
Riabilitazione intensiva ospedaliera negli adolescenti affetti da disturbi dell'alimentazione

di Riccardo D'Adda e G. Gravello stile del sottotitolo dello schema

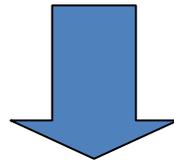


La terapia ambulatoriale è luogo ideale per il trattamento degli adolescenti

- È meno dirompente del ricovero perché permette ai pazienti di rimanere in famiglia e frequentare la scuola e i pari
- I cambiamenti sono mantenuti con più facilità perché avvengono dove vive il paziente

Ciononostante, ci sono dei pazienti che necessitano di un trattamento più intensivo

- In alcuni casi i disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza si manifestano in modo acuto con rapida perdita di peso e comparsa di complicanze mediche che possono minacciare la vita del paziente
- Altre volte i genitori non riescono a gestire e a tollerare il comportamento alimentare del figlio/a



Ricovero riabilitativo

Indicazioni per il ricovero riabilitativo intensivo

- 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)
 - Gravi problemi interpersonali

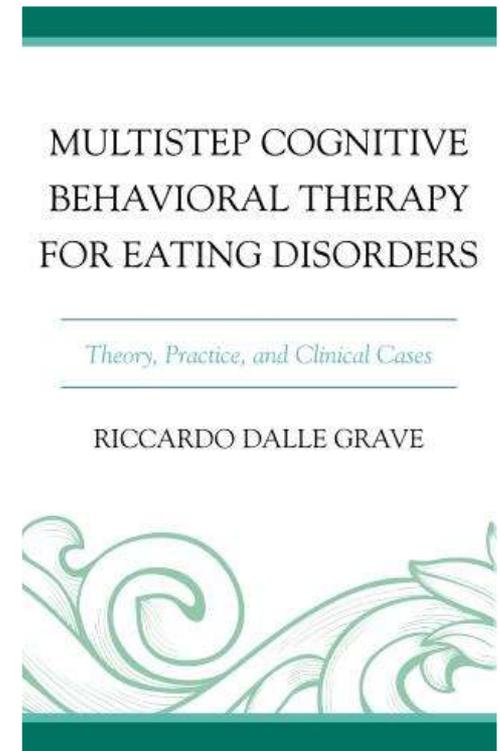
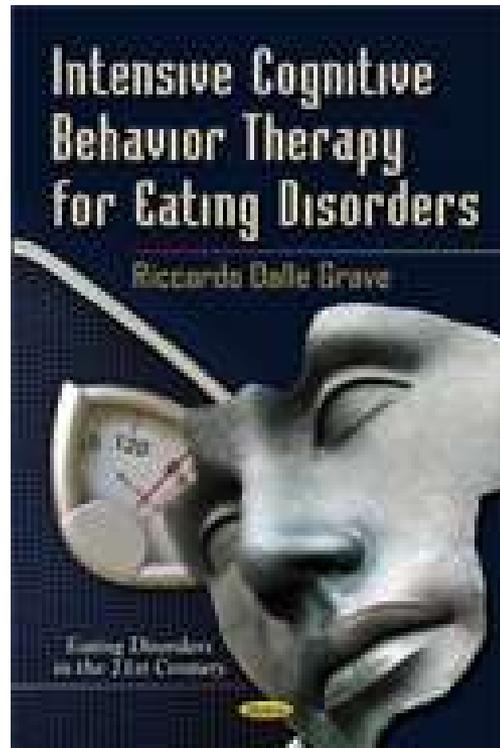
Controindicazioni per il ricovero riabilitativo intensivo

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

Trattamento di Villa Garda

- È una specifica forma di terapia intensiva cognitivo comportamentale
- Focalizzata sulla psicopatologia del disturbo dell'alimentazione (non sulla diagnosi DSM-IV)
 - Adatta a curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione
- Derivata dalla CBT-E ambulatoriale, ma adattata per renderla applicabile in un setting ospedaliero

Manuali

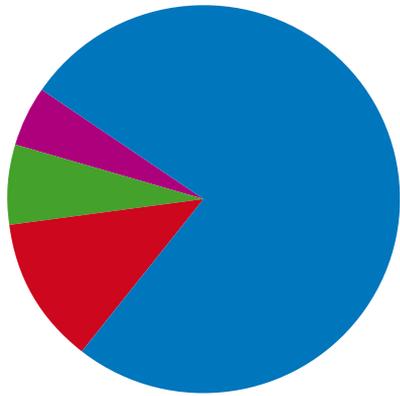


Procedure e strategie generali

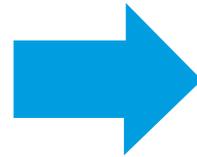
- Si affrontano i processi che mantengono la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione
 - Strategie cognitive e comportamentali associate all'educazione
 - Automonitoraggio in tempo reale e dei compiti al di fuori delle sedute sono di primaria importanza
 - Relazione terapeutica collaborativa
- I pazienti sono incoraggiati a diventare attivi partecipanti nel processo di cura e a vedere il trattamento come priorità

-
- Per ottenere un cambiamento psicologico (cognitivo) i pazienti sono spinti a fare **cambiamenti comportamentali graduali** nel contesto della loro formulazione e ad analizzare gli effetti e le implicazioni di questi cambiamenti sul loro modo di pensare
 - Nelle fasi più avanzate del trattamento i pazienti sono aiutati a **riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso** evitando così la ricaduta

