassa.

T: Che cosa le suggerisce questo?

V: Che è l'ansia a farmi sentire in questo modo.

T: Sì... altrimenti non è comprensibile come possa essere ingrassata prima di mangiare.

V: Sì. È assurdo.

T: Vedo che la sensazione di essere grassa è aumentata nel pomeriggio.

V: Sì, dopo aver mangiato la pasta; non ho resistito a guardare la pancia allo specchio e questa è stata la conseguenza.

T: Che cosa ha capito da questa analisi?

V: Il *check* della forma del corpo intensifica la sensazione di essere grassa.

T: Molto bene. Oggi abbiamo compreso come quando si sente grassa ci sia qualcosa dietro a questa sensazione, e come questa non equivalga ad essere effettivamente grassi.

Poiché i meccanismi psicologici coinvolti sono molto simili, il terapeuta e Veronica affrontano il perfezionismo clinico simultaneamente all'immagine corporea negativa.

[...] *Trascrizioni selezionate - affrontare il perfezionismo clinico:*

T: Il perfezionismo, come il problema alimentare, è mantenuto da alcuni specifici comportamenti.

V: Sta facendo riferimento al *check* della prestazione?

T: Sì. Esso aumenta l'insoddisfazione a riguardo e, in alcuni casi, può condizionare negativamente l'allenamento e anche peggiorare la prestazione stessa. Alla fine, tende a rinforzare la valutazione negativa di sé.

V: Il meccanismo è abbastanza simile a quello del *check* della forma del corpo.

T: Ha ragione. È d'accordo a monitorare il *check* della sua prestazione e gli sforzi che mette, al di là di quello che il suo allenatore ha stabilito, nel migliorarla?

V: Sì. Per me migliorare la prestazione è vitale.

Il monitoraggio mostra come Veronica utilizzi i seguenti comportamenti di *check* della prestazione: (1) ripetere un esercizio continuamente; (2) ripetere mentalmente lo stesso concentrandosi solo sugli errori e (3) guardare la serie

di esercizi delle compagne di squadra concentrandosi solo sulle parti che esse eseguono correttamente. Ella ha anche identificato i seguenti sforzi eccessivi: (1) fare allenamento per un'ora e mezza oltre alla seduta programmata; (2) fare addominali a casa dopo l'allenamento stesso e (3) correre di domenica.

[...] *Trascrizioni selezionate - affrontare il perfezionismo clinico:*

T: Ha considerato gli effetti negativi di fare degli sforzi eccessivi per migliorare la sua prestazione sportiva?

V: Ho sempre pensato che per migliorare i miei risultati devo allenarmi in questo modo.

T: I suoi risultati sono migliorati nell'ultimo anno?

V: No. Sono peggiorati.

T: Penso che dobbiamo analizzare questo aspetto in dettaglio, magari utilizzando uno sportivo come esempio.

V: Va bene.

T: Un maratoneta deve pianificare il suo allenamento per la prossima maratona olimpica. Ha due possibilità. La prima è quella di allenarsi ogni giorno con un graduale aumento della distanza percorsa in chilometri, senza alcun giorno di riposo. La seconda è quella di allenarsi alternando corse di lunga distanza a un lavoro sulla velocità e a periodi di recupero. A suo parere, quale di queste è la migliore?

V: Capisco dove vuole arrivare. Direi la seconda.

T: Per quale motivo?

V: Perché include un periodo di allenamento e recupero per permettere al maratoneta di essere meno stanco.

T: Sono d'accordo. Le conseguenze negative degli sforzi eccessivi in allenamento sono la stanchezza e il peggioramento della prestazione sportiva. Inoltre, essi aumentano il rischio di infortuni.

V: Sì, sono d'accordo.

T: Inoltre, un atleta perfezionista solitamente reagisce al peggioramento della prestazione criticandosi, una reazione che a sua volta determina lo sviluppo di emozioni negative.

V: Sì, questo è quello che mi è successo.

T: Sembra che la sua autocritica abbia due conseguenze negative. La prima è l'aumento dei suoi sforzi nell'allenarsi, perché attribuisce la scarsa competitività nella prestazione a un allenamento insufficiente piuttosto che all'*overtraining*. La seconda è l'episodio bulimico, che a volte lei usa per modulare le emozioni negative associate al fallimento nel raggiungere gli obiettivi che si è posta di raggiungere nella prestazione sportiva. In questo caso, è evidente come il perfezionismo e il problema alimentare interagiscano.

- V: Sì. È corretto. Spesso sono tornata a casa delusa dalla mia scarsa prestazione e mi sono abbuffata per consolarmi.
- T: Come suggerisce di affrontare gli sforzi eccessivi di allenamento?
- V: Umm... Forse dovrei attenermi al programma dell'allenatore, senza fare di più... ma ho paura di allenarmi meno!
- T: Posso immaginare. Tuttavia prevedo che, com'è successo per l'alimentazione regolare, all'inizio sarà molto spaventata, ma poi la sua paura diminuirà quando vedrà che la sua prestazione non peggiorerà e potrà persino migliorare.
- V: Va bene. Voglio provarci.
- [...]
- T: Nella scheda di monitoraggio ha riportato di essersi sentita triste durante un esercizio.
- V: Sì. Ho perso l'equilibrio quando sono atterrata sul tappeto. Ho ripetuto l'esercizio, ma continuava a peggiorare.
- T: Si è arrabbiata?
- V: Sì... molto.
- T: Ha valutato se stessa sull'intero esercizio che ha eseguito?
- V: No, solo per la parte in cui ho perso l'equilibrio.
- T: Questo modo di valutare la sua prestazione è definito "attenzione selettiva", che, in parole più semplici, significa concentrarsi solo sugli errori.
- V: Ho capito; come quella durante il *check* della forma del corpo.
- T: L'attenzione selettiva aumenta l'insoddisfazione per la prestazione sportiva, perché concentra l'attenzione solo sulla parte dell'esercizio che non è andata per il verso giusto e determina pensieri di autocritica.
- V: Sì, mi capita spesso.
- T: Qual è la sua reazione ai pensieri di autocritica?
- V: Continuo a ripetere l'esercizio.
- T: Anche se è stanca?
- V: Sì.
- T: E qual è il risultato?
- V: Qualche volta completo l'esercizio bene, ma altre volte continuo a fare errori e termino l'allenamento completamente esausta e depressa.
- T: È come un mio paziente che aveva un perfezionismo clinico espresso nell'ambito dello "studio", che non passava al paragrafo successivo fino a che non aveva memorizzato perfettamente quello che stava studiando. Per fare questo, ripeteva il paragrafo continuamente fino a quando, esausto, si interrompeva e decideva di chiudere il libro. In questo modo, spesso, non terminava di leggere l'intero capitolo.

