



I Disturbi del Comportamento Alimentare: un ponte-
pratica clinica e ricerca scientifica

**Nuove esperienze di cura CUDICA: psicoterapia
di gruppo e ambulatorio Cognitive Remediation
Therapy**

UDINE

13 dicembre 2019

Dott.ssa Luana Saetti - Psicologa-Psicoterapeuta

Dipartimento di Salute Mentale di Udine
SS Trattamento per i Disturbi del Comportamento Alimentare
**Centro Unico Disturbi del Comportamento Alimentare
(CUDICA)**

SOC Clinica psichiatrica
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine



IL GRUPPO E LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO

- **IL GRUPPO**
- **LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO**
- **FATTORI TERAPEUTICI DELLA
PSICOTERAPIA DI GRUPPO**

IL GRUPPO

- Per sociologi e psicologi uno dei tratti distintivi del gruppo è la presenza partecipante di più individui che, grazie anche all'interazione prolungata e alla condivisione di obiettivi, sperimentano una sorta di identità sovra individuale, sancita da norme, ruoli e valenze affettive



GRUPPI ATTIVI AL CUDICA

GRUPPI DI PSICODUCAZIONE

GRUPPI DI PSICOTERAPIA



PSICOEDUCAZIONE

Tecnica che sviluppa un processo di corretta **informazione** sul disturbo diagnosticato (natura, caratteristiche e andamento, prognosi, possibilità di trattamento e di gestione) al paziente e alle sue persone di riferimento (caregivers), favorendo l'accettazione e l'elaborazione della diagnosi stessa ma anche il riconoscimento, la comprensione e la gestione delle sue manifestazioni sintomatologiche.

Si fonda sul principio secondo cui informare e incrementare la **consapevolezza** del proprio disturbo nel paziente, equivale a renderlo positivamente **responsabile** del proprio benessere, entro un percorso di cura che lo vede attivo.


GRUPPI DI PSICOEDUCAZIONE ATTIVI AL CUDICA

- **PER PAZIENTI BED** 13 incontri di cui 5 con la dietista, a cadenza settimanale
- **PER CAREGIVERS** – NUOVO MODELLO MAUDSLEY
10 incontri a cadenza settimanale



CHE COS'E' LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO?

- È UN PECULIARE TIPO DI TERAPIA IN CUI L'INTERVENTO CLINICO VIENE EFFETTUATO IN UN SETTING GRUPPALE SOTTO LA DIREZIONE DI UNO PSICOTERAPEUTA, PER AIUTARSI NON SOLO INDIVIDUALMENTE MA ANCHE RECIPROCAMENTE



Fattori terapeutici intrinseci alla Psicoterapia di gruppo

Irvin D. Yalom (1974)

scrittore, psichiatra, psicoterapeuta e docente statunitense

A prescindere dall'orientamento di base del gruppo terapeutico, alcune funzioni sono presenti in ciascuna psicoterapia di gruppo



La *natura profondamente relazionale dell'uomo*, fattore che sta alla base del cambiamento che avviene nella terapia di gruppo, è stata confermata anche dalle recenti scoperte neurofisiologiche sui **neuroni specchio**, che hanno permesso di dare nuove spiegazioni a fenomeni come *l'empatia, lo scambio emozionale intersoggettivo, la conoscenza relazionale implicita, lo sviluppo della funzione riflessiva*. (Rizzolatti, 2006)

Il fenomeno del **mirroring** consiste nel fatto che quando qualcuno osserva i movimenti di un'altra persona si produce un'attivazione della corteccia motoria anche in assenza di qualsiasi movimento da parte del soggetto che osserva. Ciò implica che è fondamentale nell'uomo l'osservazione dell'altro e che è possibile conseguire una *comprensione esperienziale diretta del comportamento altrui*

GRUPPI DI PSICOTERAPIA ATTIVI AL CUDICA

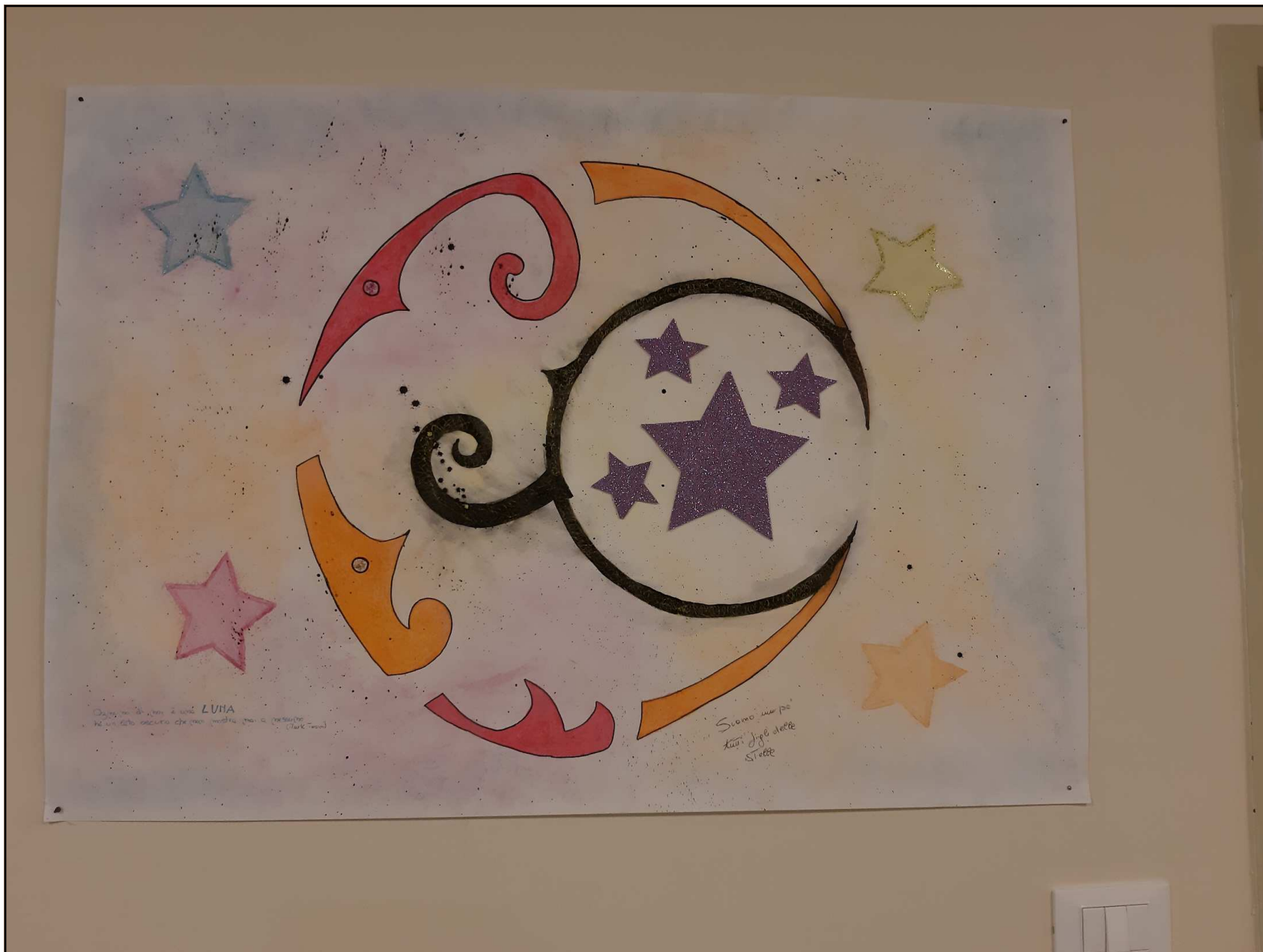
1. Gruppo lunedì mattina utenti centro diurno con cadenza settimanale
2. Gruppo Follow up AN/BN lunedì pomeriggio utenti ambulatoriali esterni con cadenza mensile
3. Gruppo Follow up BED giovedì pomeriggio utenti ambulatoriali esterni con cadenza mensile
4. Gruppo AN/BN lunedì pomeriggio utenti ambulatoriali esterni con cadenza settimanale
5. Gruppo BED giovedì pomeriggio utenti ambulatoriali esterni con cadenza settimanale

