

L'approccio cognitivo comportamentale e il ruolo del nutrizionista.

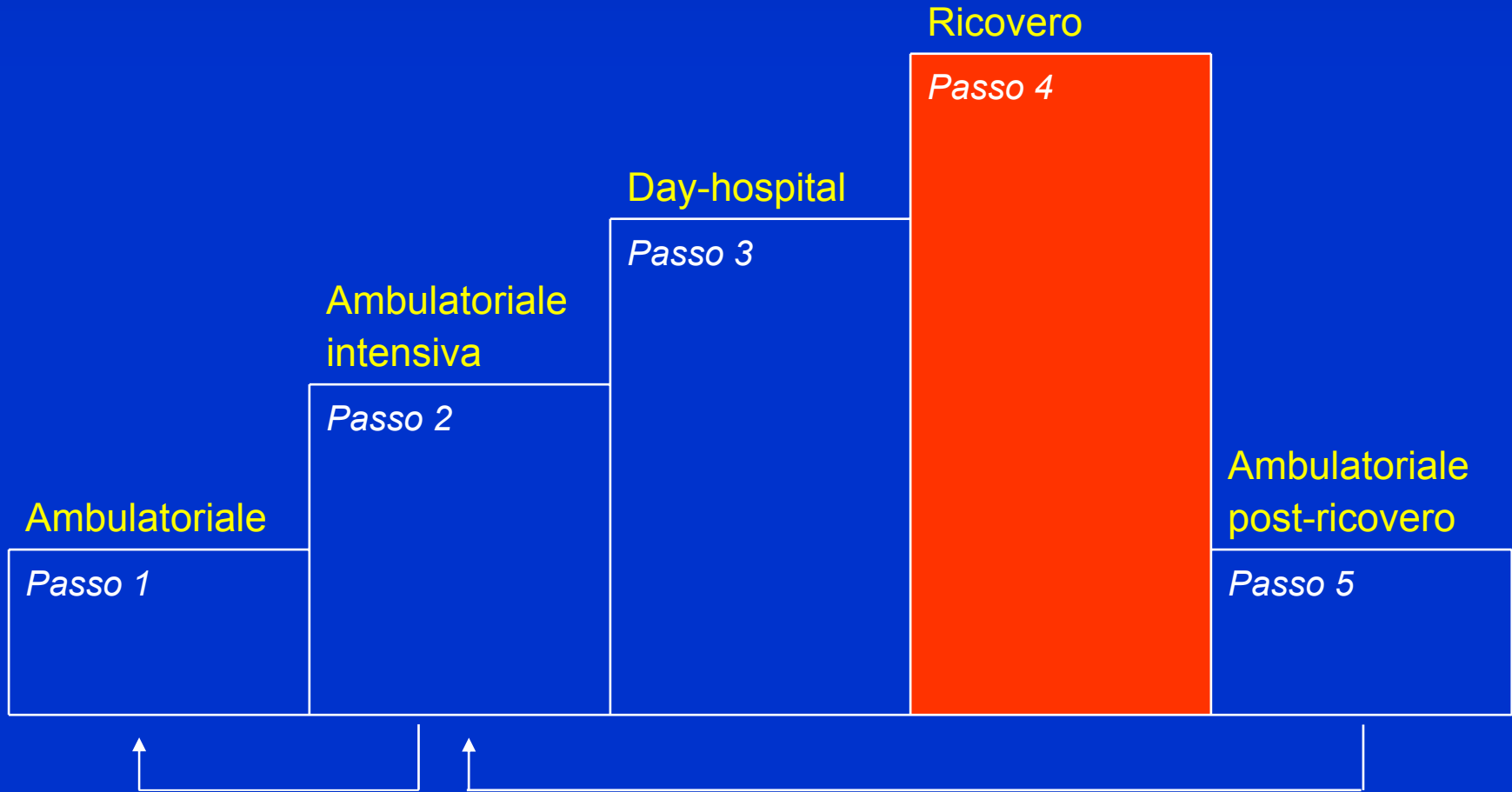
Dott. Arianna Banderali

Casa di Cura Villa Garda

Evoluzione del trattamento di Villa Garda

- Primo reparto per la cura ospedaliera dei disturbi dell'alimentazione sviluppato in Italia (1985)
- Il trattamento all'inizio si è basato su un modello teorico eclettico (comportamentale e psicoanalitico), ma dal 1995 fa riferimento alla teoria e alla terapia cognitivo comportamentale.
- Da due anni il trattamento segue i principi della nuova teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica
- Da due anni, in collaborazione con il Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, è in corso un RCT sulla CBT-E ospedaliera

CBT-MS



Indicazioni per la CBT-O

- Scarsa risposta a trattamenti ambulatoriali ben somministrati
- Presenza di caratteristiche cliniche che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale
 - Peso corporeo molto basso
 - Rapida perdita di peso
 - Gravi complicazioni mediche (es. edema pronunciato, severi disturbi elettrolitici)
 - Rischio di suicidio
 - Gravi problemi interpersonali

Controindicazioni alla CBT-O

- Abuso di sostanze continuativo (l'uso intermittente non è una controindicazione)
- Disturbi psicotici acuti

Caratteristiche distintive del trattamento