- V: Mi succede anche questo... ripeto una parte della mia serie più volte e se non va come dico io termino l'allenamento.
- T: È un comportamento associato al perfezionismo clinico definito "check eccessivo della prestazione".
- V: Sì, capisco... ma come posso interromperlo?
- T: Le suggerisco di fare questo compito per casa: dopo ogni serie, scriva le parti che ha eseguito bene e quelle con errori nell'ultima colonna della scheda di monitoraggio. In seguito provi ad assegnarsi un punteggio da zero a dieci per l'intera prestazione, dove "zero" è una serie piena di errori, e "dieci" una senza alcun errore. Le suggerisco, inoltre, di coinvolgere il suo allenatore in questo esercizio, chiedendo anche a lui di valutare la sua prestazione utilizzando la stessa scala.
- V: Penso che sia veramente un'ottima idea. In questo modo posso capire se il modo di valutare la mia prestazione è troppo severo.
- T: Poi, se il suo allenatore è d'accordo, potrebbe consegnargli il video della sua serie di esercizi, in modo tale che possa avere una visione più obiettiva della sua prestazione.
- V: Va bene.

Affrontare la restrizione dietetica cognitiva

Le regole dietetiche rigide ed estreme giocano un ruolo centrale nel mantenimento degli episodi bulimici di Veronica e delle sue preoccupazioni per l'alimentazione. Per affrontarle, il terapeuta utilizza le seguenti procedure: (1) aiutare Veronica a vedere la restrizione dietetica cognitiva come un problema; (2) educarla su tale restrizione e (3) suggerirle alcune strategie per identificare e affrontare le regole dietetiche e per reagire in modo funzionale alla loro rottura.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

- T: Nelle fasi uno e due abbiamo affrontato l'alimentazione regolare, che significa mangiare facendo tre pasti e due spuntini al giorno e non mangiare tra gli intervalli. Lei si è anche impegnata a fare porzioni normali.
- V: Sì.
- T: Ora dovremmo affrontare le sue regole dietetiche residue.
- V: Lei pensa stia mangiando troppo? Il mio peso è stabile.
- T: Il problema non è tanto l'assunzione di calorie, quanto piuttosto le regole dietetiche rigide ed estreme che applica al controllo dell'alimentazione. Chiamiamo questo controllo "restrizione dietetica cognitiva". Pensa di avere questo problema?
- V: Sì... sono ancora molto rigida e restringo la mia alimentazione. Però il peso è stabile e penso che se allentassi tale controllo questo aumenterebbe.

- T: È stabile perché lei alterna la restrizione dietetica agli episodi bulimici. Facendo così, sebbene vomiti dopo ognuno di questi, l'energia assunta pareggia quella spesa.
- V: Sì, lo so... con il vomito elimino solo una parte delle calorie assunte.
- T: Secondo lei per quale motivo è fondamentale affrontare la restrizione dietetica cognitiva per superare il problema alimentare?
- V: Perché non sarò mai libera.
- T: Che cosa significa "essere libera"?
- V: Eh... per esempio, non pensare costantemente all'alimentazione o dover evitare tutti gli alimenti che mi fanno ingrassare.
- T: Pensa che queste preoccupazioni possano interferire con la sua vita in generale?
- V: Penso di sì. Più volte ho rifiutato delle occasioni sociali, perché non sarei stata in grado di attenermi alle mie regole dietetiche.
- T: Bene. Inoltre, le regole dietetiche rigide ed estreme contribuiscono a mantenere gli episodi bulimici. Ha qualche idea del motivo?
- V: Sicuro! Quando mangio un alimento che dovrei evitare, perdo il controllo e mi abbuffo.
- T: Giusto! Evitare alcuni alimenti è un meccanismo di mantenimento del problema alimentare. Un altro è non mangiare mai carboidrati per cena. Questa regola, poiché rigida ed estrema, è difficile da seguire e - prima o poi - è inevitabile che la rompa. Quando lo fa, abbandona completamente il controllo dell'alimentazione e si abbuffa.
- V: Sì, mi riconosco in questo meccanismo. Mi obbligo a non mangiare mai carboidrati per cena. Ma se vedo un pezzo di pane sul tavolo, non resisto. Lo mangio senza pensarci e poi mi sento immediatamente grassa e mi abbuffo.
- T: È evidente come queste regole dietetiche non le permettano di interrompere gli episodi bulimici. Pertanto, il primo passo è quello di identificare le sue regole dietetiche residue. Possiamo guardare le schede di monitoraggio?
- V: ... in questa occasione ho pranzato a casa di mia nonna. Lei ha cucinato, come al solito, la pasta con molto olio di oliva. Il pane era sul tavolo e ho perso il controllo... ho mangiato tutto quello che aveva preparato, inclusa la torta. Poi, quando sono tornata a casa, ho continuato a mangiare.
- T: Qual è la regola dietetica che ha rotto?
- V: Non mangiare pane e pasta all'interno dello stesso pasto. Questo è un modo corretto di controllare il peso, giusto?
- T: Questa regola è un problema perché è molto rigida. Se la rompe, come si è verificato in questo caso, perde il controllo e si abbuffa e poi cerca di eliminare con il vomito le calorie ingerite.