1. Gruppo lunedì mattina utenti centro diurno con cadenza settimanale

- Gruppo aperto in quanto avvengono ingressi e dimissioni
- Da un minimo di 3 a un massimo di 10 persone
- Uso delle mappe
- Laboratorio canzoni
- Laboratorio cinema
- **Laboratorio emozioni**
- Laboratorio fiabe
- Laboratori creativi







Oggi, con la luna, è così LUNA
In un'età oscura che non muoia, per il nessuno
Clark Kent

Siamo un po'
tutti Jopl delle
Storie



2. GRUPPO PSICOTERAPIA FOLLOW UP AN/BN DEL LUNEDI POMERIGGIO

Delle 8 persone:

5 provenivano dall'esperienza del Centro diurno

1 era una paziente ambulatoriale

Una persona ha lasciato il percorso subito dopo il primo incontro per difficoltà a sostenere l'incontro di gruppo.

Un'altra persona, non ha concluso completamente il percorso terapeutico.

Una persona si è trasferita all'estero

5 persone hanno concluso il percorso e proseguono con il follow up

3. GRUPPO PSICOTERAPIA FOLLOW UP BED DEL GIOVEDI' POMERIGGIO

Delle 7 persone:

tutte provenivano dal gruppo BED psicoeducativo

Una persona ha lasciato il percorso subito dopo il primo incontro per difficoltà a sostenere l'incontro di gruppo.

2 persone hanno lasciato il gruppo dopo tre incontri per problematiche familiari

Una persona non ha concluso completamente il percorso terapeutico.

3 persone hanno portato a termine il gruppo e proseguono con il follow up

4. GRUPPO PSICOTERAPIA DEL LUNEDÌ POMERIGGIO (AN/BN)

Il gruppo dei candidati alla psicoterapia di gruppo del lunedì è stato selezionato sulla base della osservazione del percorso individuale che stavano effettuando. La riflessione è stata di proporre uno strumento (il gruppo) che utilizzasse il rispecchiamento ed il confronto di gruppo a prescindere dall'esito comportamentale.

GRUPPO PSICOTERAPIA AN/BN DEL LUNEDI' POMERIGGIO - *ORIGAMI*

Delle 8 persone:

4 provengono dall'esperienza del Centro diurno

4 sono pazienti ambulatoriali esterni

Una persona ha lasciato il percorso dopo i primi incontri per difficoltà a sostenere l'esperienza grupppale.

7 stanno frequentando

5. GRUPPO PSICOTERAPIA BED DEL GIOVEDI' POMERIGGIO - *QUELLI DEL GIOVEDI'*

Delle 6 persone:

tutte provenivano dal gruppo BED psicoeducativo

Una persona ha lasciato il percorso subito dopo il primo incontro per difficoltà a sostenere l'esperienza di gruppo.

5 persone stanno frequentando



METODOLOGIA UTILIZZATA

- ✓ Presentazione
- ✓ Raccolta di aspettative, obiettivi e temi
- ✓ Condivisione delle regole e della metodologia
- ✓ Test: COPE Coping Orientation to the Problems Experienced pre e post
- ✓ MQOP Mini Questionario sulla Organizzazione Personale
- ✓ Mappe pre e post
- ✓ Laboratorio emozioni
- ✓ Narrazioni scritte, role playing, produzioni personali, restituzioni, ecc.

Esempio di Programma del gruppo di psicoterapia *Origami*

1	7 OTTOBRE	<p>Incontro di conoscenza Presentazione / aspettative, obiettivi, temi Test: COPE - MQOP Lavoro emozioni Homeworks: mappa concettuale pre Creazione acrostico Lavoro di decodifica delle emozioni da fare a casa e portare le volte successive</p>
2	14 OTTOBRE	<p>Ciao, ti presento me stessa... Presentazione delle mappe Verifica compito emozioni/acrostico Homeworks : scatola degli oggetti Scegliere: un oggetto che gli assomiglia, un oggetto che rappresenta una caratteristica che vorrebbe avere, un oggetto che rappresenta un difetto</p>
3	21 OTTOBRE	<p>Verifica e confronto sul compito degli oggetti Lavoro di decodifica dell'emozione prevalente della settimana, con focus "la prima volta che l'hai provata".. Homeworks: descrizione di un episodio di rabbia, tristezza, gioia, paura, disgusto. Attribuire valore da 0 a 10 Scegliere un oggetto da donare agli altri perché hanno bisogno di quella caratteristica</p>

Aspettative	Obiettivi	Temi
<ul style="list-style-type: none"> x Avere un momento di confronto che mi permetta di sentirmi ascoltata senza essere giudicata ed essere libera di condividere tutto x Supporto a vicenda x Condivisione x Fare nuove conoscenze x Poter parlare di me senza vergogna di presentarmi per ciò che sono e poter arricchirmi delle esperienze di vita degli altri. x Mi piacerebbe raccontarmi un po' e guardarmi "dal di fuori", togliendo così almeno un po' il mio punto di vista x Trovare delle ragioni per vivere x Vorrei essere compresa x 	<ul style="list-style-type: none"> x Andare in Sardegna e Scozia in estate (m) x Stare meglio e avere un altro bimbo (l) x Andare in America x Smettere di far soffrire la mia famiglia e le persone che mi vogliono benessere x Diventare batterista x Diplomarmi x Capire cosa voglio fare dopo x Guarire x Stare bene (capire cosa mi fa male e risolvere il problema) (b) x Trovare la mia strada e fare qualcosa che mi piace (l) x Stare meglio interiormente (b) x Andare in Norvegia (m) x Avere una mia famiglia (l) x 	<ul style="list-style-type: none"> x Paura di non essere abbastanza per gli altri – la perfezione x L'amicizia x Relazioni e intimità x Rapporto col proprio corpo e con gli altri x Il femminile nel rapporto con l'altro x Gestione emozioni x Comunicare con gli altri senza ferire i sentimenti x Superare le paure x Imparare ad amare se stessi x Relazioni x Svincolo dalla famiglia x Dire di no x Senso di colpa x Accettazione proprio corpo x Emotività x

TEST COPE COPING ORIENTATION TO PROBLEMS EXPERIENCED

Carver et al (1989)
Validato in italiano da Sica et al (1997)