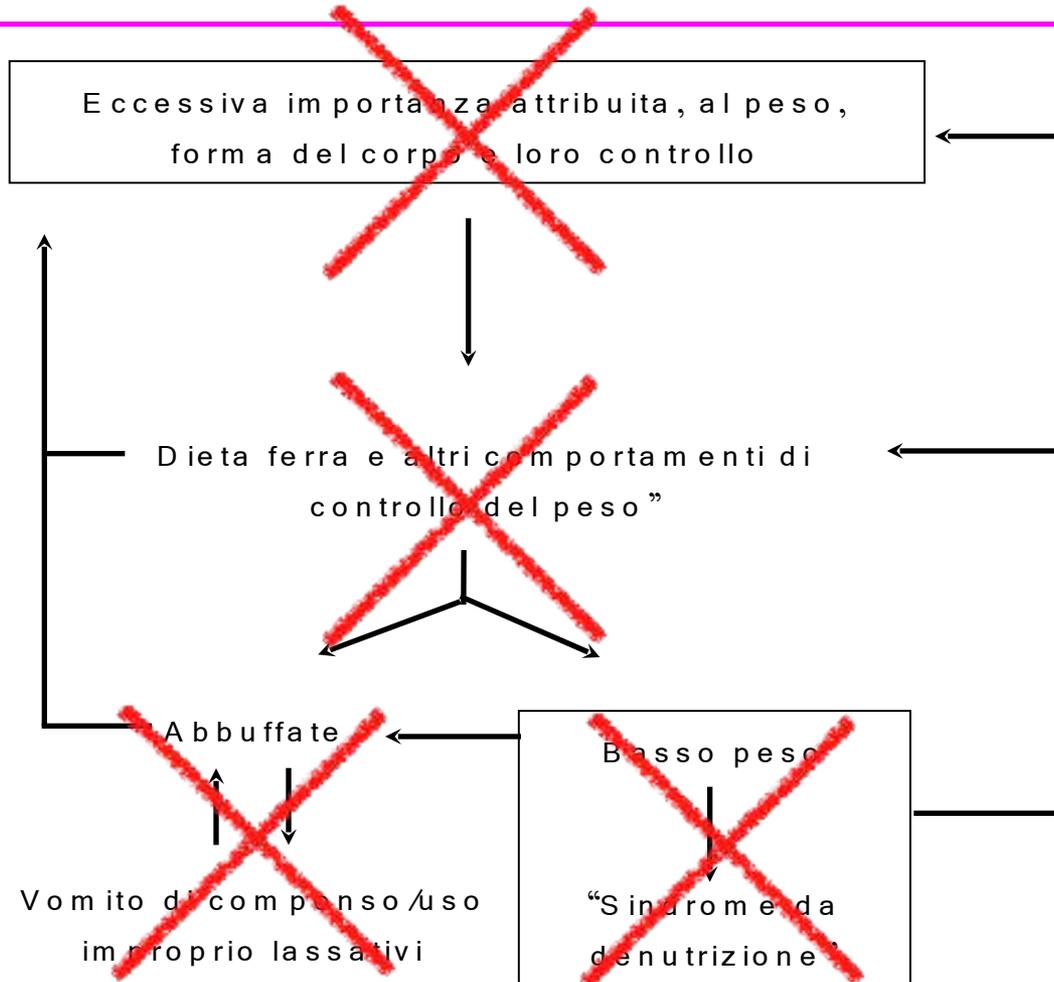
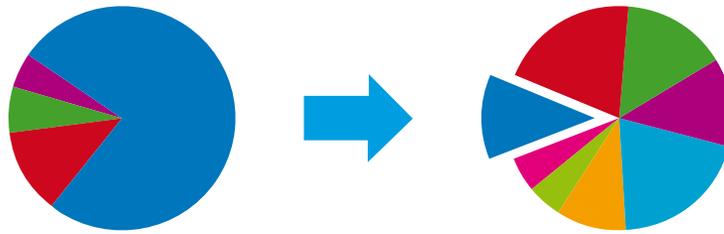
Obiettivi della CBT-E ospedaliera



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Altro



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Sport
- Musica
- Amici
- Pittura
- Altro



Preparazione al ricovero

- 2 o più incontri
- Coinvolgere attivamente l'adolescente nella decisione
- Spiegazione dettagliata dell'intervento (visita del reparto) e del ruolo del paziente nel trattamento



<http://www.villagarda.it/>

Reparto “aperto”

- Il reparto è dedicato solo al trattamento dei disturbi dell'alimentazione
- Il reparto è 'aperto' e i pazienti in condizioni mediche stabili sono liberi di uscire dalla struttura
- Gli altri significativi sono liberi di venire a trovare il paziente a qualsiasi ora al di fuori dei pasti e delle sedute di terapia



Atmosfera del reparto non medica e psichiatrica



Valutazione diagnostica multidimensionale

- 1 Visita medica e anamnesi.
- 2 Anamnesi alimentare.
- 3 Esami biumorali e strumentali per valutare le complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione.
- 4 Valutazione del peso e dell'altezza per il calcolo dell'IMC.
- 5 Valutazione della composizione corporea e della massa ossea (DXA).
- 6 Valutazione del dispendio energetico e dell'attività fisica svolta.
- 7 Intervista "Eating Disorder Examination (EDE)" con uno psicologo per la valutazione delle principali caratteristiche cliniche del disturbo dell'alimentazione.
- 8 Questionari per valutare i problemi psicologici e interpersonali spesso associati ai disturbi dell'alimentazione.
- 9 Valutazione psichiatrica eseguita dal medico psichiatra di riferimento.