1. Equipe multidisciplinare, ma non eclettica
2. Basato su una nuova teoria e terapia cognitivo comportamentale
3. Approccio transdiagnostico
4. Trattamento individualizzato
5. Trattamento modulare
6. Indicato per pazienti di tutte le età e di qualsiasi BMI
7. Trattamento basato su un manuale
8. Coinvolgimento attivo del paziente nel trattamento
9. Reparto aperto
10. Obiettivi del trattamento

1. Equipe multidisciplinare, ma non eclettica

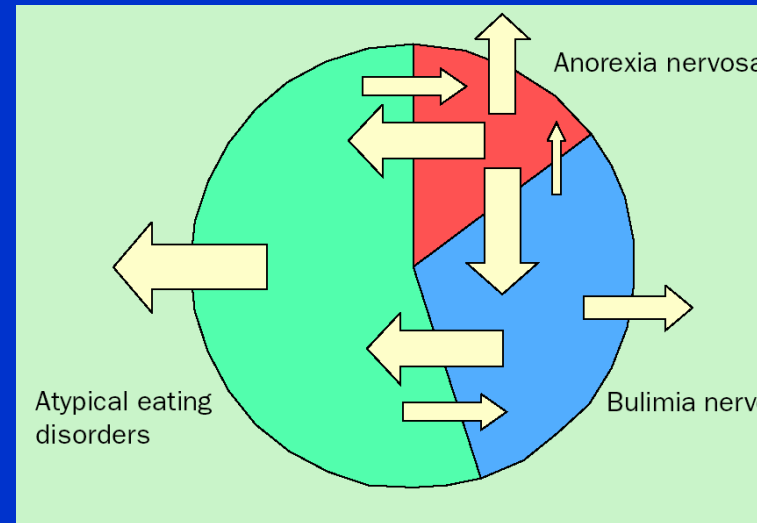
- Tutti i terapeuti (medici, psicologi, dietista ed infermieri professionali) hanno ricevuto una formazione nella teoria e nella terapia cognitivo comportamentale
- Tutti i terapeuti condividono la medesima filosofia di trattamento
 - Teoria e terapia cognitivo comportamentale
 - Linguaggio usato con il paziente
 - Filosofia basata sulle evidenze e sulla valutazione degli esiti della terapia
- La fedeltà al trattamento è monitorata
 - Registrazione delle sedute con scheda di valutazione da parte del responsabile del programma
 - Incontro settimanale del team

2. Basato su una nuova teoria e terapia cognitivo comportamentale

- Dalle Grave, R., Bohn, K., Hawker, D., Fairburn. C.G. *Inpatient, Day Patient And Two Forms of Outpatient CBT-E*. In Fairburn C.G. (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York, Guilford Press.