COPING (fronteggiamento) indica l'insieme dei meccanismi psicologici adattivi messi in atto da un individuo per fronteggiare problemi emotivi e interpersonali, allo scopo di gestire, ridurre o tollerare lo stress ed il conflitto

TEST COPE COPING ORIENTATION TO PROBLEMS EXPERIENCED

Consiste di 13 scale e 72 item:

- 5 scale sul **coping problem-focused** (coping attivo, pianificazione, ricerca di sostegno per ragioni strumentali, accettazione, reinterpretazione positiva e crescita)
- 5 scale sul **coping emotion-focused** (soppressione delle attività alternative, coping di restrizione, ricerca di sostegno sociale per ragioni emotive, religione, diniego)
- 3 scale che valutano l'espressione di emozioni, il disimpegno comportamentale e l'autodistruzione

MQOP Mini Questionario sulla Organizzazione Personale

Bellantuono C., Nardi B. 2009

- 20 affermazioni
- Possibilità di risposta in una scala da 1 *completamente falso per me* a 6 *completamente vero per me*
- 4 fattori relativi a ciascuna **OSP** (organizzazione di significato personale)
 - **TIPO DEPRESSIVO (DISTACCATA)**
 - **TIPO FOBICO (CONTROLLANTE)**
 - **TIPO DISTURBO ALIMENTARE PSICOGENO (CONTESTUALIZZATA)**
 - **TIPO OSSESSIVO (NORMATIVO)**

OSP Organizzazione di Significato Personale (Guidano V)

TIPO DEPRESSIVO (DISTACCATA)

Continuo e latente senso di perdita, autosufficienza compulsiva e attribuzione tipicamente interna

TIPO FOBICO (CONTROLLANTE)

Senso di sé vulnerabile, oscillazione tra tonalità emotive basiche di paura e curiosità, tra pericolosità e protezione, bisogno di controllo

TIPO DISTURBO ALIMENTARE PSICOGENO (CONTESTUALIZZATA)

Senso di sé vago e indefinito, dipendenza dal contesto esterno, attenzione alle aspettative percepite negli altri, bisogno di consenso e approvazione, vulnerabilità alle critiche, perfezionismo

TIPO OSSESSIVO (NORMATIVO)

Senso di sé dicotomico, di responsabilità, equità, ordine, certezza, dovere, lentezza nei processi decisionali, fiducia nella logica e nella razionalità, dubbio sistematico

MAPPE

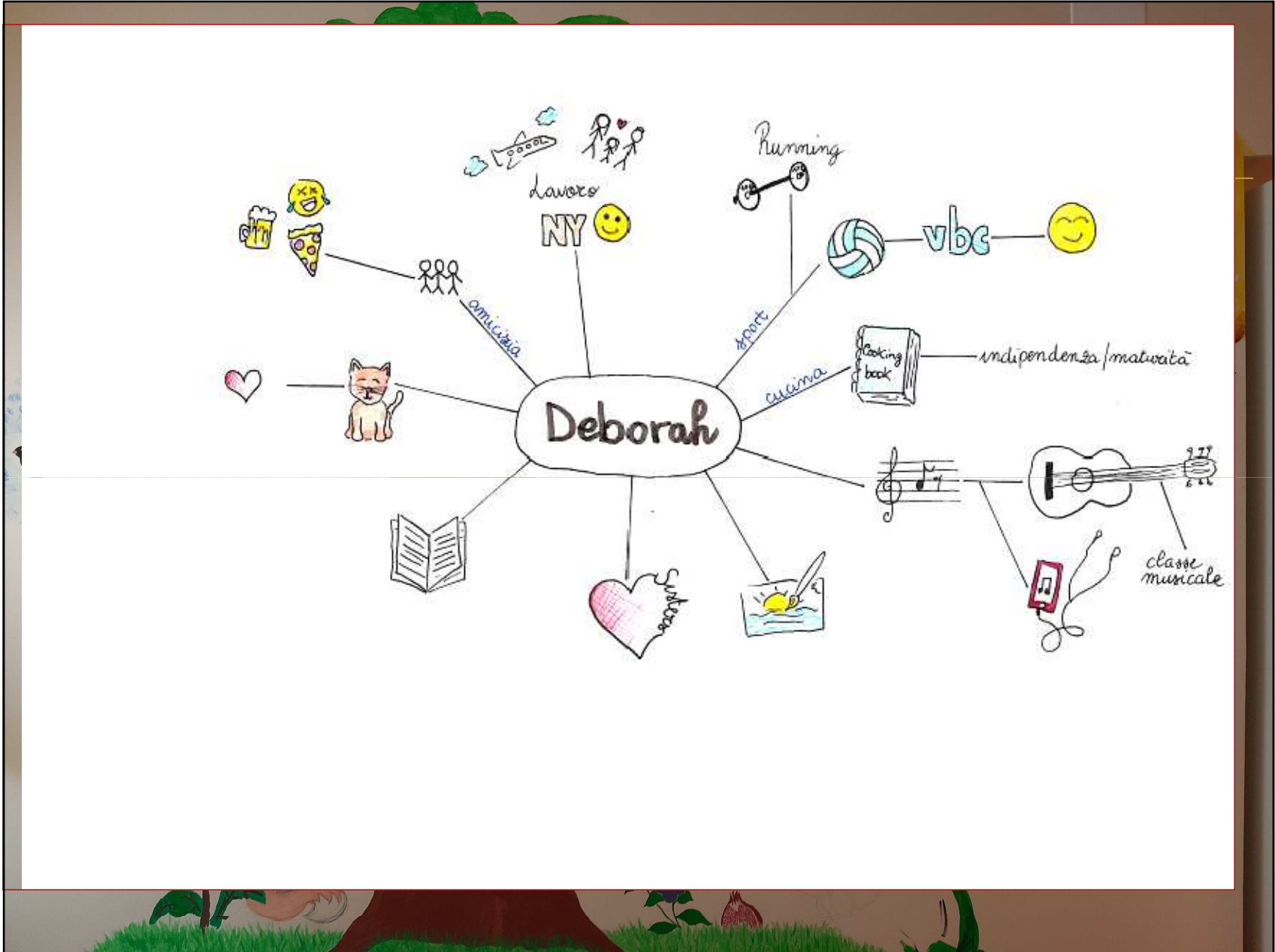
E' uno strumento grafico che serve a mettere in evidenza i concetti principali di un argomento e i legami che esistono tra questi concetti.