Il terapeuta, a questo punto, suggerisce a Veronica di eseguire il compito a casa di individuare le regole dietetiche residue, registrandole sulla scheda di monitoraggio insieme alle conseguenze in cui pensa di incorrere se dovesse romperle. Le sedute successive si concentrano sull'aiutarla ad affrontare le regole dietetiche individuate e a valutare le conseguenze della loro rottura. Inoltre, il terapeuta le chiede di identificare tutti gli alimenti che evita per paura di aumentare di peso o di innescare un episodio bulimico. Successivamente le suggerisce di dividere i cibi evitati in quattro gruppi, classificati da uno a quattro sulla base del grado di paura che provocano, e di introdurli gradualmente all'interno della propria alimentazione partendo dal gruppo che fa meno paura. Veronica viene anche invitata a scrivere la parola "nuovo" nella scheda di monitoraggio accanto a ogni cibo in precedenza evitato introdotto nella propria alimentazione.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta:*

V: Ho iniziato a mangiare cinque biscotti con latte a colazione tutta la settimana, ma ieri ne ho mangiati sette... ho cercato di resistere, perché non riesco ad allenarmi dopo un'abbuffata, ma ho perso il controllo. Ho bevuto un sacco di latte e ho mangiato l'intera scatola di biscotti. Perché è successo, se li avevo già mangiati per una settimana? Non li stavo evitando.

T: Bene, è evidente come questo episodio bulimico non sia stato determinato dall'evitamento di un alimento. Possiamo analizzare questo evento interessante? Come ha preparato i biscotti che intendeva mangiare per colazione?

V: Li ho presi uno per volta dalla scatola e ho contato fino a cinque.

T: Fa questo ogni mattina?

V: Sì, ogni mattina ne mangio cinque.

T: Perché solo cinque?

V: Perché è il giusto numero.

T: Per quale motivo deve mangiarne lo stesso numero ogni mattina?

V: Perché in tal modo sono certa che sto mangiando lo stesso numero di calorie e so che non mangerò troppo.

T: Non pensa che sia una regola dietetica troppo rigida?

V: Sì, lo so... ma cosa posso fare?

T: Prima di tutto, cercherei di mangiare un differente numero di biscotti ogni mattina.

V: È impossibile! Se ne mangiassi sette, mi sentirei in colpa... sarebbero troppi.

T: Le suggerisco, al fine di imparare come mangiare un paio di biscotti in più non abbia alcun effetto sul peso, di mettersi in tasca tre foglietti ripiegati, con tre numeri diversi che rappresentano il numero di biscotti

da mangiare. Poi, prima di colazione, dovrebbe prendere a caso uno dei foglietti e mangiare il numero di biscotti che vi è riportato. Dovrebbe anche ricordarsi come per recuperare un chilo debba mangiare settemila calorie in più rispetto a quelle che di solito assume, e come due biscotti non ne contengano più di sessanta-ottanta.

V: Sì, ha ragione; mi piace l'idea della scelta a caso. Mi permette di mangiare più biscotti senza sentirmi in colpa e quindi di correre un minor rischio di perdere il controllo.

Affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione

Le abitudini alimentari di Veronica sono spesso influenzate da eventi esterni, in particolare legati alla sua prestazione sportiva, e dai cambiamenti emotivi ad essi associati, e questa associazione è diventata più evidente con la progressiva riduzione della restrizione dietetica cognitiva. Quando Veronica sperimenta emozioni negative si abbuffa, sia per distrarsi dalle preoccupazioni per la propria prestazione sportiva sia per modulare le emozioni negative sperimentate. Per far fronte a questo meccanismo di mantenimento, il terapeuta le illustra l'uso di due procedure. La prima è quella di risoluzione di problemi proattiva per affrontare gli eventi che possono determinare cambiamenti di umore, prima che essi accadano. La seconda consiste nell'uso di strategie più funzionali per modulare l'umore stesso e per far fronte ai cambiamenti emotivi senza ricorrere agli episodi bulimici.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Nell'ultimo incontro abbiamo discusso di come utilizzare la procedura di risoluzione dei problemi in un modo proattivo per far fronte agli eventi che potrebbero influenzare la sua alimentazione. Le ho anche suggerito di leggere la sezione del libro *Come vincere i disturbi dell'alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale* (Dalle Grave, 2012b), che descrive l'applicazione di questa procedura. L'ha utilizzato?

V: Sì, l'ho utilizzato un paio di volte per affrontare il *check* della prestazione che, come sa, concentra la mia attenzione sugli errori, facendomi rattristare e arrabbiare con me stessa... due emozioni negative che determinano l'episodio bulimico.

T: Ha riportato i passi della procedura di risoluzione dei problemi nella scheda di monitoraggio?

V: Sì. Questo è il giorno.

T: Vedo che ha scelto la soluzione di fare il *check* della prestazione di un esercizio solo due volte e poi di passare a un altro esercizio. Ha funzionato?

V: Sì, è stato utile. Non ho avuto emozioni negative e non mi sono abbuffata.

[...]

V: La notte scorsa ero un po' giù e stanca.