3. Approccio transdiagnostico

- Concepito per essere adatto a tutte le forme di disturbi dell'alimentazione
- Il disturbo dell'alimentazione specifico del paziente non è rilevante per il trattamento.
- Il contenuto della terapia è dettato dalle caratteristiche psicopatologiche particolari presenti e dai processi che le mantengono
 - È la formulazione del caso che guida la terapia (non la diagnosi e non le percezioni dei singoli terapeuti)



4. Trattamento individualizzato

SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE DISFUNZIONALE

Eccessiva importanza attribuita al peso, forme e controllo dell'alimentazione

Perfezionismo clinico

Raggiungimenti in altri domini

Bassa autostima nucleare

Dieta ferrea e comportamenti di controllo del peso non di compenso

Pensieri e preoccupazioni sul peso, forme e alimentazione

Food checking
Body checking
Evitamenti

Abbuffate

Basso peso

Etichettamento di eventi avversi come "mi sento grasso"

Comportamenti di compenso

Sindrome da digiuno e sua interpretazione

Problemi interpersonali

Intolleranza alle emozioni

5. Trattamento modulare

- I moduli sono applicati per affrontare alcuni meccanismi di mantenimento aggiuntivi presenti in un sottogruppo di pazienti
 - Perfezionismo clinico
 - Bassa autostima nucleare
 - Intolleranza alle emozioni
 - Problemi interpersonali
 - Terapia familiare (nei pazienti < 18anni)

6. Nessun limite di età e di BMI

- In quelli con meno di 18 anni è aggiunto il modulo “terapia della famiglia”

7. Trattamento basato su un manuale

- Tutti i membri del team (medici, psicologi, dietiste) seguono le indicazioni del manuale
 - “Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell’alimentazione durante il ricovero” (Dalle Grave, 2005, Positive Press: Verona)



8. Coinvolgimento attivo del paziente nel trattamento

- Decisione volontaria di effettuare il trattamento
- Il trattamento insegna al paziente a diventare terapeuta del suo disturbo (approccio metacognitivo)
- Tavola rotonda
- Costruzione della formulazione dei meccanismi di mantenimento del disturbo da parte del paziente
- Collaborazione attiva nel fissare gli obiettivi del trattamento

9. Reparto aperto

- Obiettivo: esporre il paziente ai fattori ambientali stressanti durante il ricovero (per evitare la ricaduta post-ricovero)
 - I pazienti in condizioni mediche stabili hanno permessi di uscita giornalieri.
 - Le persone significative per il paziente (inclusi gli amici) sono libere di fare visita al paziente al di fuori dei pasti e delle sedute terapeutiche.
 - L'atmosfera del reparto è psicologica, non medica ed istituzionale.
 - Fase di day-hospital
 - Week-end a casa nelle settimane finali
 - Coinvolgimento persone significative nel trattamento per creare un ambiente positivo per il ritorno del paziente a casa
 - Organizzazione della terapia post-ricovero

10. Obiettivi del trattamento

- Aiutare il paziente a sviluppare un'autoconsapevolezza metacognitiva
- Iniziare ad erodere i meccanismi di mantenimento del disturbo dell'alimentazione che operano nel paziente
- Aiutare il paziente ad arrivare ad una condizione che può giovare della terapia ambulatoriale