(Joseph D. Novak)

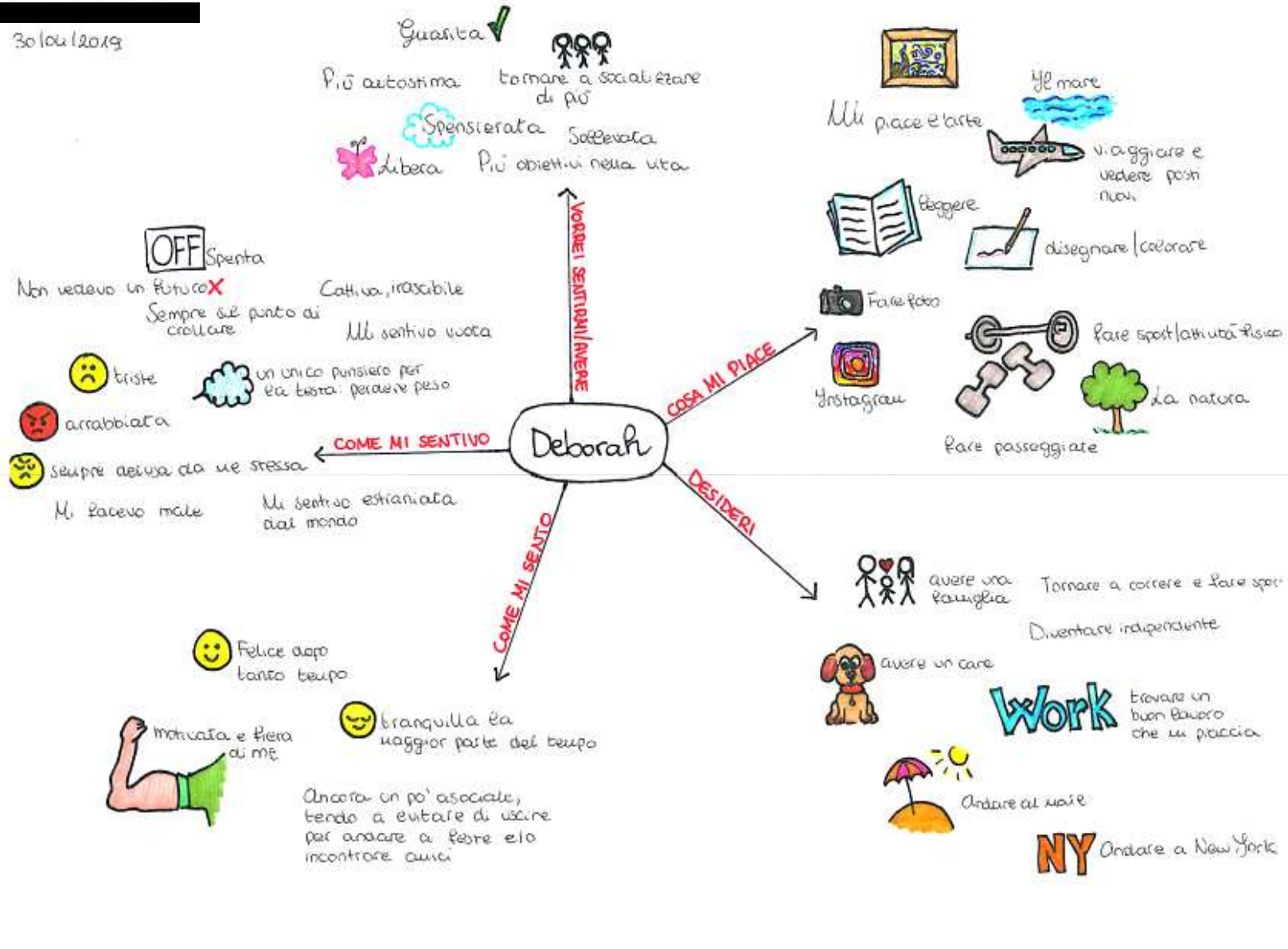
MAPPE

Le mappe permettono di rappresentare le informazioni e le idee coinvolgendo sia le funzionalità logico-razionali sia quelle immaginifico-creative

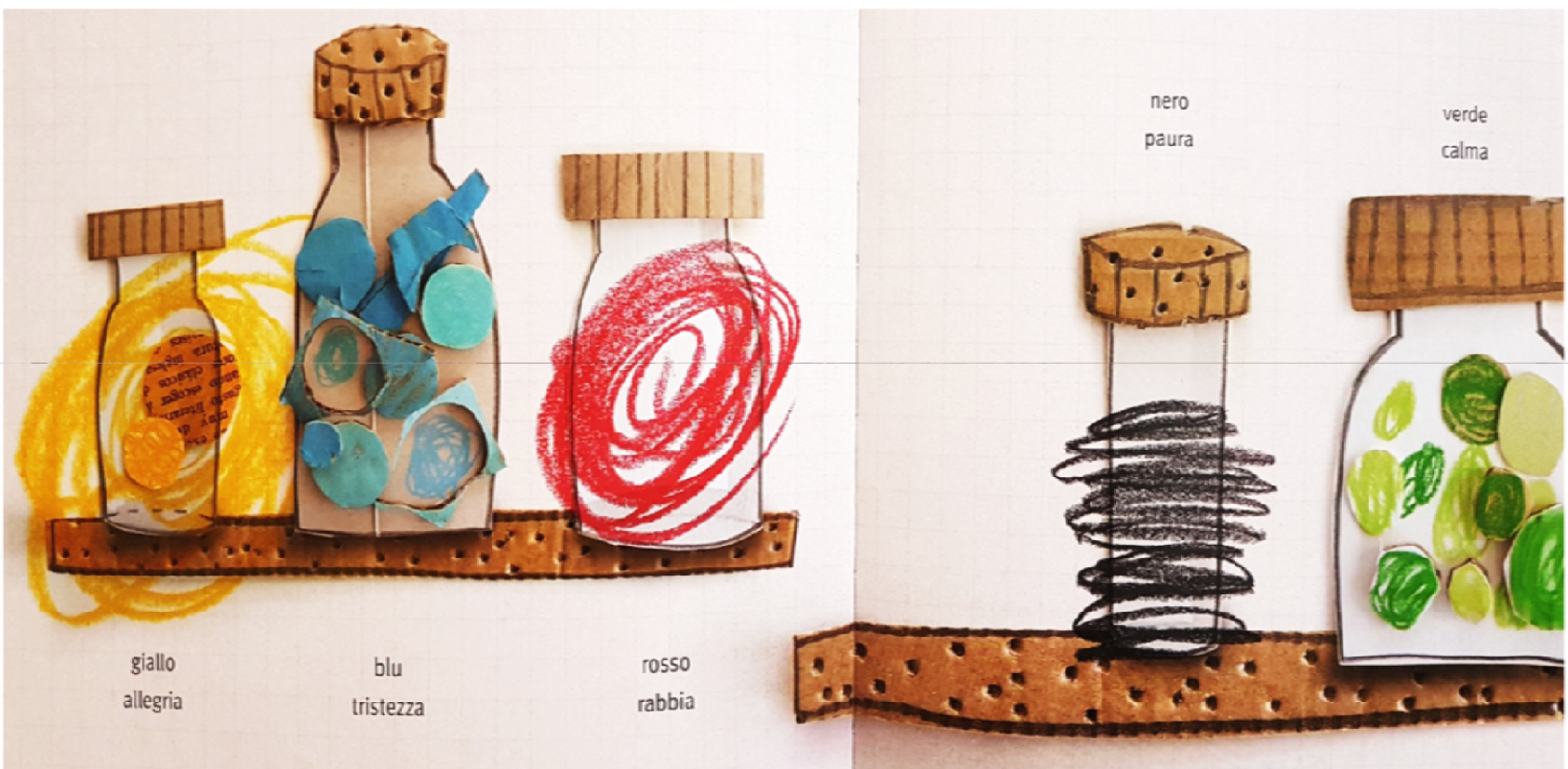
L'idea principale si trova al centro dello schema, mentre le informazioni e i dettagli vengono legati secondo una geometria radiante via via verso l'esterno



30/01/2019



LABORATORIO EMOZIONI



La capacità di riconoscere e gestire le proprie ed altrui emozioni è una competenza fondamentale per l'adattamento sociale e relazionale di ogni essere umano, in quanto conoscere le emozioni permette di sviluppare strategie di coping e di stabilire relazioni sociali positive.