Principali procedure (eseguite con tutti i pazienti)

- Incontro di verifica settimanale (tavola rotonda)
- Alimentazione assistita
- Alimentazione non assistita
- Psicoterapia individuale
- Psicoterapia di gruppo
- Gruppi psicoeducazionali
- Gruppi fitness
- Percorso educativo
- Coinvolgimento degli altri significativi
- Gestione della comorbilità medica
- Gestione della comorbilità psichiatrica

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 del peso

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 dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo e le sue varie espressioni.
- affrontare le regole dietetiche
- Affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione
- 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 IMC 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

Organizzazione generale del trattamento

Luogo	Ricovero													Day Hospital						
Fasi	Uno				Due		Tre										Quattro			
Settimane	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
CBT-F	Psicoterapia individuale (2 sedute la settimana nella Fase Uno, poi 1 seduta la settimana)																			
	Tavola rotonda con tutti i terapeuti (dietista, medico, psicologo, infermiera professionale - 1 volta la settimana)																			
	Alimentazione assistita										Alimentazione non assistita									
	Gruppi psicoeducazionali (3 gruppi la settimana)																			
	Gruppo di psicoterapia (1 gruppo la settimana prime 6 settimane, poi 2-3 gruppi la settimana)																			
	Gruppi fitness (2 gruppi la settimana)																			
	Intervento educativo																			
	CBT-A													Modulo perfezionismo clinico						
	<i>Se sono presenti fattori di mantenimento aggiuntivi uno o più moduli</i>													Modulo bassa autostima nucleare						
														Modulo difficoltà interpersonali						
	Modulo adolescenti																			

CBT = Terapia cognitivo comportamentale; F = Focalizzata; A = Allargata

Motivi che rendono il programma adatto ai pazienti adolescenti

- **Motivi generali** non legati al programma
 - Le caratteristiche cliniche dei pazienti più giovani, sono simili a quelle dei pazienti adulti.
 - C'è evidenza che le pazienti più giovani con altri disturbi psicologici rispondono bene alla CBT.

-
- **Motivi specifici** legati al programma
 - È strutturato per favorire lo sviluppo del senso di controllo nei pazienti.
 - È stato ideato per favorire lo sviluppo progressivo dell'autonomia e dell'indipendenza dei pazienti
 - Pone molta enfasi all'ingaggio terapeutico
 - Adottando un approccio transdiagnostico, può curare i pazienti adolescenti affetti da tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione
 - Si basa su un approccio individuale adattabile in

Adattamenti generali apportati al programma per gli adolescenti

- Gli adolescenti (età < 18 anni) **alloggiano in stanze separate dagli adulti** e durante i permessi di uscita, se autorizzati dai genitori, devono essere sempre accompagnati da un adulto.
- Per l'intero periodo di day-hospital, se non vivono nella loro casa di famiglia, devono alloggiare in camere private o appartamenti con almeno un genitore o un parente designato dai genitori.

Adattamenti specifici apportati al programma per gli adolescenti

- Modulo della famiglia
- Gruppo adolescenti
- Scuola nell'ospedale

Modulo della famiglia

- Educazione

Teoria cognitivo comportamentale dei DA
Formulazione personalizzata e della famiglia
Strategie per affrontare i pasti
Emotività espressa in famiglia
Sfide dell'adolescenza.

2 pasti consumati in clinica con l'ausilio della dietista
Primo pasto fornito dalla clinica, secondo gestito interamente dalla famiglia

- Mangiare come famiglia

Creare un ambiente che faciliti il cambiamento del paziente
Problem-solving per affrontare le crisi

Gruppo adolescenti

- Una volta la settimana
- Sono affrontate le varie **problematiche adolescenziali associate ai disturbi dell'alimentazione**
 - costruzione del senso d'identità
 - acquisizione di un maggior grado di autonomia
 - sviluppo di migliori capacità relazionali
 - adattamento ai cambiamenti della pubertà
- Nel gruppo i pazienti apprendono anche specifiche procedure per migliorare la

Scuola nell'ospedale

- La casa di cura Villa Garda ha aderito al progetto “**Scuola nell’Ospedale**”, sviluppato dal Ministero dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca (MIUR) (<http://pso.istruzione.it/>) per offrire il diritto di studio agli studenti ospedalizzati per un periodo superiore ai 30 giorni.



-
- Lezioni impartite dagli insegnanti delle sezioni ospedaliere sia direttamente o via web
 - I pazienti/studenti sono sottoposti periodicamente a verifiche del loro apprendimento orali e scritte che hanno valore legale.



Strategie per limitare il deterioramento dopo la dimissione

- Procedure per esporre il pz ai trigger ambientali
 - Unità aperta
 - Fase di day-hospital
 - Week-end e giorni della settimana passati a casa

-
- **Procedure per preparare la vita a casa**
 - Coinvolgimento degli altri significativi
 - Piano post-ricovero
 - Vita dopo il ricovero
 - Trattamento ambulatoriale
 - Problemi su cui focalizzarsi nei primi 2 mesi
 - Strategie per minimizzare il rischio di deterioramento

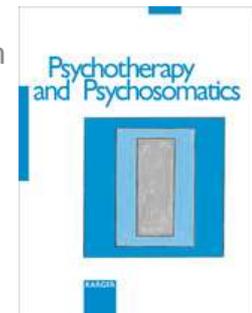
Inpatient Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: A Randomized Controlled Trial