Il trattamento

Fasi

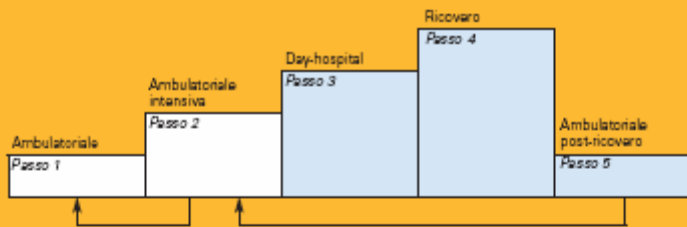
- Preparazione
 - Due sedute
- Trattamento riabilitativo ospedaliero
 - 20 settimane
 - Trattamento ospedaliero (13 settimane)
 - day-hospital residenziale (7 settimane)

Procedure principali della fase di preparazione

- Valutare la severità clinica del disturbo dell'alimentazione e lo stato psichiatrico generale
- Valutare le condizioni di salute del paziente
- Ingaggiare il paziente nel trattamento
- Educare il paziente sul suo disturbo dell'alimentazione e creare la formulazione iniziale personalizzata.
- Spiegare che cosa comporta il trattamento
- Coinvolgere gli altri significativi

TRATTAMENTO RESIDENZIALE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Informazioni
per i pazienti e i familiari



<http://www.villagarda.it>

Fase della preparazione

- Se il paziente accetta il ricovero
- È inserito in lista d'attesa (4-12 settimane)
- Visita pre-ricovero (venerdì)
 - Scheda raccolta dati
 - Spiegazione dettagliata del trattamento
 - Firma del contratto terapeutico
 - Consenso informato
- Entrata
 - Lunedì successivo

Trattamento riabilitativo ospedaliero

L'unità di Villa Garda



- Piccola unità riabilitativa: 14 letti di ricovero - 16 letti di day-hospital

Casa di Cura Villa Garda













Le 4 fasi del trattamento

- Fase Uno (settimane 1 - 4)

- ingaggiare ed educare il paziente alla CBT
- sviluppare la formulazione iniziale
- ottenere il massimo cambiamento comportamentale con l'esposizione ai pasti assistiti
- nei pazienti sottopeso, iniziare il processo di recupero ponderale

- Fase Due (settimane 5 e 6)

- revisione dettagliata dei progressi e degli ostacoli al cambiamento.
- valutazione formale per valutare se sono presenti uno o più dei quattro meccanismi di mantenimento esterni proposti dalla teoria transdiagnostica

- **Fase Tre (settimane 7 - 17)**

- affrontare l'eccessiva valutazione del controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo e le sue varie espressioni.
- in un sottogruppo di pazienti affrontare in specifici moduli anche uno o più fattori meccanismi esterni di mantenimento
- In questa fase la maggior parte dei pazienti sottopeso raggiunge la soglia minima di BMI ed inizia la fase di mantenimento del peso

- **Fase Quattro (settimane 18 - 20)**

- preparare la formulazione dei meccanismi di mantenimento residui che continuano ad operare alla fine del trattamento
- preparare il ritorno a casa e la terapia post-ricovero

Alimentazione: strategie generali

- Pazienti normopeso
 - Affrontare la **restrizione cognitiva**
- Pazienti sottopeso
 - Affrontare la **restrizione calorica** e il recupero del **peso**
 - Arrivati alla soglia minima di IMC affrontare la **restrizione cognitiva residua**

Pazienti sottopeso

- **Alimentazione pianificata e meccanica**

- L'alimentazione è definita in modo chiaro (come se fosse una medicina)
 - **Quantità** (contenuto calorico preciso, in base all'aumento di peso)
 - **Qualità** (30% grassi dietetici + cibi fobici)
 - **Distanziamento dei pasti** (mangiare con l'orologio)
- Il paziente dovrebbe provare a **mangiare meccanicamente** (senza farsi influenzare dalla fame e dalla sazietà, dalle sensazioni corporee e dai pensieri sul peso, forma del corpo e alimentazione)