Esempio di una restituzione 1

Gruppo di psicoterapia del lunedì 2019

Inizio:25/03/2019

Fine: 30/09/2019

Partecipanti: G. C., S. C., E. L., S. M., E. P., S. P., S. R., E. Z.

RESTITUZIONE - PARTE GENERALE

Il gruppo dei candidati alla psicoterapia di gruppo del lunedì è stato selezionato sulla base della osservazione del percorso individuale che stavano effettuando. La riflessione è stata di proporre uno strumento che utilizzasse il rispecchiamento ed il confronto di gruppo che però vivevano i medesimi processi psicopatologici, a prescindere dall'esito comportamentale.

Aspettative	Obiettivi	Temi	Restituzione
<p>× Avere un momento di confronto che mi permetta di sentirmi ascoltata senza essere giudicata ed essere libera di condividere tutto x Condivisione di tecniche anti ricaduta x Supporto a vicenda x Condivisione x Condividere i problemi x Trasparenza x Fare nuove conoscenze x Poter parlare di me senza vergogarmi</p>	<p>Andare in Sardegna e Scozia in estate (m) x Stare meglio e avere un altro bimbo (l) Andare in America Smettere di far soffrire la mia famiglia e le persone che mi vogliono bene Diventare batterista Diplomarmi Capire cosa voglio fare dopo Guarire Completare master per correttore di</p>	<p>Paura di non essere abbastanza per gli altri x Concetto di perfezione x La separazione x L'amicizia Relazioni e intimità x La bellezza come concetto e la nostra relazione col tema x Rapporto col proprio corpo e con gli altri x Rapporto col cibo ora Rapporto col tempo libero x Emozioni e gestione attraverso il confronto</p>	<p>L'impressione sulle aspettative è che appaiono realistiche e coerenti con la missione del gruppo.</p> <p>L'impressione sugli obiettivi è molto positiva perchè sono stati enunciati obiettivi psicologici interni ed aspirazioni esterne alla malattia. L'impressione sui temi selezionati è molto favorevole e denota intelligenza emotiva</p>

Esempio di una restituzione 2

Considerazioni TEST COPE e MPQS: confronto dei risultati pre e post gruppo.
G. C.

L'andamento delle strategie di coping di G. C. dimostrano quanto segue:

- aumento del coping attivo orientato sull'emozione per quanto riguarda specificatamente l'aumento
- , l'uso del supporto sociale emotivo e l'aumento del meccanismo di difesa dell'umorismo;

la stabilità delle risposte di coping evitante orientato all'emozione ed al problema per quanto riguarda i meccanismi del "trattenersi" e della "soppressione di attività interferenti".

Si segnala un vistoso aumento della focalizzazione ed espressione delle emozioni al quale si osserva una stabilità dei meccanismi del "trattenersi« ed un calo della reinterpretazione positiva e crescita. Tali osservazioni dei processi di coping, suggerirebbero un impiego del canale emotivo senza la necessaria riflessione e reinterpretazione delle emozioni meno ecologiche. Si osserva nel complesso una stabilità delle strategie di evitamento con un contestuale aumento della richiesta di sostegno sociale e riconoscimento del problema.

L'organizzazione di significato personale (OSP) in cui si collocano queste risorse vede una prevalenza del tipo contestualizzata (DAPPICA) 32%, controllante (FOBICA) 29%, normativa (OSSESSIVA) 22% e distaccata (DEPRESSIVA) 19%.

RESTITUZIONE SULL'IMMAGINE DI SE' (MAPPA CONCETTUALE)

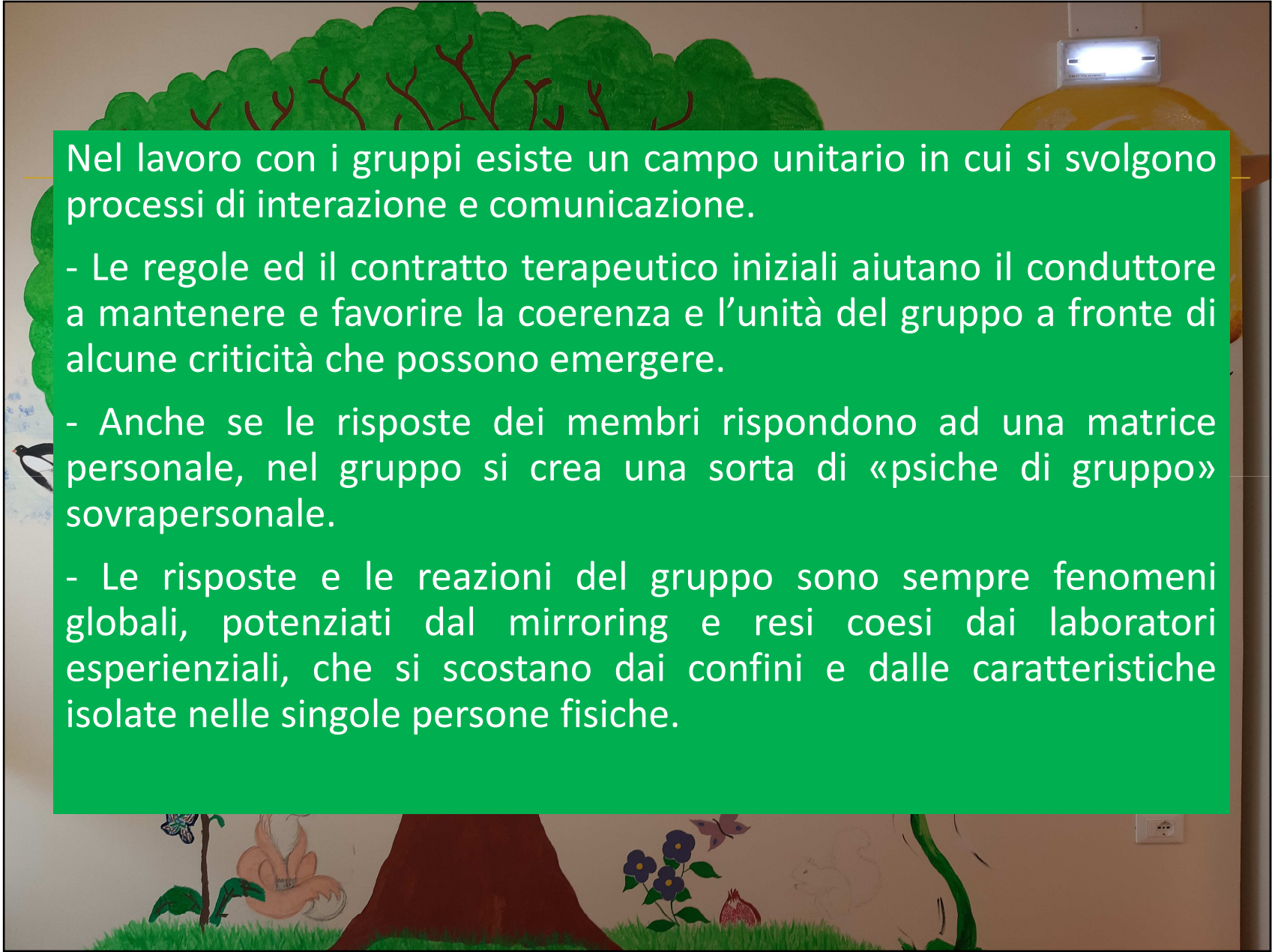
Persona	Propria presentazione	Nostra Restituzione
	<p>Prima Legame troppo stretto con i miei familiari. FRAGILE, specie in seguito alla separazione. Più CHIUSA, condividevo il mio personale con difficoltà. Sempre pronta a giudicare il prossimo. Con voglia di GUARIRE E VIVERE. Meno CONSAPEVOLE di tante cose di me. In GUARIGIONE appena uscita da un percorso in centro diurno. SUPER PRESTANTE ED IPER ATTIVA E MOLTO CRITICA. MENO RICCA anche di esperienze altrui. Più scettica sull'esperienza di gruppo. Difficile rapporto con il corpo. Più SOLA con meno persone di cui potermi davvero fidare. INCERTA sul futuro (universitario).</p> <p>Dopo Legame un po' più con i miei familiari. Sono una roccia, un po' più dura, la corazza si è rafforzata. Rispettosa del vissuto altrui, giudico molto meno. Più APERTA sul mio personale. Più CONSAPEVOLE di limiti e debolezze, punti salienti. Voglia di vivere e guarire. In guarigione, ma con un percorso più solido alle spalle.</p>	<p>Uno degli aspetti maggiormente evidenti sta nell'aumento della consapevolezza di Sè e della propria identità.</p> <p>La mappa pre, pare esprimere maggiormente una insicurezza di base che le impedisce di sperimentarsi creativamente con il prossimo. Pare osservarsi che la ricerca di un controllo su tutti gli ambiti a lei vicini (famiglia, scuola, amici, corpo..) le impedisca di sperimentarsi ed esprimersi per quanto di fatto Giulia è ed ha.</p> <p>Tale limite ha evidentemente delle ripercussioni su tutti i suddetti ambiti: l'eccessivo bisogno di perfezionismo e controllo, non le permette di rischiare per evitare di incorrere in un feedback</p> <p>Nella mappa post sembra di cogliere una maggior consapevolezza delle dinamiche transferali che avvengono tra Sè e gli Altri, con una adeguata modalità di riconoscimento di ciò che è suo e di ciò che è degli Altri. Si ritiene che vi sia ancora del lavoro da fare in merito ai temi del "controllo" e del "perfezionismo", ma che una maggiore genuinità e una migliore capacità di stare nel "no" ed in ciò che esso comporta, possa aiutare Giulia nel riconoscere la propria identità, scevra da modelli falsamente imitativi.</p>