Psychotherapy and Psychosomatics, in press

Fare clic per modificare lo stile del sottotitolo dello schema

Riccardo

Dalle Grave

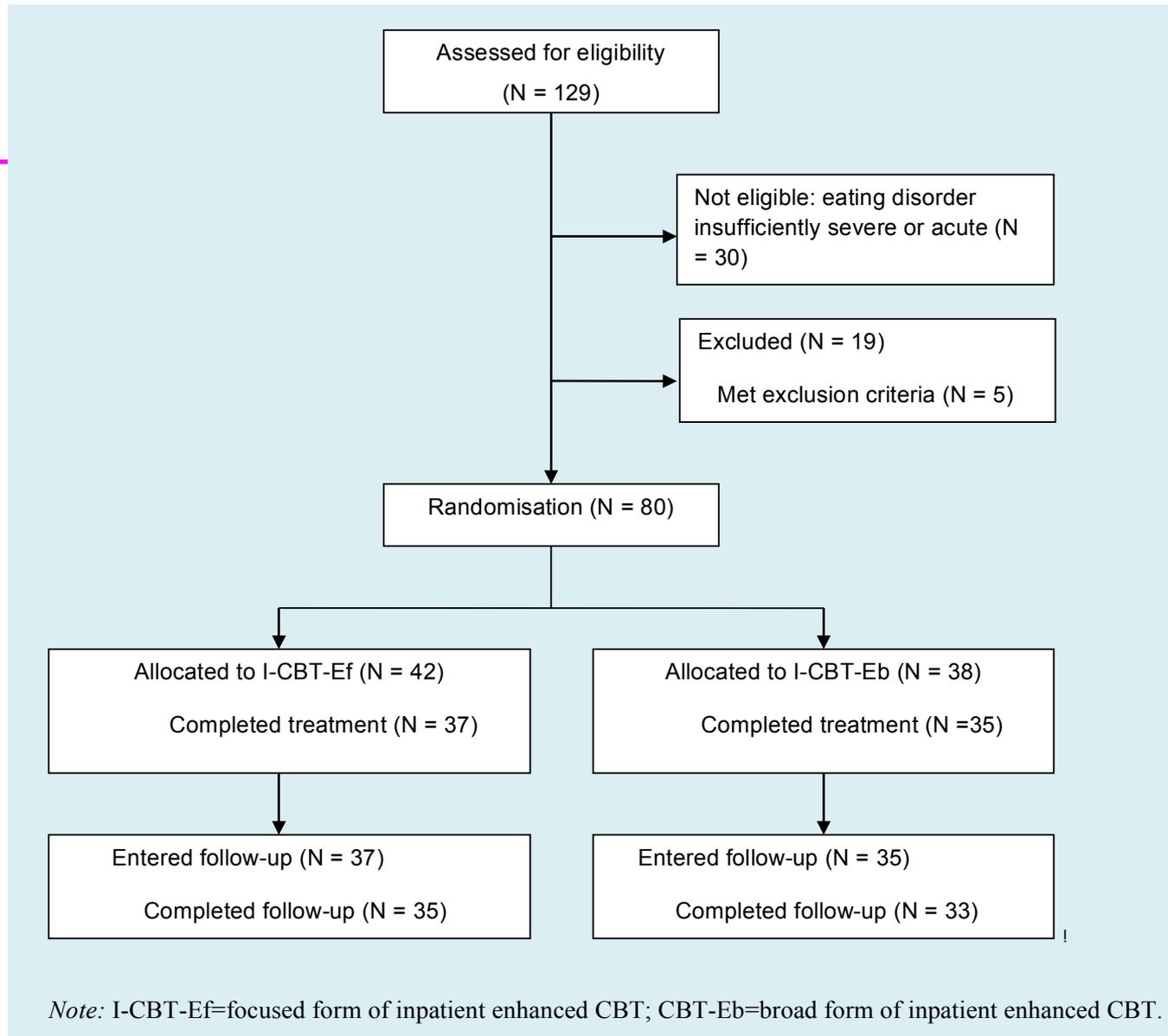


Obiettivi dello studio

- Confrontare due trattamenti ospedalieri per l'anorexia nervosa
 - **CBT-Ef** – Focalizzata solo sulla psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione
 - **CBT-Eb** – Allargata anche ad affrontare uno o più dei seguenti meccanismi di mantenimento aggiuntivi
 - Perfezionismo clinico
 - Bassa autostima nucleare
 - Problemi interpersonali
 - Intolleranza alle emozioni

Tre domande principali

1. Qual è la proporzione di pazienti che completa il trattamento?
2. Qual è l'esito in chi completa il trattamento?
3. I miglioramenti sono mantenuti al follow-up?



Il campione

Età (anni)	23,4 (6,9)
Durata disturbo dell'alimentazione, (anni)	5,0 (0-26,0)
Peso corporeo (kg)	37,3 (5,3)
Indice di Massa Corporea (kg/m ²)	14,3 (1,7)
Psicopatologia del DA	
- EDE globale	3,7 (1,1)
Caratteristiche psichiatriche generali, BSI-GSI	1,8 (0,8)
Altri disturbi di Asse I coesistenti a <small>aThe Structured Clinical Interview for DSM-IV was used to assess depression and anxiety disorders</small>	
- Disturbo depressivo maggiore, n (%) presente	45 (56,3)