T: Ha applicato le strategie per affrontare i cambiamenti emotivi?

V: Sulla base di quanto abbiamo discusso negli ultimi incontri, non appena ho notato uno sono uscita dalla cucina e sono andata in soggiorno. Poi mi sono detta che era solo un'emozione e che ero perfettamente in grado di gestire questo cambiamento senza abbuffarmi. Ho fatto un bagno caldo e rilassante. In seguito ho letto un libro e sono andata a dormire. Altre volte in occasioni come questa mi sarei abbuffata, ma ieri ho mantenuto il controllo. Sono orgogliosa di questo.

T: Molto bene. Cerchi di applicare queste strategie ogni volta che nota un cambiamento emotivo.

Gli effetti di questi e altri interventi cognitivo-comportamentali

Le procedure e le strategie applicate nel trattamento hanno prodotto una progressiva erosione delle principali espressioni dell'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione (per esempio il *check* della forma del corpo e l'evitamento della sua esposizione, il sentirsi grassa, la restrizione dietetica cognitiva, l'esercizio fisico eccessivo, gli episodi bulimici e il vomito autoindotto) e della prestazione atletica (per esempio gli sforzi eccessivi, il *check* della prestazione). Questo effetto è stato rafforzato dalla crescente importanza attribuita ad altri domini di autovalutazione, e dall'aver affrontato i cambiamenti dell'alimentazione associati agli eventi e alle emozioni.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

V: Mi sento una persona totalmente diversa, rinata. È come se avessi indossato una maschera negli ultimi anni e adesso l'avessi buttata via. Sento di poter rendere meglio in quello di cui ho bisogno senza l'ansia e la paura che ero solita sperimentare. Mi sento veramente leggera, non solo fisicamente, ma anche emotivamente. Quando vedo il mio corpo, non posso dire che mi piaccia, ma lo osservo in modo più distaccato. La cosa più importante è che mi sento libera. Quando vado ad allenarmi, non provo più quel senso di oppressione e tristezza che ha caratterizzato gli ultimi anni. Vado in palestra con più entusiasmo - è come se fossi tornata ad avere quello di quando ho iniziato la mia carriera - e trovo piacevole allenarmi.

Esplorare l'origine dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo

Verso la fine della fase tre, il terapeuta esplora con Veronica i potenziali fattori di rischio della sua eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. Entrambi concludono che la ginnastica ad alti livelli, la necessità di avere un corpo sottile e tonico e il perfezionismo clinico sono stati potenziali fattori di rischio coinvolti nello sviluppo del problema alimentare, mentre i commenti critici dell'allenatore sul suo peso e sulla forma del suo corpo, le misurazioni del peso stesso eseguite in palestra e gli stati emotivi negativi conseguenti, il mal di schiena e l'insoddisfazione per la prestazione sportiva potrebbero averne innescato l'insorgenza. Infine, hanno concluso che il problema alimentare si è mantenuto inizialmente a causa della sensazione positiva di avere il controllo e dei commenti positivi ricevuti dall'allenatore associati all'uso della dieta e di altri comportamenti estremi di controllo del peso, in seguito in virtù dei vari meccanismi di mantenimento che sono gradualmente comparsi e che sono stati descritti per esteso nella sua formulazione. Questa analisi ha aiutato Veronica a capire come il proprio problema alimentare si sia sviluppato e rinforzato, aiutandola a sentirsi meno in colpa e a normalizzare la propria esperienza. Inoltre, le ha permesso di comprendere la natura autopertuante dello stesso, e come le funzioni positive percepite nella prima fase del suo sviluppo non operassero più in un secondo momento.

Affrontare i passi indietro e gli stati mentali

Verso la fine della fase tre, Veronica sperimenta periodi prolungati senza avere preoccupazioni per il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione, attivando stati mentali pertinenti alle situazioni via via affrontate. Per esempio, quando è fuori con gli amici il sabato sera, non pensa a quello che dovrebbe mangiare o al peso e alla forma del suo corpo. In questa fase, il terapeuta la aiuta a controllare lo stato mentale del problema alimentare introducendo tre principali strategie: (1) identificare gli eventi che possono riattivare tale stato mentale; (2) riconoscere i primi segnali del problema alimentare e (3) decentrarsi dallo stato mentale in questione.

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Ha pensato agli eventi che potrebbero riattivare lo stato mentale del problema alimentare?

V: Sì. Ce ne sono molti possibili.

T: Mi può fare qualche esempio?

V: Alcuni sono legati all'alimentazione e al peso, come per esempio avere un'abbuffata o vedere sulla bilancia che quest'ultimo è aumentato. Altri sono legati alla mia prestazione sportiva, per esempio al subire delle critiche dall'allenatore o al non vincere una competizione. Altri ancora sono legati

alle mie emozioni e relazioni interpersonali, per esempio all'aver una discussione con un amico.

T: Molto bene. Le suggerisco di aggiungere alla lista ogni evento che potrebbe favorire la restrizione della sua alimentazione, anche per motivi diversi da quello di cercare di perdere peso, come per esempio mangiare meno in conseguenza di una malattia.

V: Sì, sono d'accordo.

T: È importante anticipare questi eventi utilizzando la procedura di risoluzione dei problemi in modo proattivo per situazioni come quella di litigare con un amico.

V: Ho utilizzato spesso questa procedura e devo dire che funziona.

T: Comunque, alcune volte non può prevenire gli eventi e la riattivazione dello stato mentale del problema alimentare. In questi casi, bisogna riconoscere i primi segnali della sua riattivazione e quelli che noi chiamiamo i "passi indietro". Ha notato quali sono questi primi segnali?

