

**LA TERAPIA COGNITIVO
COMPORTAMENTALE DEI
DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**

Christopher G. Fairburn

ECLIPSI

Collana Scienze Cognitive e Psicoterapia, con la Supervisione Scientifica dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze)

Traduzione italiana di:

Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders

Traduzione: Claudia Carraresi e Carla Jane Scott-Monkhouse

Cura: Alessandra Carrozza e Riccardo Dalle Grave

Videompaginazione: Camilla Romoli

Copyright © 2008 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
72 Spring Street, New York, NY 10012
www.guilford.com

Copyright © 2010 Eclipsi di IPSICO
Via Mannelli 139
50132 Firenze
Tel. 055-2466460
www.eclipsi.it

ISBN: 978-88-89627-03-7

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica, di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

A Guy, Sarah e Susan

GLI AUTORI

CHRISTOPHER G. FAIRBURN, DM, FMEDSCI, FRCPsych, è il Ricercatore Universitario Principale del *Wellcome* e Professore di Psichiatria presso l'Università di Oxford. È un'autorità di fama internazionale sui Disturbi dell'Alimentazione e nutre un particolare interesse per lo sviluppo e la validazione del trattamento psicologico. Due volte Collaboratore al Centro di Stanford per gli Studi Avanzati sulle Scienze Comportamentali, è un attuale Membro dell'Accademia Britannica delle Scienze Mediche. È inoltre Amministratore del *Wellcome Trust*, la più grande fondazione di ricerca biomedica a livello internazionale.

SARAH BEGLIN, DPHIL, DCLINPSYCH, Servizio dei Disturbi dell'Alimentazione nell'Adulto, Ente per la Salute Mentale di Cambridge e Peterborough in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale, Ospedale di Addenbrooke, Cambridge, U.K.

KRISTIN BOHN, DPHIL, DIPL-PSYCH, Dipartimento di Psicologia Clinica, Università di Londra Royal Holloway, Londra, U.K.

ZAFRA COOPER, DPHIL, DIPsYCH, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, Oxford, U.K.

RICCARDO DALLE GRAVE, MD, Unità di Riabilitazione Nutrizionale, Casa di Cura Villa Garda, Garda (Verona), Italia.

DEBORAH M. HAWKER, PHD, DCLINPSYCH, Servizio di Psicologia della Salute, Inter-Health, Londra, U.K.

REBECCA MURPHY, DCLINPSYCH, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, Oxford, U.K.

MARIANNE E. O'CONNOR, BA, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, Oxford, U.K.

ROZ SHAFRAN, PHD, Scuola di Psicologia e Scienze Linguistiche Cliniche, Università di Reading, Reading, U.K.

ANNE STEWART, MB, BS, BSc, MRCPsych, Servizio di Salute Mentale per Infanzia ed Adolescenza, Ente per la Salute Mentale di Oxfordshire e Buckinghamshire in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, Oxford, U.K.

SUZANNE STRAEBLER, APRN-PSYCHIATRY, MSN, Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, Oxford, U.K.

DEBORAH WALLER, MB, BChir, MRcGP, 19 Beaumont Street Medical Practice, Oxford, U.K.

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento particolare a tutti coloro che hanno contribuito allo sviluppo del trattamento esposto in questo libro, in particolare:

Zafra Cooper e Roz Shafran
Kristin Bohn e Debbie Hawker
Rebecca Murphy e Suzanne Straebler

E ringrazio i miei colleghi di vecchia data:

Mara Catling e Marianne O'Connor

E i miei due mentori:

Michael Gelder e Robert Kendell

Ringrazio anche tutti i colleghi del *Wellcome Trust* per il loro supporto personale e per aver investito sulla ricerca che ha portato allo sviluppo di questa terapia.

SOMMARIO

INTRODUZIONE

	Prefazione all'edizione italiana	1
	<i>Riccardo Dalle Grave</i>	
CAPITOLO 1	Il libro e come utilizzarlo	7
	<i>Christopher G. Fairburn</i>	
CAPITOLO 2	Disturbi dell'Alimentazione: la visione transdiagnostica e la Teoria Cognitivo-Comportamentale	13
	<i>Christopher G. Fairburn</i>	
CAPITOLO 3	La Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-E) per i Disturbi dell'Alimentazione: un quadro d'insieme	35
	<i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper e Roz Shafran</i>	
CAPITOLO 4	Le pazienti: assessment, preparazione al trattamento e gestione medica	51
	<i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper e Deborah Waller</i>	