Proporzione dei pazienti che completano il trattamento

C B T - E f = 88.1 %

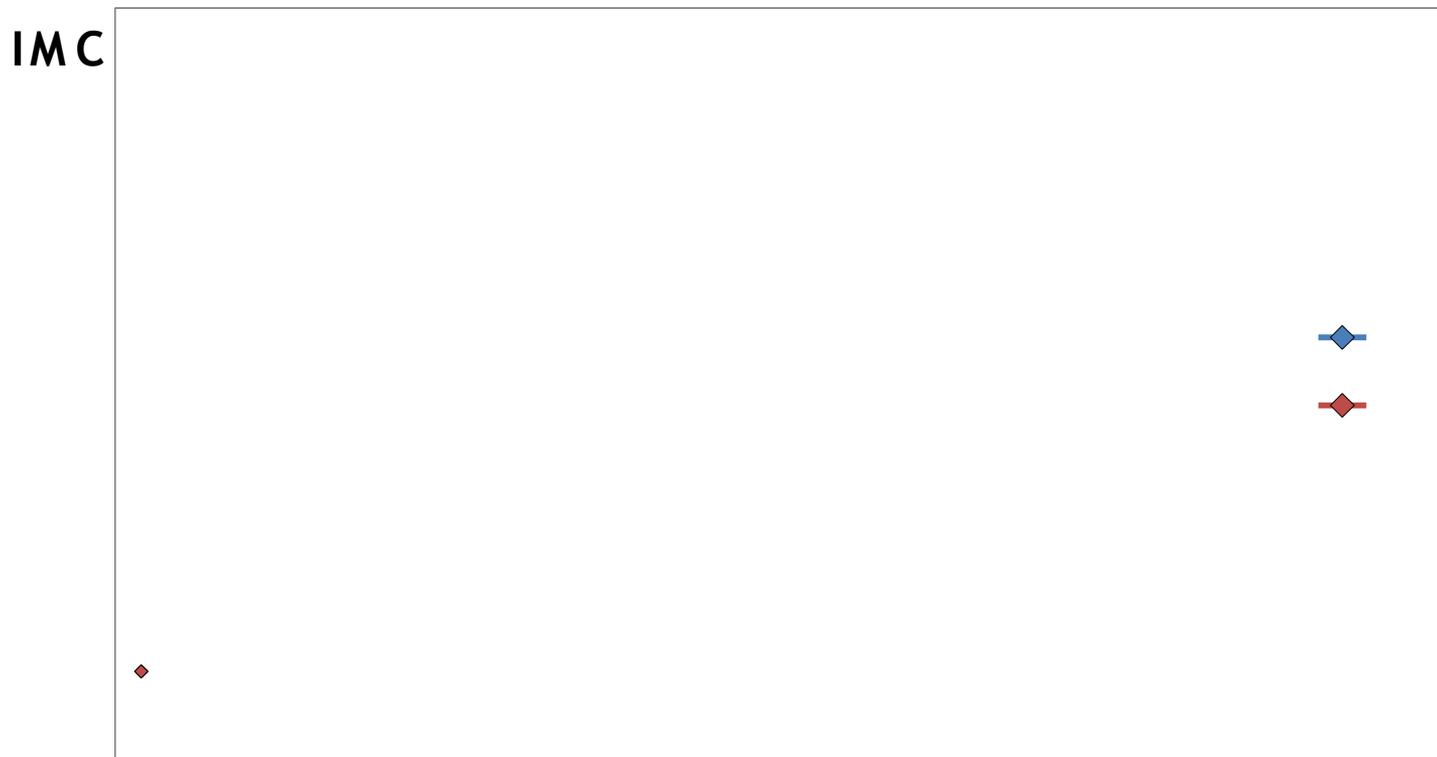
C B T - E b = 92.1 %

$\chi^2 (1, N = 72) = .36, p = .550$

Commento

Circa il 90% dei pazienti completa il trattamento
Nessuna differenza tra i due trattamenti

Indice di Massa Corporea



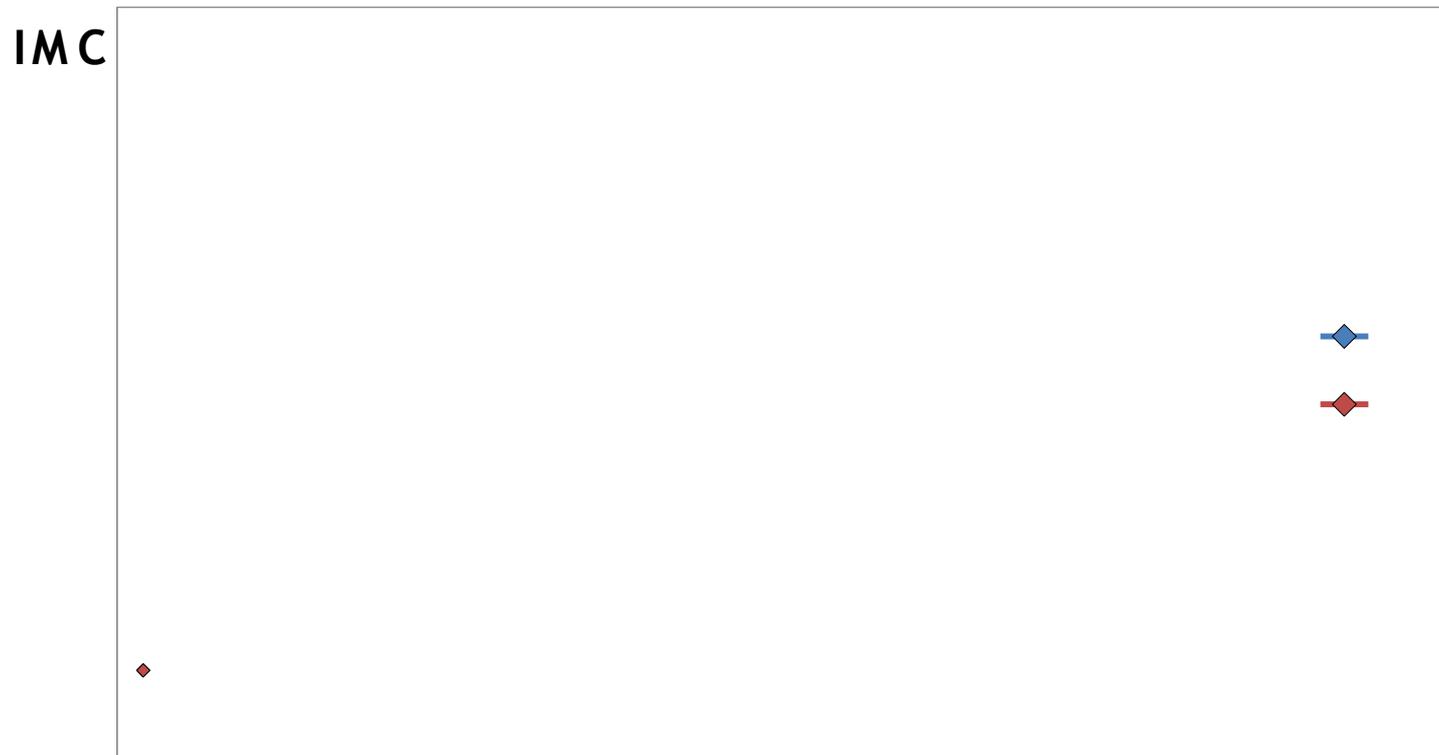
p = ns nel confronto tra le due terapie a ciascun time point