Restituzione

CONCLUSIONI: CONSIDERAZIONI FINALI

Dopo 6 mesi di terapia si sono osservate in modo evidente un aumento delle competenze riflessive e rispetto alla decodifica ed espressione delle emozioni che inducono a comportamenti disfunzionali sul cibo e sull'immagine corporea. Questa presa di coscienza, ha permesso singoli membri del gruppo, di prendere confidenza con una capacità di esprimere il dolore, la sofferenza, semplicemente il proprio pensiero, utilizzando le parole e non più il corpo. L'impiego di una modalità funzionale di esprimersi, induce la persona ad essere maggiormente funzionante nella società in cui è inserita. La maggiore competenza e consapevolezza, inoltre, ha portato ad una ristrutturazione del pensiero disfunzionale e ad una modifica del comportamento che si osserva non solo per se stessa, ma anche nelle relazioni personali, professionali e nella progettualità futura.

Un ulteriore apprendimento sembra rilevarsi nella cognizione dei membri del gruppo della appropriatezza delle skills sociali, del confronto non giudicante del piccolo gruppo e nella sperimentazione di una mappa del mondo portata successivamente all'esterno. Dal punto di vista delle dinamiche di gruppo, si è osservato un sostegno vicario tra i membri ed una buona capacità di ingaggiarsi senza mai risultare intrusivi e giudicanti.