LA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE MIGLIORATA PER I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: IL PROTOCOLLO CENTRALE

*Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper, Roz Shafran, Kristin Bohn,
Deborah M. Hunker, Rebecca Murphy e Suzanne Straebler*

CAPITOLO 5	Iniziare bene	67
CAPITOLO 6	Raggiungere il cambiamento iniziale	103
CAPITOLO 7	Fare il punto della situazione e progettare il resto della terapia	127

CAPITOLO 8	La preoccupazione per la forma del corpo, il check del corpo, il sentirsi grassa e lo stato mentale delle pazienti	137
CAPITOLO 9	Restrizione dietetica cognitiva, regole dietetiche e controllo dell'alimentazione	173
CAPITOLO 10	Eventi, stati emotivi ed alimentazione	189
CAPITOLO 11	Sottopeso e restrizione calorica	203
CAPITOLO 12	Concludere bene	249

ADATTAMENTI DELLA CBT-E

CAPITOLO 13	Perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare e problemi interpersonali <i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper e Roz Shafran, Kristin Bohn e Deborah Hawker</i>	265
CAPITOLO 14	La CBT-E per le pazienti giovani <i>Zafra Cooper e Anne Stewart</i>	295
CAPITOLO 15	La CBT-E in regime di ricovero, di day-hospital o ambulatoriale intensiva <i>Riccardo Dalle Grave, Kristin Bohn, Deborah Hawker e Christopher G. Fairburn</i>	309
CAPITOLO 16	“Casi complessi” e comorbidità <i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper e Deborah Waller</i>	325

CONCLUSIONE

	Guardando avanti <i>Christopher G. Fairburn</i>	345
--	---	------------

APPENDICI

APPENDICE A	Eating Disorder Examination (Edizione 16.0D)	349
	<i>Christopher G. Fairburn, Zafra Cooper e Marianne O'Connor</i>	
APPENDICE B	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.D)	401
	<i>Christopher G. Fairburn e Sarah Beglin</i>	
APPENDICE C	Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0)	409
	<i>Kristin Bohn e Christopher G. Fairburn</i>	

INTRODUZIONE

Prefazione all'edizione italiana

Christopher Fairburn e il suo gruppo di ricerca del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford (UK), aderendo al principio di eseguire ricerche di "utilità clinica", hanno dedicato i loro sforzi a sviluppare, valutare e disseminare trattamenti basati sull'evidenza. La qualità della metodologia usata per raggiungere questi scopi è stata raramente raggiunta da altri Autori operanti nel campo della ricerca in psicoterapia.

Il primo passo degli Autori inglesi è stato sviluppare agli inizi degli anni Ottanta la teoria cognitivo comportamentale della Bulimia Nervosa, con l'identificazione della psicopatologia specifica e centrale (cioè l'eccessiva valutazione della forma del corpo, del peso e del loro controllo) e dei meccanismi di mantenimento principali da essa derivati (cioè la restrizione dietetica cognitiva, gli episodi bulimici e i comportamenti di compenso). Il secondo passo è stato sviluppare un trattamento finalizzato ad affrontare i principali meccanismi di mantenimento del disturbo postulati dalla teoria. Ciò ha portato a ideare la terapia cognitivo comportamentale della Bulimia Nervosa, conosciuta con la sigla CBT-BN. Il terzo passo è stato dare evidenza empirica alla teoria e testare l'efficacia del trattamento da essa derivato.

Le evidenze a supporto della teoria cognitivo comportamentale della Bulimia Nervosa accumulate in circa vent'anni di ricerca sono numerose. Dati ottenuti da studi trasversali hanno evidenziato che una larga proporzione della varianza degli episodi bulimici e dei comportamenti di compenso eliminativi è spiegata dalla bassa autostima e dall'eccessiva preoccupazione per la forma del corpo e il peso. Uno studio prospettico sul decorso naturale della Bulimia Nervosa ha evidenziato che i livelli basali di eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso predicono la persistenza degli episodi bulimici e che la restrizione dietetica cognitiva media questa relazione. Studi sul trattamento hanno osservato che tra le pazienti rispondenti completamente al trattamento, quelle con i livelli residui più elevati di eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso tendono a ricadere con più frequenza. Inoltre, la valutazione dei mediatori di risposta alla CBT-BN ha evidenziato che la diminuzione della restrizione dietetica cognitiva media gli effetti del trattamento sugli episodi bulimici. Infine, la versione comportamentale della CBT-BN, che non affronta l'eccessiva valutazione della forma del corpo e del peso, è associata con un aumentato tasso di ricaduta rispetto alla versione cognitivo comportamentale (prova fondamentale a supporto del ruolo centrale della psicopatologia centrale e specifica nel mantenimento della Bulimia Nervosa).