Commento

Più dell'85% (86.1%, 62/72) ha raggiunto un IMC ≥ 18.5

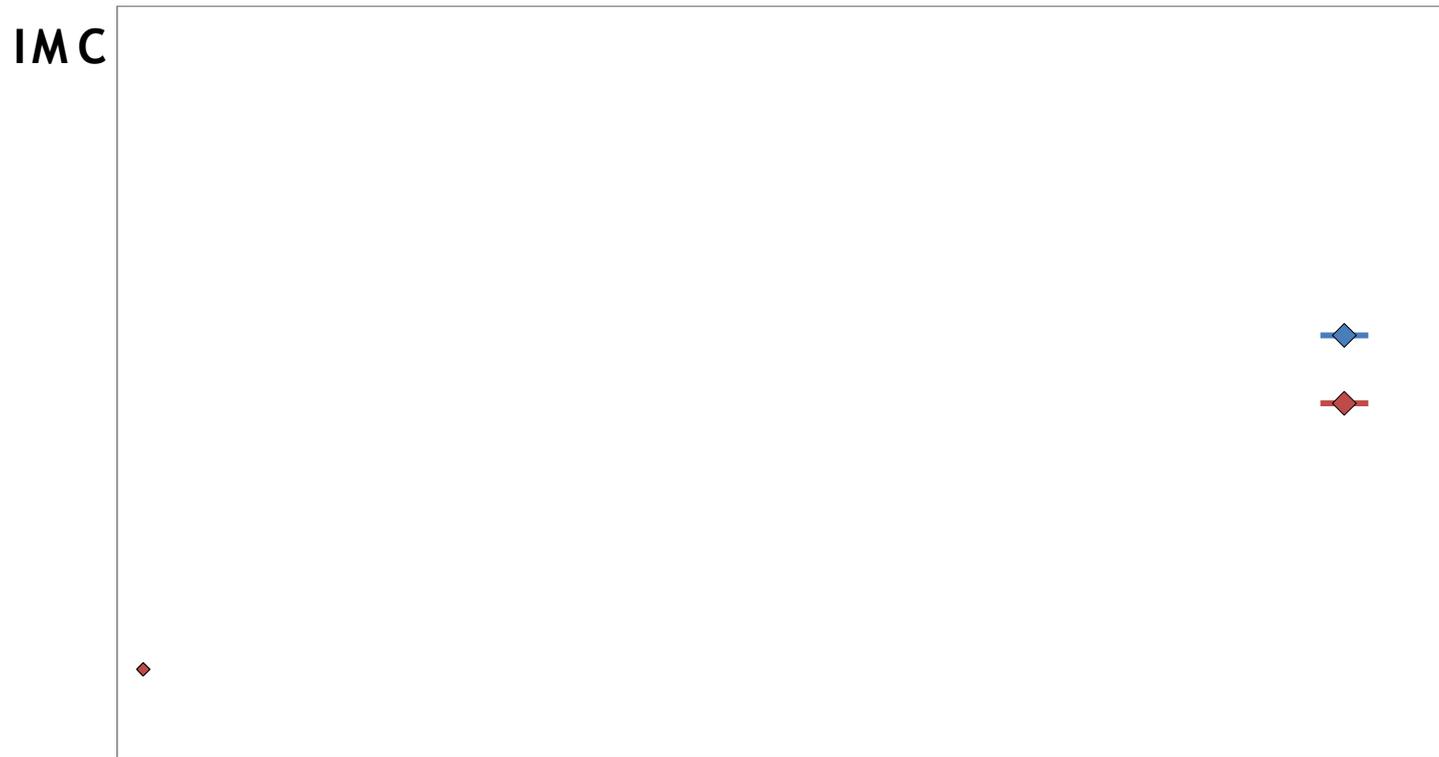
Nessuna differenza tra i due trattamenti