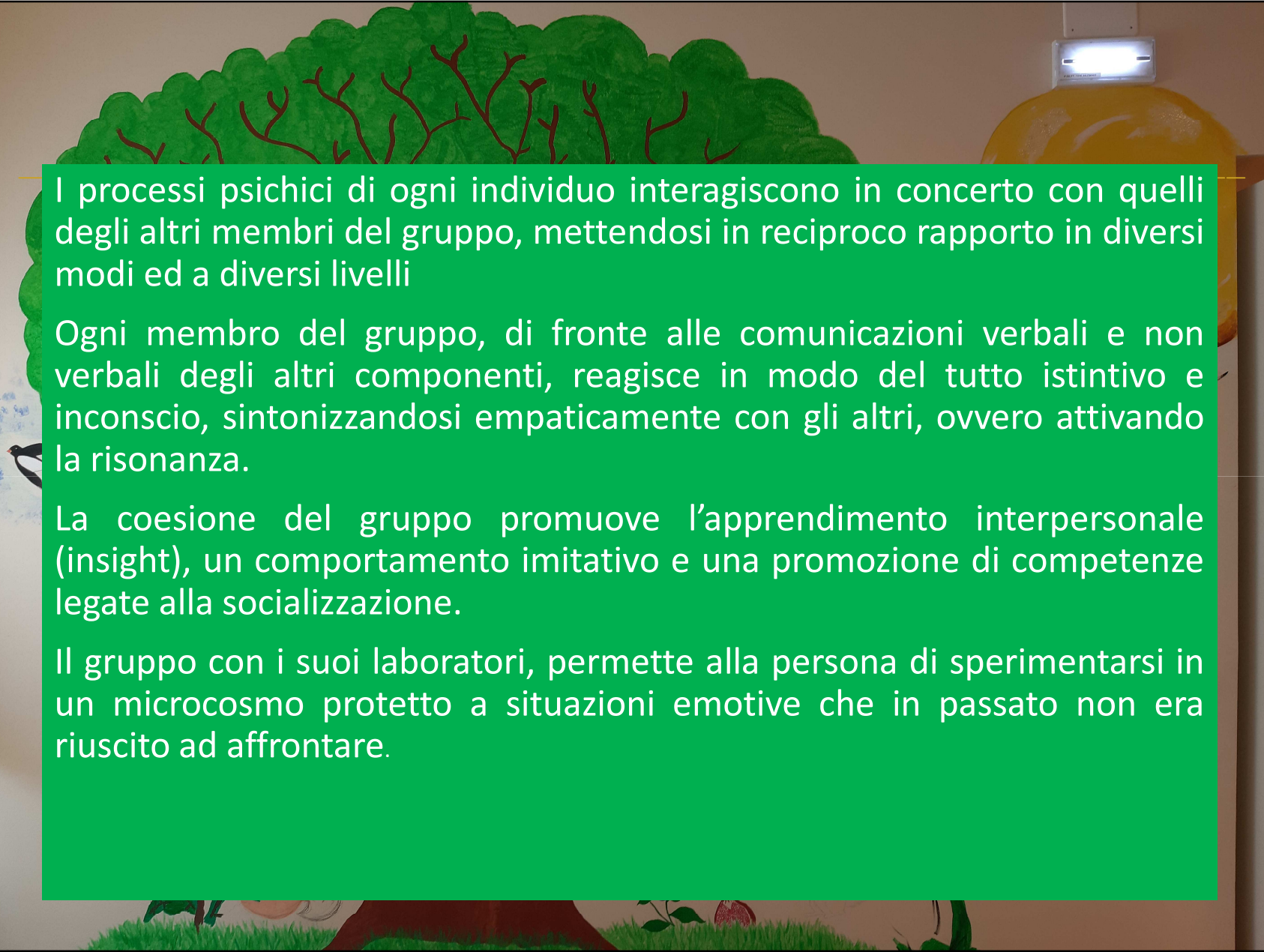


Nel lavoro con i gruppi esiste un campo unitario in cui si svolgono processi di interazione e comunicazione.

- Le regole ed il contratto terapeutico iniziali aiutano il conduttore a mantenere e favorire la coerenza e l'unità del gruppo a fronte di alcune criticità che possono emergere.

- Anche se le risposte dei membri rispondono ad una matrice personale, nel gruppo si crea una sorta di «psiche di gruppo» sovraperonale.

- Le risposte e le reazioni del gruppo sono sempre fenomeni globali, potenziati dal mirroring e resi coesi dai laboratori esperienziali, che si scostano dai confini e dalle caratteristiche isolate nelle singole persone fisiche.



I processi psichici di ogni individuo interagiscono in concerto con quelli degli altri membri del gruppo, mettendosi in reciproco rapporto in diversi modi ed a diversi livelli

Ogni membro del gruppo, di fronte alle comunicazioni verbali e non verbali degli altri componenti, reagisce in modo del tutto istintivo e inconscio, sintonizzandosi empaticamente con gli altri, ovvero attivando la risonanza.

La coesione del gruppo promuove l'apprendimento interpersonale (insight), un comportamento imitativo e una promozione di competenze legate alla socializzazione.

Il gruppo con i suoi laboratori, permette alla persona di sperimentarsi in un microcosmo protetto a situazioni emotive che in passato non era riuscito ad affrontare.



AMBULATORIO COGNITIVE REMEDIATION THERAPY



Rivolto a pazienti ambulatoriali con diagnosi di Anoressia Nervosa sia afferenti al centro diurno sia esterni

PROBLEMATICHE DELL'ANORESSIA NERVOSA

- Malattia complessa: decorso e prognosi gravi
 - Tendenza alla **cronicizzazione**
(lunga storia di malattia) *(Hay & Touyz, 2015)*
 - Alta **resistenza** alla terapia *(Treasure & Schmidt, 2013)*
 - Basso tasso di **remissione** *(Crane et al., 2007)*
 - Disturbo mentale con più alto tasso di **mortalità** *(Schmidt et al., 2016)*
- Terapia attuale possiede evidenze limitate

DI CONSEGUENZA

Caratteristiche peculiari	Funzioni esecutive
Rigidità cognitiva (Davies et al., 2009)	↓ Set-shifting: flessibilità nello spostare l'attenzione tra compiti ed operazioni (Roberts et al., 2010)
Attenzione verso il dettaglio (Lopez et al., 2008)	↓ Coerenza centrale: processamento globale delle informazioni (Tenconi et al., 2010)
Perfezionismo (Woodside & Halmi, 2003)	

- Alterazioni dell'assetto metacognitivo** (McDerm. et al., 2011)
 Conoscenza dei propri pensieri e modo di pensare


CLINICAMENTE

- Meticoloso rispetto di regole autoimposte
 - Digiuno prolungato o attività fisica eccessiva
 - Dieta esclusivamente basata su contenuto calorico o percentuale di grassi
- Tendenza a spingersi sempre oltre
- Forte rifiuto verso il cambiamento

IMPATTO NEGATIVO SULL'ESITO DELLA TERAPIA

SOLUZIONI?

Cambiare approccio, spostando il *focus* della
terapia:



Processi di pensiero
→ Consapevolezza e
strategie



Sintomi alimentari

LA COGNITIVE REMEDIATION THERAPY

- Nata come trattamento delle lesioni cerebrali durante la Seconda Guerra Mondiale
- Utilizzo poi ampliato ad altri campi della neurologia e psichiatria (es. schizofrenia)
- Negli ultimi 10 anni anche **DCA**, anoressia in particolare: aumento evidenze di beneficio

Case report

Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings

Kate Tchanturia*, Helen Davies and Iain C Campbell

Address: Section of Eating Disorders, Institute of Psychiatry, King's College London, London, SE5, 8AF, UK

Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa

Jenni Leppanen¹, James Adamson^{1,2} and Kate Tchanturia^{1,2,3*}

¹Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology, and Neuroscience, King's College London, London, United Kingdom, ²South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, United Kingdom, ³Department of Psychology, Ilia State University, Tbilisi, Georgia

AN IDEA WORTH RESEARCHING

Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa: Current Evidence and Future Research Directions

Kate Tchanturia, PhD*
Samantha Lloyd, MSc
Katie Lang, MSc

© 2013 by Wiley Periodicals, Inc.

(Int J Eat Disord 2013; 46:492–495)

IN COSA CONSISTE?

- Svolgimento di esercizi cognitivi con successiva riflessione sull'operato
- **Bersaglio:** processo di pensiero, NON contenuto
- **Obiettivo:** instaurare piccoli cambiamenti del modo di pensare, propedeutici a cambiamenti maggiori di comportamenti patologici



- Studio

- **Obiettivo:** indagare eventuali miglioramenti nelle abilità e caratteristiche classicamente compromesse nell'AN dopo un ciclo di CRT in 7 pazienti frequentanti:

- Centro diurno
- Ambulatori

Centro Unico per il Trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (CUDICA)

MATERIALI E METODI

I pazienti sono stati valutati sia prima (T_0) che dopo (T_1) essersi sottoposti ad un ciclo completo di 10 sessioni di CRT, tramite:

- Misura del BMI
- Test neuropsicologici
- Questionari di autovalutazione (*Self-report*)

+ Lettere al terapeuta: feedback dei pazienti

TEST E QUESTIONARI

Flessibilità cognitiva	Processamento globale dell'informazione	Metacognizione	Autostima e coping
Trail Making test-B (TMT-B) Wisconsin Card Sorting Test (WCST)	Rey–Osterrieth complex figure test (ROCF)	Metacognition Questionnaire (MCQ-30) Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-R)	Rosenberg Self- Esteem Scale (RSE) Brief-Cope

PROTOCOLLO DI TRAINING

- Ciclo di CRT della durata di 10 settimane
 - 1 sessione a settimana
 - 80' a sessione
 - 40' svolgimento esercizi
 - 40' riflessione metacognitiva
- Software: **CogniPlus®**
 - Specificamente rivolto al miglioramento delle funzioni cognitive
 - Utilizzato in numerose patologie neurologiche e psichiatriche
 - Mai usato nell'ambito dei **DCA** in letteratura

ESERCIZI – CogniPlus®

Specificamente validati per allenare una o più specifiche **funzioni cognitive**.