V: Ehm... forse fare il *check* della forma del corpo allo specchio e restringere la mia alimentazione... o avere un'abbuffata... o aumentare il tempo dedicato ad allenarmi.

T: Bene. Quando fa un passo indietro come quelli che mi ha appena descritto, dovrebbe cercare di decentrarsi immediatamente dallo stato mentale del problema alimentare facendo esattamente il contrario.

V: Che cosa significa "fare il contrario"?

T: Intendo, per esempio, mangiare regolarmente invece di restringere l'alimentazione.

V: Ho capito.

T: La strategia è quella di decentrarsi immediatamente dallo stato mentale. In caso contrario, i meccanismi di mantenimento del problema alimentare entrano di nuovo in azione e diventa poi difficile disattivarli.

Fase quattro (settimane 15-20)

Obiettivi

- affrontare le preoccupazioni per la fine del trattamento;
- interrompere le procedure del trattamento stesso;
- assicurarsi che i progressi siano mantenuti;
- ridurre il rischio di ricaduta a lungo termine.

La fase quattro include tre sedute ogni due settimane (sedute 18, 19 e 20). La struttura delle stesse è simile a quella delle precedenti, ma si focalizza più sul futuro che sul presente.

Affrontare le preoccupazioni per la fine del trattamento

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: È preoccupata del fatto che il trattamento stia per terminare?

V: Da una parte sì, ma dall'altra sono felice, soprattutto considerando i risultati che ho raggiunto.

T: Deve ricordare che, anche se la terapia è terminata, i suoi progressi continueranno se proseguirà ad applicare le strategie e le procedure che ha appreso.

V: Lo spero.

T: Ho visto molti pazienti che continuano a migliorare dopo la fine del trattamento. In particolare, quando li vedo di nuovo dopo venti settimane, riportano una ulteriore diminuzione della preoccupazione per il peso e la forma del corpo.

V: È confortante. Spero che capiti anche a me.

T: Per quanto possa sembrare strano, non sarà possibile capire quanto è veramente migliorata senza concludere il trattamento. Lo sa bene: arriva un momento in cui ogni nuotatore alle prime armi deve lasciare i braccioli. Penso che questo sia il momento giusto per applicare tutte le cose che ha imparato senza il mio aiuto.

V: Sono d'accordo.

T: Comunque, tra venti settimane faremo una seduta di revisione per vedere come sono andate le cose e discutere dei problemi che ha incontrato durante questo periodo.

Interrompere le procedure del trattamento

Nella seduta 18, il terapeuta chiede a Veronica di interrompere il monitoraggio, sia perché non è opportuno utilizzare questo strumento a tempo indeterminato sia per vedere l'effetto della sospensione di questa procedura mentre lei è ancora in trattamento. Veronica viene invitata a sospendere il monitoraggio, cosa che non produce alcuna reazione negativa. Nella seduta 18, il terapeuta sospende la misurazione del peso in seduta e le suggerisce di continuare a misurarlo a casa una volta alla settimana nello stesso giorno, di continuare a compilare il grafico del peso e di interpretare le modificazioni ponderali facendo sempre riferimento alle ultime quattro settimane.

Assicurarsi che i progressi siano mantenuti

[...] *Trascrizioni selezionate dalla seduta.*

T: Quali fattori di mantenimento residui pensa sia necessario affrontare senza il mio aiuto nelle prossime venti settimane?

V: Ehm... non lo so.

T: Bene, la aiuto a decidere. Facciamo una lista dei problemi che abbiamo

incontrato durante il trattamento. Iniziamo dalla restrizione dietetica cognitiva.

V: Va bene. Ho introdotto diversi alimenti che evitavo, come il pane e la pasta, ma sto ancora evitando i dolci. Potrei includerli nella mia alimentazione.

T: Bene. E per quanto riguarda l'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso?

V: Adesso mi sento a posto con il mio corpo. Comunque, farò del mio meglio per mantenere altri interessi e non concentrarmi esclusivamente su di esso e sulla mia prestazione sportiva. Devo anche fare attenzione a non confrontarli con quelli delle mie compagne, e a non concentrarmi sulla pancia e sulle gambe quando mi guardo allo specchio.

T: E quando si sente grassa?

V: Cercherò di capire che cosa determina questa sensazione.

T: Molto bene. E che cosa ne pensa degli episodi bulimici residui?

V: Fortunatamente non ho abbuffate da molto tempo.

T: Si ricorda come affrontare tali episodi?

V: Sì. Dovrei considerarli un fenomeno interessante da cui posso apprendere i motivi che li determinano.

T: E poi?

V: Umm... forse dovrei applicare la procedura di risoluzione dei problemi per prevenire altre abbuffate?

T: Molto bene. Ricorda i principali motivi che hanno determinato i suoi episodi bulimici residui?

V: Sì. L'aver rotto una regola dietetica o l'aver avuto un cambiamento emotivo.

T: Quali strategie potrebbe applicare per affrontare questi meccanismi?

V: Prima di tutto devo seguire delle linee guida alimentari in modo flessibile. Poi, quando noto un cambiamento emotivo, devo allontanarmi da situazioni in cui è disponibile del cibo, accettare l'emozione e fare qualcosa per distrarmi.

T: Bene. Infine, le consiglio di fare pratica nell'identificare i segni precoci dell'attivazione dello stato mentale del problema alimentare e di decentrarsi da esso facendo il contrario.

V: Va bene, lo farò.

Ridurre il rischio di ricaduta a lungo termine

Ridurre il rischio di ricaduta a lungo termine rappresenta l'intervento centrale della fase quattro. La tabella 9.2 mostra il piano di mantenimento di Veronica, nel quale ha inserito sia i problemi su cui concentrarsi nelle successive 20 settimane sia le principali strategie e procedure da utilizzare per prevenire la ricaduta a lungo termine.