Indice di Massa Corporea



p = ns nel confronto tra le due terapie a ciascun time point

Indice di Massa Corporea



p = ns nel confronto tra le due terapie a ciascun time point

IMC \geq 18,5

%

*

*

* p < ,05 vs adulti

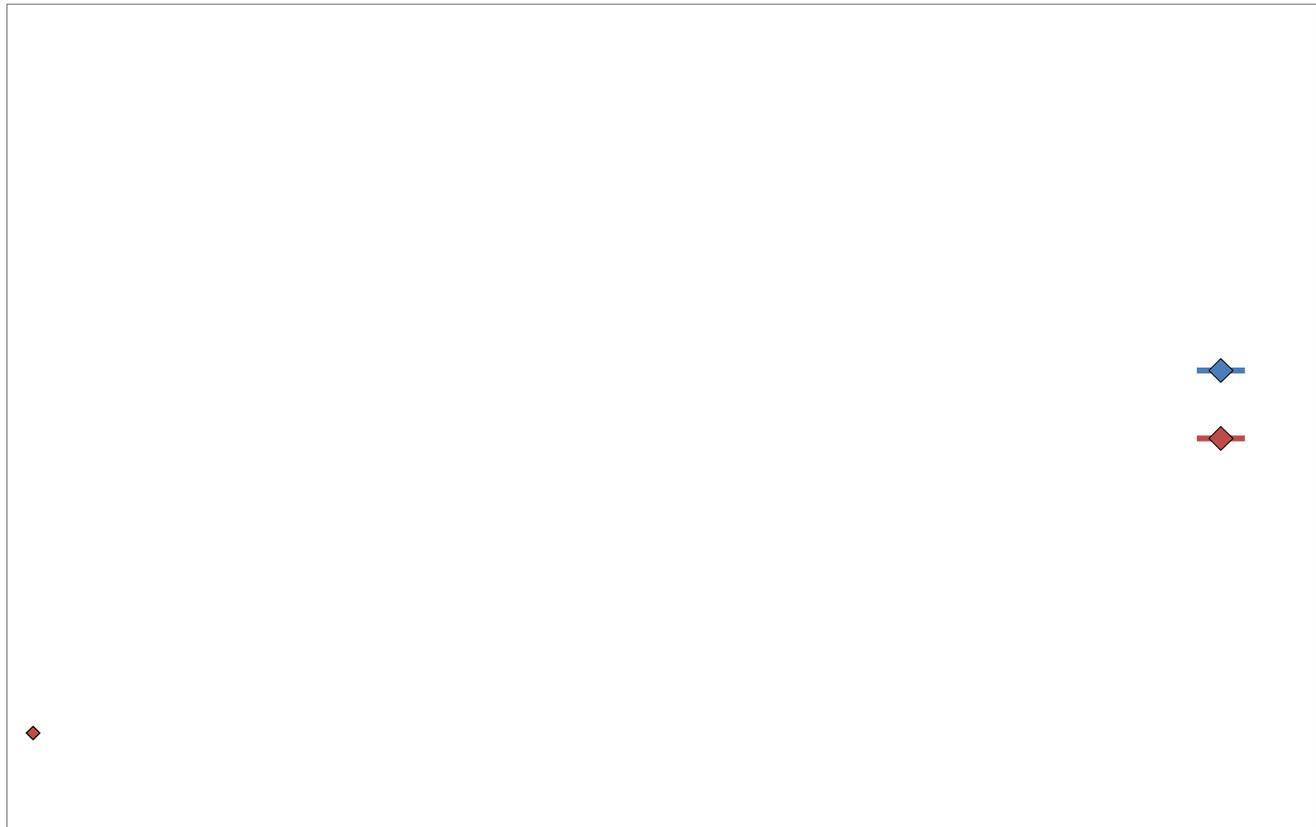
Commento

La perdita di peso si è verificata solo nei primi 6 mesi ed è stata limitata solo ai pazienti adulti. Il 73,9% degli adolescenti aveva un percentile di IMC corrispondente a 18,5 a 12 mesi di follow-up

Nessuna differenza tra i due trattamenti

Psicopatologia specifica

**EDE
Globale**



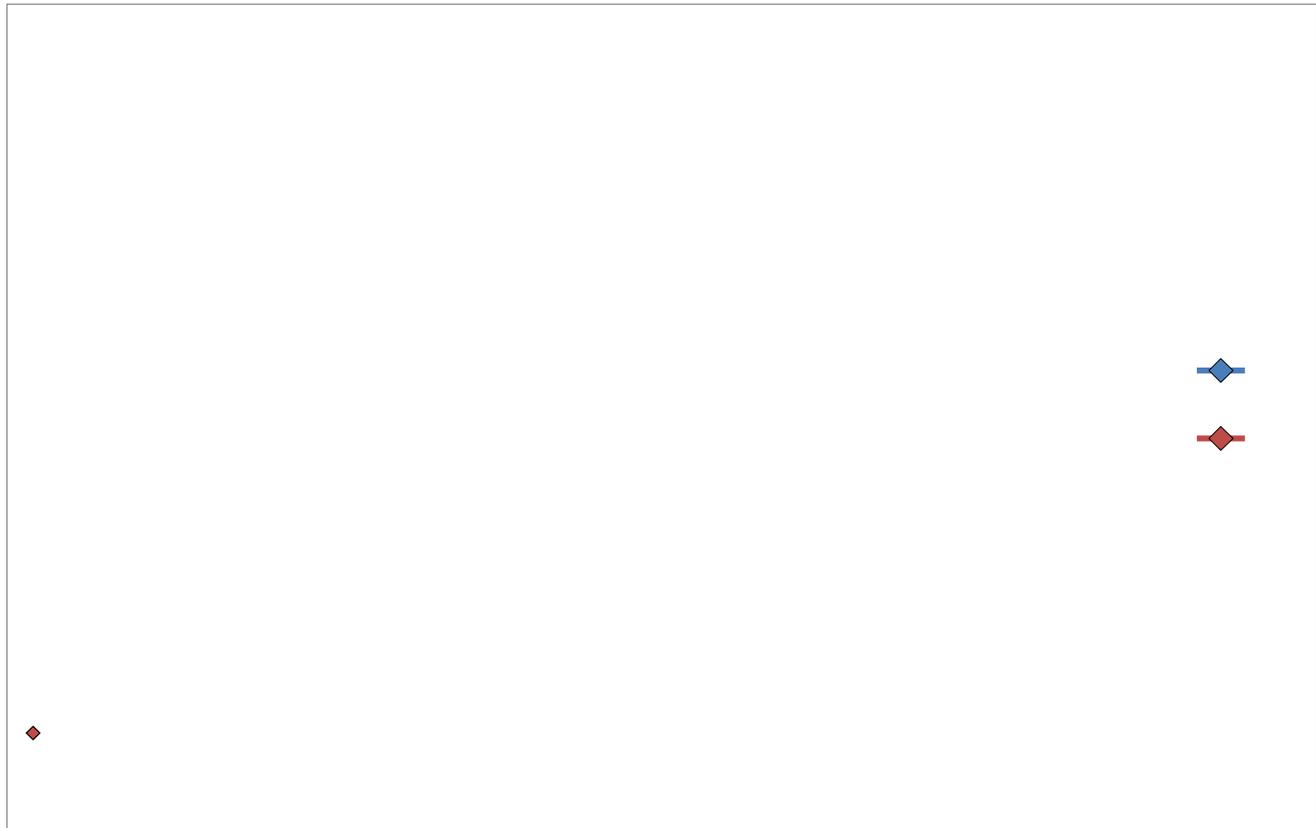
Commento

Il 50% circa dei pazienti (48.6% , 35/72) aveva una psicopatologia minima alla fine del trattamento