Le evidenze a supporto della CBT-BN derivano da più di 20 studi controllati e randomizzati. Le principali conclusioni raggiunte da queste ricerche sono le seguenti:

1) tra le pazienti che completano il trattamento (in genere l'80%), il 40-50% interrompe gli episodi bulimici e i comportamenti di compenso eliminativi; 2) i miglioramenti sono mantenuti a lungo termine; 3) la CBT-BN è più efficace del trattamento ritardato, della terapia farmacologica e di altri trattamenti psicoterapici con cui è stata confrontata; 4) i predittori di risposta al trattamento identificati sono la frequenza degli episodi bulimici e dei comportamenti di compenso eliminativi all'inizio del trattamento e la loro riduzione dopo quattro settimane di cura.

Questi dati hanno portato le linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE) del 2004 a indicare la CBT-BN come intervento di prima scelta da fornire agli adulti affetti da Bulimia Nervosa con un criterio di evidenza "A" (cioè un'evidenza derivata da almeno un trial randomizzato o da una metanalisi di trial randomizzati e controllati). È da sottolineare che la CBT-BN è l'unica forma di terapia per i Disturbi dell'Alimentazione che ha ricevuto un criterio di evidenza "A" dalle NICE.

La CBT-BN, nonostante sia la terapia più efficace disponibile per gli adulti affetti da Bulimia Nervosa presenta due problemi principali: 1) solo il 40-50% delle pazienti trattate raggiunge una piena e duratura remissione: un tasso di guarigione che non può rendere la comunità scientifica e le pazienti completamente soddisfatte; 2) è stata ideata solo per le pazienti adulte affette da Bulimia Nervosa che costituiscono meno del 30% della popolazione affetta da Disturbi dell'Alimentazione.

Per far fronte a questi due problemi, Fairburn e collaboratori hanno deciso di dedicare i loro sforzi per sviluppare un trattamento più efficace della CBT-BN e adatto ad affrontare non solo la Bulimia Nervosa, ma anche l'Anoressia Nervosa e i Disturbi dell'Alimentazione Non Alimenti Specificati (NAS). Il risultato di questa loro ricerca è stato lo sviluppo della CBT-E (Enhanced, tr. it. Allargata) descritta in dettaglio in questo manuale.

Il lavoro di ricerca che ha portato allo sviluppo della CBT-E ha seguito i seguenti passi. Innanzitutto, sono state incluse nel nuovo trattamento alcune procedure che potrebbero migliorare l'efficacia della CBT-BN senza allontanare il focus dell'intervento dai meccanismi di mantenimento del disturbo. Questo è avvenuto con l'adozione di alcune procedure cognitive comportamentali generiche, sviluppate dopo la descrizione della CBT-BN, come ad esempio quelle di manipolazione del mind-set derivate dal lavoro di Teasdale e collaboratori. Inoltre, è stata data maggiore attenzione alle procedure di modificazione della psicopatologia centrale e specifica, introducendo alcune innovative strategie, come ad esempio quelle per affrontare il check e l'evitamento dell'esposizione del corpo, la sensazione di essere grassa e per aumentare l'importanza attribuita ad altri domini di autovalutazione. L'osservazione che l'entità del cambiamento comportamen-

tale iniziale, in particolare la diminuzione della frequenza degli episodi bulimici e dei comportamenti di compenso dopo quattro settimane di cura predice l'esito del trattamento a lungo termine, ha spinto gli Autori inglesi a intensificare la frequenza delle sedute della Fase Uno del trattamento (da una la settimana della CBT-BN a due la settimana della CBT-E).

Vari Autori avevano sottolineato come la parziale efficacia della CBT-BN potesse essere in parte spiegata dalla sua focalizzazione esclusiva sulla psicopatologia specifica (cioè le caratteristiche cliniche peculiari dei Disturbi dell'Alimentazione). Ciò ha spinto Fairburn e collaboratori a riascoltare e valutare le registrazioni delle sedute delle pazienti che non avevano risposto alla CBT-BN per determinare se fossero presenti dei meccanismi di mantenimento aggiuntivi "esterni" alla psicopatologia specifica che potessero avere ostacolato il cambiamento. Da questa analisi è emerso che in un sottogruppo di pazienti uno o più dei seguenti quattro meccanismi di mantenimento aggiuntivi sembrano interagire con la psicopatologia specifica e centrale, ostacolando il cambiamento: 1) perfezionismo clinico; 2) bassa autostima nucleare; 3) problemi interpersonali e 4) intolleranza alle emozioni. Questa osservazione ha portato ad allargare, ma non ad abbandonare la teoria originaria, e a sviluppare un trattamento modulare che, a seconda dei problemi delle pazienti, può essere focalizzato solo ad affrontare la psicopatologia specifica (CBT-E focalizzata) o anche uno o più meccanismi di mantenimento aggiuntivi (CBT-E allargata).