TABELLA 9.2. PIANO DI MANTENIMENTO DI VERONICA

Questo documento è importante. Mi aiuterà ad affrontare i problemi residui e a ridurre il rischio di ricaduta dopo la fine della terapia. Lo leggerò una volta la settimana.

Problemi sui quali cercherò di concentrarmi nelle prossime 20 settimane

- Restrizione dietetica:
 - non eviterò carboidrati e cercherò di introdurre dolci, che sto ancora evitando.
- Esercizio fisico eccessivo e compulsivo:
 - eviterò di praticare l'allenamento eccessivo e seguirò unicamente il programma di allenamento proposto dal mio allenatore.
- Mantenimento del peso:
 - continuerò a misurare il peso una volta a settimana di lunedì;
 - cercherò di mantenere quest'ultimo tra 42,5 e 45,5 kg;
 - se esso scenderà sotto i 42,5 kg in due letture consecutive contatterò il terapeuta.
- Preoccupazioni per la forma del corpo e il peso:
 - affronterò i comportamenti residui di *check* allo specchio e di confronto (con le mie compagne di squadra);
 - se mi sentirò grassa, cercherò di identificare i veri motivi e di etichettare correttamente la sensazione;
 - lavorerò per aumentare il tempo dedicato agli interessi della vita oltre alla ginnastica e al controllo del corpo.

Strategie per ridurre il rischio di passi indietro

- Eviterò la dieta e soprattutto di evitare i carboidrati.
- Eviterò di eseguire *check* disfunzionali della forma del corpo.
- Eviterò di fare un *check* eccessivo della prestazione sportiva.
- Eviterò di fare sforzi eccessivi per migliorare la prestazione atletica.
- Userò la procedura di risoluzione dei problemi in modo proattivo per affrontare i problemi che possono portarmi all'abbuffata.
- Cercherò di accettare i cambiamenti emotivi e di modulare il mio umore senza abbuffarmi. In queste circostanze ascolterò della musica, leggerò un libro o farò un bagno caldo.

Circostanze che possono aumentare il rischio di passi indietro

- Prestazione sportiva negativa.
- Infortuni.
- Difficoltà interpersonali.
- Aumento di peso.
- Emozioni negative.

Segnali di allarme precoci di ricaduta

- Evitare i carboidrati.
- Avere un'abbuffata.
- Riprendere il *check* disfunzionale della forma del corpo.
- Evitare di pesarsi.
- Riprendere l'esercizio fisico eccessivo.

Affrontare gli stimoli attivanti e i passi indietro

- Identificherò gli stimoli.
- Cercherò di prevenire questi ultimi usando la procedura di risoluzione dei problemi in modo proattivo.
- Etichetterò i passi indietro come scivolate e non come ricadute.
- Se avrò un passo indietro tornerò immediatamente in carreggiata.
- Farò l'opposto di quello che lo stato mentale del problema alimentare mi porta a fare.

Follow-up

Durante il periodo di *follow-up*, Veronica ha mantenuto il proprio peso adottando linee guida alimentari flessibili. Non ha riportato episodi bulimici, vomito autoindotto, esercizio fisico eccessivo o preoccupazioni intense per il peso e la forma del corpo. Per quanto non abbia raggiunto i risultati che aveva prima dell'esordio del disturbo dell'alimentazione, la sua prestazione è migliorata. Per finire, ha iniziato a frequentare un collega sportivo.

La tabella 9.3 mostra lo stato clinico di Veronica durante il trattamento e alle sedute tenute alle settimane 20 e 40 di *follow-up*.

**TABELLA 9.3. STATO CLINICO DI VERONICA PRIMA DEL TRATTAMENTO,
DOPO 4 SETTIMANE, ALLA FINE DEL TRATTAMENTO STESSO,
A 20 E 40 SETTIMANE DI FOLLOW-UP.**

	Prima	Dopo 4 settimane	Fine trattamento	20 settimane di follow-up	40 settimane di follow-up
Peso (kg)	44,0	43,5	43,5	44,0	43,5
IMC (kg/m ²)	21,7	21,0	21,0	21,7	21,0
EDE-Q					
Globale	5,4	4,2	0,2	0,2	0,4
Restrizione	5,2	4,4	0,2	0,0	0,2
Preoccupazione per l'alimentazione	4,8	3,6	0,2	0,4	0,3
Preoccupazione per il peso	5,9	4,4	0,2	0,0	0,7
Preoccupazione per la forma del corpo	5,8	4,3	0,2	0,2	0,6
Episodi bulimici oggettivi, n°	8	4	0	0	0
Episodi bulimici soggettivi, n°	8	3	0	0	0
Vomito autoindotto, n°	16	4	0	0	0
Uso di lassativi, n°	0	0	0	0	0
Uso di diuretici, n°	0	0	0	0	0
CIA	37	34	25	10	10

Nota: EDE-Q = *Eating Disorder Examination Questionnaire*; CIA = *Clinical Impairment Assessment*.

LE SFIDE FUTURE

La CBT-E, una forma specifica di terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi dell'alimentazione, ha compiuto numerosi progressi nel corso degli ultimi dieci anni. I più importanti sono stati senza dubbio lo sviluppo della teoria transdiagnostica, l'approccio individualizzato focalizzato sulla psicopatologia piuttosto che sulla diagnosi DSM, e lo sviluppo di trattamenti per tutti i livelli di cura, dalla terapia ambulatoriale al ricovero.