PLAND



VIDID



CODING

RISULTATI

- Per 2 pazienti non è stato possibile fare la valutazione al T₁ per ragioni estranee al trattamento
- Variazioni statisticamente significative ($p < 0,05$):
 - **BMI** (aumento)
 - **Rey–Osterrieth complex figure test** (miglioramento punteggi)
- Per gli altri test e questionari non si rilevano variazioni statisticamente significative, ma si registra un **miglioramento diffuso** dei risultati in termini assoluti

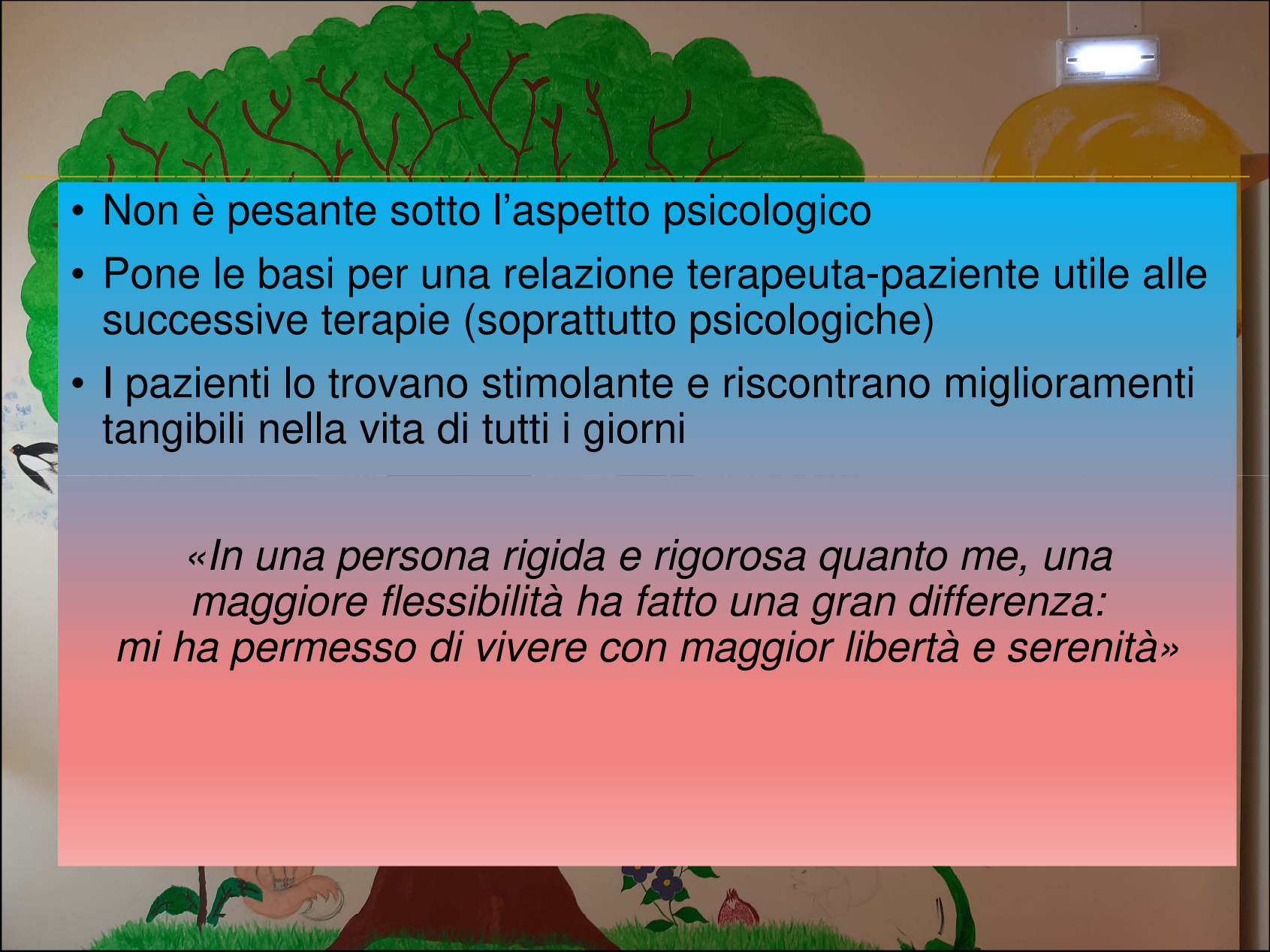
Flessibilità cognitiva	Processamento globale dell'informazione	Metacognizione	Autostima e coping
Trail Making test-B (TMT-B): ↓ Perfezionismo Wisconsin Card Sorting Test (WCST): ↓ Rigidità e perseverazioni	<u>Rey-Osterrieth complex figure test</u> <u>(ROCF):</u> ↑ Abilità visuo- spaziali ↑ Processamento informazione visiva ↑ Coerenza centrale	Metacognition Questionnaire (MCQ-30): ↑ Funzionamento metacognitivo Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-R) ↔ Ricerca rassicurazioni e monitoraggio peso/forma	Rosenberg Self- Esteem Scale (RSE): ↔ Autostima Brief-Cope: ↔ Strategie coping inefficaci ↑ Attitudine positiva e attività

IN TERMINI CLINICI

- I valori che si sono ottenuti si collegano a vari outcome clinici, come in letteratura:
- Diminuzione della focalizzazione sui punti del corpo critici nel disturbo *(Danner et al., 2012)*
- Diminuzione dell'attenzione spasmodica verso il contenuto calorico o di grassi dei cibi
(Lang et al., 2016)
- Diminuzione della ricerca della magrezza *(Davenport et al., 2015)*
- Pazienti in **remissione** hanno performance migliori nei vari test che abbiamo utilizzato *(Harrison et al., 2011)*

ACCETTABILITÀ DEL TRATTAMENTO

Grazie alle lettere al terapeuta si è potuto appurare che il trattamento...

- 
- Non è pesante sotto l'aspetto psicologico
 - Pone le basi per una relazione terapeuta-paziente utile alle successive terapie (soprattutto psicologiche)
 - I pazienti lo trovano stimolante e riscontrano miglioramenti tangibili nella vita di tutti i giorni

«In una persona rigida e rigorosa quanto me, una maggiore flessibilità ha fatto una gran differenza: mi ha permesso di vivere con maggior libertà e serenità»

CONCLUSIONI

- Risultati rispecchiano quelli di studi simili per popolazione e modalità
- Contributo del nostro studio:
 - Estensione delle indagini a **più aree neurocognitive**
 - Utilizzo di un **software** mai impiegato prima nell'ambito e vantaggioso rispetto all'approccio carta e matita
- Studio suggerisce come la CRT contribuisca a migliorare le capacità cognitive e sia un trattamento ben accettato
- Il *pattern* riscontrato si presta ad ulteriori approfondimenti

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



**AUGURI
A TUTTI
DI BUONE
FESTE**