Nessuna differenza tra i due trattamenti

Psicopatologia specifica

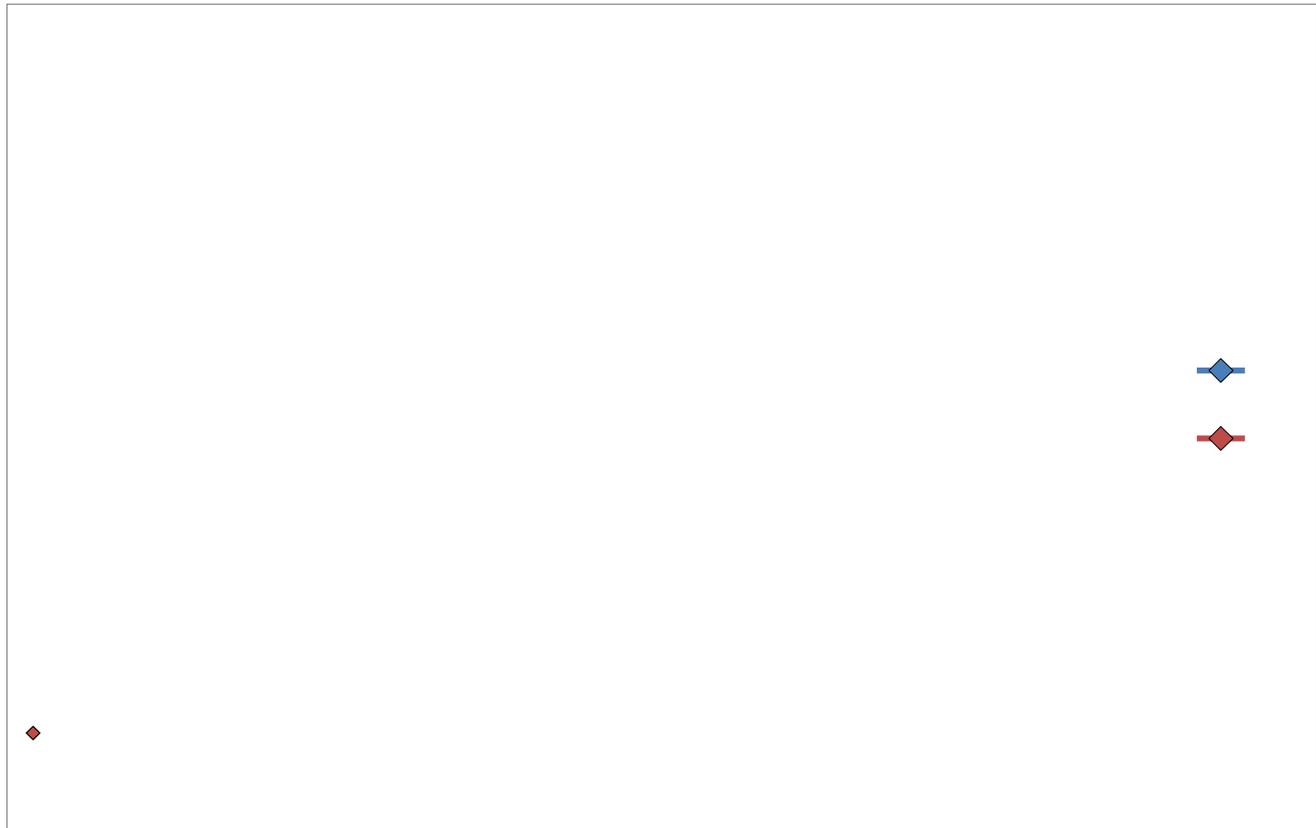
EDE
Globale



p = ns nel confronto tra le due terapie a ciascun time point

Psicopatologia specifica

EDE
Globale



p = ns nel confronto tra le due terapie a ciascun time point

Commento

Il miglioramento della psicopatologia è stato mantenuto al follow-up

Nessuna differenza tra i due trattamenti

Conclusioni

1. L'80% circa dei pazienti eleggibili ha accettato il trattamento e il 90% circa lo ha completato
2. I pazienti che hanno completato il ricovero hanno risposto bene ai due trattamenti
 - Aumento di peso medio 12,7 kg (3/4 nell'intervallo di normopeso della WHO)
 - 80% psicopatologia minima alla dimissione

3. I risultati sul mantenimento dei miglioramenti al follow-up sono misti

- Mantenimento del miglioramento della psicopatologia
- Moderato deterioramento del peso confinato ai primi 6 mesi
 - La perdita di peso si è verificata solo negli adulti
 - Gli adolescenti hanno avuto un esito eccellente
 - Questi dati sono consistenti con l'impressione che l'esito del trattamento dell'anoressia nervosa sia migliore negli adolescenti rispetto agli adulti

-
4. Non si sono osservate differenze tra i due trattamenti ospedalieri (CBT-Ef e CBT-Eb) in ogni punto di valutazione

In conclusione non sembrano esserci motivi per adottare una forma più complessa di trattamento

Equipe della Casa di Cura Villa Garda

- Responsabile: Dr. Riccardo Dalle Grave
- Supervisore: Prof. Christofer Fairburn
- Medici: Dr. Arianna Banderali, Dr. Tiziana Todesco, Dr. Enrico Patacca, Dr. Marwan El Gouch, Dr. Angela Veronesi
- Psicologi: Dr. Iginio Marchi, Dr. Sabrina Marchi, Dr. Maddalena Conti, Dr. Cristina Scutari, Dr. Eisa Chignola
- Educatore: Dr. Antonella Ruocco
- Dietisti: Dr. Maria Zita Sartori, Dr. Caterina Cerniglia, dr. Ilaria Gavasso
- Infermiere caposala: Adalgisa Zanetti
- Valutazione psicodiagnostica: Dr. Angela Veronesi: Dr. Elisa Chignola.
- Statistica: Dr. Simona Calugi

Grazie