Un'altra osservazione fondamentale fatta da Fairburn e collaboratori è che le categorie diagnostiche dei Disturbi dell'Alimentazione (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbi dell'Alimentazione NAS) condividono la medesima psicopatologia specifica e tendono a migrare da un Disturbo dell'Alimentazione all'altro, ma non verso altri disturbi psichiatrici. Inoltre, l'osservazione che le caratteristiche cliniche condivise dai tre disturbi dell'alimentazione sono mantenute da processi psicopatologici simili, ha portato gli Autori inglesi a suggerire che meccanismi comuni (sia specifici sia aggiuntivi) siano coinvolti nella persistenza della Bulimia Nervosa, Anoressia Nervosa e Disturbi dell'Alimentazione NAS. Il risultato di questa analisi è stato lo sviluppo di una teoria "transdiagnostica" che considera i Disturbi dell'Alimentazione come un'unica categoria diagnostica, piuttosto che tre disturbi separati. Secondo la teoria transdiagnostica i Disturbi dell'Alimentazione si mantengono per il contributo di meccanismi comuni e perciò dovrebbero rispondere alle medesime strategie e procedure terapeutiche. La CBT-E derivata dalla teoria transdiagnostica è stata perciò ideata per curare tutti i Disturbi dell'Alimentazione. Nel nuovo trattamento la diagnosi DSM-IV del Disturbo dell'Alimentazione non è rilevante per la cura, piuttosto il suo contenuto è dettato dalla psicopatologia e dai meccanismi di mantenimento presenti nella singola paziente.

La CBT-E è stata ideata inizialmente solo per un setting ambulatoriale e per pazienti adulte. La collaborazione del gruppo di Oxford con l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale di Villa Garda, che ho l'onore di dirigere e che da anni si occupa del trattamento cognitivo comportamentale ospedaliero dei Disturbi dell'Alimentazione, ha portato ad adattare la CBT-E anche per setting più intensivi di cura, come ad esempio il ricovero, il day-hospital e il trattamento ambulatoriale intensivo. La CBT-E è stata anche recentemente adattata per le pazienti adolescenti trattate sia a livello ambulatoriale sia a livello di ricovero e per quelle che presentano comorbidità psichiatrica e medica. Queste espansioni del campo di applicazione rendono la CBT-E adatta a curare la maggior parte delle pazienti affette da Disturbi dell'Alimentazione a tutti i livelli di cura: un risultato raramente raggiunto da altre forme di psicoterapia, non solo nel campo dei Disturbi dell'Alimentazione!

Dati americani e inglesi indicano che poche pazienti affette da un disturbo psichiatrico ricevono la CBT, nonostante sia una delle forme più efficaci di trattamento per i disturbi mentali. Per il trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione solo il 35-39% dei terapeuti riporta di utilizzare la CBT come primo approccio e meno del 4% dei medici di famiglia usa le linee guida per informare la paziente sui trattamenti da scegliere. Quando la CBT è utilizzata, spesso è somministrata in modo inadeguato senza soddisfare i criteri minimi di adeguatezza.

Per far fronte a questi due importanti problemi, Fairburn e collaboratori si sono posti come obiettivo primario la disseminazione della CBT-E. Anche per raggiungere questo scopo sono state adottate strategie specifiche e progressive. Innanzitutto, per dimostrare che la CBT-E è adatta a curare anche le pazienti che i clinici curano nel "mondo reale" sono stati fatti e sono in corso di svolgimento studi di "effectiveness", non solo di "efficacy". Questi studi hanno reclutato pazienti con grave comorbidità psichiatrica e medica e sono stati anche eseguiti in setting clinici ambulatoriali e ospedalieri, non di ricerca. Seminari sulla CBT-E sono stati effettuati nella maggior parte dei Paesi europei, in USA e in Australia, mentre alcuni centri clinici europei ricevono una supervisione continuativa per l'applicazione della CBT-E ambulatoriale od ospedaliera. Infine, è stato scritto questo manuale, che descrive in modo dettagliato e con numerosi esempi clinici tutte le procedure e strategie della CBT-E. Il manuale, inoltre, mette a disposizione dei clinici l'intervista diagnostica Eating Disorder Examination per la valutazione della psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione e due questionari di auto-somministrazione: l'Eating Disorder Examination Questionnaire (per la valutazione della psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione) e il Clinical Impairment Assessment (per la valutazione del danno psicosociale arrecato dal Disturbo dell'Alimentazione). È mia speranza che questo manuale, disponibile in lingua italiana, due anni dopo la sua pubblicazione in lingua inglese, possa con-