La CBT-E è stata testata in tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione in studi eseguiti in Inghilterra, Australia, Danimarca, Germania, Italia e USA. I risultati hanno evidenziato qualche variabilità nel tasso di risposta, che può essere dovuta a differenze nei campioni dei pazienti e alla qualità del trattamento fornito. Colpisce come i risultati migliori siano stati ottenuti da studi in cui era stata eseguita una supervisione del gruppo CREDO di Oxford e una valutazione accurata della somministrazione del trattamento. Questi studi sono stati eseguiti in Inghilterra (Oxford e Leicester), Danimarca, (Copenaghen) e Italia (Verona-Garda).

Se ci si focalizza su di essi, i dati indicano come circa l'80% dei pazienti non sottopeso completi il trattamento, e di questi circa tre quarti raggiunga una guarigione piena mantenuta nel tempo. Un elevato numero dei rimanenti pazienti migliora ma non raggiunge la guarigione. Il tasso di risposta è simile nei pazienti sottopeso, ma il trattamento viene completato nel 65% dei casi.

I risultati della ricerca possono essere sintetizzati nel modo seguente:

- la CBT-E ha dimostrato di essere adatta per curare tutte le categorie

diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione, ed è l'unico trattamento disponibile che può essere considerato transdiagnostico;

- nella bulimia nervosa, è risultata superiore a tutti i trattamenti psicologici con cui è stata confrontata, inclusi la psicoterapia psicoanalitica e la terapia interpersonale;
- ha dimostrato risultati promettenti per il trattamento dei pazienti adulti affetti da anoressia nervosa;
- ha dimostrato risultati promettenti per il trattamento dei pazienti adolescenti affetti da anoressia nervosa e sembra essere una potenziale alternativa al trattamento basato sulla famiglia;
- può essere usata con ottimi risultati a livello ambulatoriale intensivo e ospedaliero;
- per ottenere effetti ottimali, i terapeuti necessitano di ricevere una formazione adeguata all'applicazione della stessa.

Nonostante questi risultati incoraggianti, c'è ancora una lunga strada da percorrere e molte sfide restano da affrontare.

La prima è quella di disseminare il trattamento. Attualmente, pochi terapeuti utilizzano la CBT-E ambulatoriale, e le *équipe* che applicano la CBT-E ambulatoriale intensiva e/o ospedaliera si contano sulle dita di due mani. È evidente come i metodi tradizionali di promozione delle psicoterapie basate sull'evidenza (per esempio le pubblicazioni scientifiche, i seminari di uno o due giorni e i manuali di trattamento) non siano sufficienti per consentire ai terapeuti di sviluppare le competenze necessarie per applicare la CBT-E ai diversi livelli di cura. Questo libro, sebbene illustri in dettaglio come trattare casi clinici complessi e applicare la CBT-E *multistep* nel mondo reale, va integrato con una formazione specialistica seguita, possibilmente, da una supervisione clinica.

Questa è stata la filosofia che mi ha portato a progettare e a implementare il *master* in terapia e prevenzione dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità per il conseguimento del *First Certificate of Professional Training in Eating Disorders and Obesity*. Il *master*, che ha sede a Verona e ha una durata di un anno, offre una formazione intensiva nella CBT-E *multistep*, usando un approccio didattico interattivo che associa alle lezioni frontali l'osservazione di sedute simulate della CBT-E applicate a diversi livelli di cura e numerosi *role-playing* di comuni situazioni cliniche. Una caratteristica distintiva di tale *master* è l'individualizzazione dei *role-playing* per formare i terapeuti (medici, psicologi, dietisti e infermieri) a lavorare all'interno di un'*équipe* multidisciplinare non eclettica, come è raccomandato nei livelli intensivi di cura della CBT-E *multistep*. Il *master* ha già formato più di 500 professionisti, e numerose *équipe* multidisciplinari non eclettiche stanno applicando la CBT-E *multistep* in Italia. Purtroppo, un percorso così progettato non risolve il

problema della disseminazione globale della CBT-E *multistep* stessa, perché può essere offerto ogni anno solo a un numero limitato di terapeuti. Inoltre, alcuni di questi non hanno il tempo e la possibilità economica di intraprendere una formazione intensiva di questo tipo.

Una potenziale strategia per superare questi ostacoli è rappresentata dal cosiddetto “*web-centred training*”, che ha la potenzialità di formare un grande numero di terapeuti simultaneamente. Questa innovativa modalità di formazione è in fase di valutazione presso il centro CREDO di Oxford. Il *training* viene effettuato tramite un sito *web* che descrive e illustra la CBT-E nei dettagli, e incorpora delle caratteristiche che aiutano gli allievi ad apprendere le procedure principali del trattamento. Tale *training* può essere svolto da soli (“*training* indipendente”) o con il supporto di una guida non specialista (“*training* guidato”). Il centro CREDO ha anche sviluppato una misura per valutare la competenza del terapeuta nella CBT-E. Il vantaggio principale del *web-centred training* consiste nella sua scalabilità, ovvero nella possibilità di formare un numero indefinito di terapeuti in tutto il mondo a basso costo, fornendo le conoscenze e le competenze necessarie per implementare bene il trattamento. Questa strategia di formazione, sebbene abbia la potenzialità di superare i principali ostacoli alla disseminazione della CBT-E, non fornisce una formazione per i livelli intensivi di cura e per lavorare in *équipe*, come accade abitualmente nel mondo reale. Inoltre, la mancanza del contatto faccia a faccia tra docente e allievo può limitare lo sviluppo dell’entusiasmo e della curiosità nei discenti, e l’adattamento del processo di apprendimento alla capacità e al livello di motivazione del singolo allievo. Allo stesso modo, il docente può essere sicuro che l’allievo abbia assorbito il *know-how* e le competenze necessarie per somministrare correttamente la terapia solo quando lo osserva in azione durante la somministrazione della CBT-E in una situazione clinica reale.