Razionale per l'alimentazione pianificata e meccanica

- Strategia per aiutare i pazienti a ridurre l'ansia nei confronti dell'alimentazione e a sentirsi in controllo durante il processo di recupero del peso
 - Convinzioni che portano all'ansia: *“Certi cibi o certa quantità di cibo mi porterà a perdere il controllo e ad aumentare di peso in modo imprevedibile”*
 - L'alimentazione pianificata e strutturata sfida queste convinzioni perché fornisce “precisione” sulla qualità e la quantità di cibo da assumere e “prevedibilità” sugli effetti del cibo sul peso

Villa Garda – Oxford Trial

- Un trial randomizzato e controllato che confronta la forma focalizzata e allargata della CBT-E ospedaliera è in corso per testare l'effectiveness e i limiti del trattamento
- Il trial è supervisionato da Oxford University Department of Psychiatry, Warneford Hospital
- Per ulteriori informazioni <http://www.villagarda.it>

Baseline data of patients included in the trial (N=80)

Age, years, mean (SD)	23.4 (6.9)
AN diagnosis, n (%)	70 (87.5)
EDNOS diagnosis, n(%)	10 (12.5)
Length of eating disorder, years, mean (SD)	6.5 (6.1)
BMI, mean (SD)	14.3 (1.7)
Lowest adult BMI , mean (SD)	13.6 (2.2)
Highest adult BMI, mean (SD)	21.2 (4.4)
Gender, n (%) female	78 (97.5)
EDE, Global Score	3.7 (1.1)
BSI Global Severity Index	1.8 (0.8)

Trial status

- Treatment completers: 71 (88.7%)
- Still in treatment: 2 (2.5%)
- Drop-outs: 6 (7.5%)
- Interruption of treatment for external reasons: 1 (1.3%)
- Completers at 6 months follow-up
 - Successfully interviewed : 51 (70.4%)
 - Not yet arrived at follow-up: 18 (26.8%)
 - Lost at follow-up: 2 (2.8%)
- Completers at a12 months follow-up
 - Successfully interviewed 30 (35.2%)
 - Not yet arrived at follow-up: 39 (61.2%)

Effect of treatment in completers (N=71)

	Admission	Discharge
BMI	14.33 (1.79)	19.22 (1.05) ^a
EDE Global score	3.74 (1.10)	1.72 (1.05) ^a
BSI	1.91 (0.78)	0.85 (0.65) ^a

^a p < 0.001 versus Admission

6 months follow-up outcome in completers (N=51)

	Admission	Discharge	6 months follow-up
BMI	14.33 (1.91)	19.19 (1.18) ^a	18.02 (2.26) ^{a,b}
EDE Global score	3.85 (1.03)	1.74 (1.09) ^a	1.69 (1.29) ^a
BSI	1.93 (0.79)	0.81 (0.56) ^a	1.03 (0.70) ^{a,b}

^a p<0.01 versus Admission; ^b p<0.01 versus Discharge

12 months follow-up outcome in completers (N=30)

	Admission	Discharge	6 months follow-up	12 months follow-up
BMI	14.28 (1.70)	19.17 (0.95)	18.00 (1.92)	17.92 (1.67)
EDE Global Score	3.92 (1.00)	1.71 (0.91)	1.57 (1.25)	1.61 (1.27)
BSI	1.88 (0.85)	0.79 (0.58)	1.07 (0.75)	0.87 (0.67)

BMI outcome

BMI (kg/m ²)	Admission (N=80)		Discharge (N=71)		6 months follow-up (N=51)		12 months follow-up (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 13	19	23.8	-	-	2	3.9	-	-
13-14.4	24	30.0	1	1.4	1	2.0	-	-
14.5-15	10	12.5	-	-	2	3.9	3	10.0
15.5-17.4	26	32.5	2	2.8	11	21.6	7	33.3
> 17.4	1	1.3	68	95.8	35	68.6	20	66.7

Conclusions

- CBT-E can be adapted for inpatient settings
- CBT-E, suitably adapted, seems to work well also in inpatient setting with severe underweight eating disorder patients