Questo mi porta a discutere della seconda sfida che riguarda la disseminazione della CBT-E *multistep*, e cioè quella di aiutare i terapeuti a somministrare correttamente il trattamento. In particolare, i due errori che ho più comunemente osservato durante le mie supervisioni cliniche sono l’introduzione di strategie e procedure da altre pratiche psicoterapeutiche e la deviazione dal protocollo per aiutare i pazienti con gravi disturbi dell’alimentazione e comorbidità o che hanno un progresso lento o assente. È bene sapere che i dati disponibili indicano come l’utilizzo della CBT-E in combinazione con trattamenti concettualmente differenti non migliori il risultato e possa, al contrario, aumentare il rischio di confondere i pazienti e ostacolare il processo che porta alla guarigione. L’esperienza clinica dei terapeuti che utilizzano la CBT-E suggerisce anche che, maggiore è la gravità del disturbo dell’alimentazione, tanto più l’intervento dovrebbe essere focalizzato sui meccanismi specifici più potenti che mantengono la psicopatologia (per esempio, la restrizione calorica e il basso peso). Allo stesso modo, con i pazienti che hanno

un progresso lento o assente, è preferibile perseverare nella CBT-E, cercando di capire e affrontare i motivi che ostacolano il cambiamento. Detto questo, nel caso in cui le barriere al cambiamento stesso appaiano insormontabili, è consigliabile intensificare il trattamento (per esempio suggerendo la CBT-E ambulatoriale intensiva o ospedaliera) piuttosto che prolungare la CBT-E o utilizzare altri approcci psicoterapeutici.

Implementare bene la CBT-E *multistep* nell'ambito dei livelli intensivi di cura, dove opera un'*équipe* multidisciplinare, è molto complesso. Tuttavia, sulla base della mia esperienza di supervisione a *équipe* multidisciplinari in Italia, presso la casa di cura Villa Garda, e in Norvegia - presso i centri per la cura dei disturbi dell'alimentazione delle università di Bergen e Oslo - posso suggerire alcune strategie per aiutare a migliorare l'aderenza delle *équipe* alle procedure della CBT-E. Innanzitutto è essenziale selezionare accuratamente i terapeuti, scegliendo non solo quelli più bravi disponibili, ma soprattutto coloro che sono fortemente motivati a lavorare in un'*équipe* CBT-E. In secondo luogo, è fondamentale pianificare un periodo di formazione intensiva di circa 6-12 mesi per i nuovi membri dell'*équipe*. Durante questo periodo, i terapeuti in formazione dovrebbero essere incoraggiati a studiare i manuali della CBT-E (Dalle Grave, 2012; Fairburn, 2008a) in dettaglio, ad ascoltare le sedute registrate dei colleghi più anziani e a partecipare alle riunioni di gruppo settimanali. Inoltre, quando cominciano a vedere i pazienti, dovrebbero essere incoraggiati a riguardarsi prima di ogni seduta le sezioni dei manuali CBT-E che descrivono la fase specifica del trattamento per applicare correttamente il protocollo previsto. È raccomandabile inoltre che siano organizzati settimanalmente incontri di supervisione tra pari, per fornire uno spazio a tutti i membri dell'*équipe* per discutere il loro lavoro clinico liberamente. In aggiunta, come accade negli studi clinici condotti sulla CBT-E, lo psicologo che esegue le sedute individuali dovrebbe essere sostituito da un altro terapeuta CBT-E durante la sua assenza, per garantire la continuità e la coerenza della cura. In questo caso è consigliabile registrare, con il consenso del paziente, l'ultima seduta individuale CBT-E e farla ascoltare al terapeuta sostituito. Infine, il responsabile dell'*équipe* dovrebbe monitorare periodicamente la fedeltà di ogni terapeuta al protocollo di trattamento, e stroncare sul nascere qualsiasi deviazione dallo stesso. Nella maggior parte dei casi, è sufficiente parlare apertamente con il terapeuta non aderente per farlo tornare sulla retta via. Tuttavia, quest'ultimo dovrebbe essere invitato a lasciare l'*équipe* qualora persista nella deviazione suddetta.

La terza sfida importante che i terapeuti devono affrontare consiste nel capire come e quando semplificare o intensificare il trattamento. È chiaro che alcuni pazienti possono guarire con versioni brevi e semplificate della CBT-E *multistep*, come l'autoaiuto guidato, mentre altri richiedono un trattamento intensivo

prolungato come la CBT-E ospedaliera. Purtroppo, non disponiamo ancora di predittori clinici affidabili dei risultati del trattamento a diversi livelli di cura. Allo stesso modo, dobbiamo ancora comprendere quali siano gli elementi inattivi e attivi del trattamento stesso, una conoscenza che permetterebbe di eliminare alcune procedure e di dare più peso ad altre. Infine, la decisione di intensificare lo stesso è ancora necessariamente basata sul giudizio clinico e non su solidi dati empirici.

L'ultima sfida che i teorici e i clinici della CBT-E dovranno affrontare è quella di riuscire a migliorare ulteriormente l'esito del trattamento. Infatti, nonostante i dati degli studi fino a ora eseguiti abbiano riportato risultati promettenti, alcuni pazienti non raggiungono la remissione neppure con la forma più intensiva della CBT-E *multistep*. È pertanto necessario eseguire ulteriori ricerche per analizzare le ragioni di questi fallimenti e per generare strategie e procedure innovative e più potenti che aumentino l'efficacia della stessa a tutti i livelli di cura. La mia speranza è che queste sfide saranno superate, se non nel mio tempo, dalla prossima generazione di ricercatori e clinici, che mi auguro potranno essere in parte ispirati dai contenuti di questo libro.