tribuire a promuovere in Italia l'interesse per l'utilizzo della CBT-E e a creare le basi per lo sviluppo di un approccio ai Disturbi dell'Alimentazione basato sulle evidenze derivate dalla ricerca scientifica.

Dr. Riccardo Dalle Grave

Responsabile dell'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda

Presidente AIDAP (Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso)

IL LIBRO E COME UTILIZZARLO

Christopher G. Fairburn

Come clinico ritengo sia una fortuna poter lavorare con pazienti affette da Disturbo dell'Alimentazione. Anche se queste pazienti hanno la reputazione di essere difficili da trattare, la grande maggioranza di loro può essere aiutata e molte, se non la maggioranza, possono raggiungere una guarigione completa e duratura.

Un terapeuta può trasformare la vita di queste pazienti.

Questo libro parla di come aiutare queste pazienti, di come fare a rendere la loro vita differente.

Il manuale descrive come utilizzare la Terapia Cognitivo-Comportamentale Transdiagnostica (CBT-E), l'ultima versione del principale trattamento, empiricamente fondato, per i Disturbi dell'Alimentazione. Alla stesura del testo hanno partecipato clinici di differente formazione e diversa competenza; tutti, ad ogni modo, esperti della CBT-E e dotati di molta esperienza. Il libro è il frutto della combinazione della nostra esperienza clinica e descrive la terapia dettagliatamente, dal primo incontro con la paziente fino agli appuntamenti di follow-up; illustra inoltre come il trattamento possa essere adattato a differenti contesti o a particolari sottogruppi di pazienti.

Il titolo del libro non è casuale, riguarda sia la CBT-E che i Disturbi dell'Alimentazione. Si apre con una descrizione dettagliata e "transdiagnostica" della

psicopatologia dei Disturbi dell’Alimentazione e dei processi responsabili del mantenimento della patologia stessa, per poi spiegare come identificare i processi specifici che agiscono in ogni singola paziente, per aiutare il clinico a creare un trattamento su misura, che si adatti alla psicopatologia della persona.

Lo scopo di questo libro è quello di fornire al terapeuta una guida da utilizzare nella pratica clinica. Preferisco la parola “guida” al termine più comune di “manuale”, questo perché il primo indica che il libro fornisce una guida, mentre il secondo implica la prescrizione di una serie di procedure. Questo libro vuole essere di facile utilizzo e, per agevolarne la lettura, sono stati omissi risultati di ricerche e citazioni varie. Alla fine di ogni capitolo è inserita una sezione “Lecture consigliate”, che contiene una lista di testi ed articoli che potrebbero essere d’interesse per il lettore (le lecture consigliate pertinenti ai capitoli dal 5 al 12 sono inserite alla fine del capitolo 12 per evitarne la ripetizione).

Come si è Sviluppata la CBT-E

In un certo senso, questo libro ha impiegato 30 anni per essere scritto. La CBT-E ebbe origine negli anni ’70 quando si diffuse come trattamento per pazienti ambulatoriali adulte con Bulimia Nervosa (CBT-NB; Fairburn, 1981). In quegli anni la Bulimia Nervosa era appena stata riconosciuta e veniva definita come “incurabile” (Russell, 1979); fu nel corso degli anni ’80 e ’90 che la Terapia Cognitivo-Comportamentale per la Bulimia Nervosa (CBT-BN) venne progressivamente ridefinita e fu oggetto di una serie di studi controllati randomizzati i cui risultati supportarono fortemente sia la terapia sia la teoria su cui era basata.

Dagli ultimi anni ’90 risultò chiaro quanto la CBT-BN, sebbene fosse il principale trattamento per la Bulimia Nervosa, necessitasse di un potenziamento, poiché solo meno della metà delle pazienti giungeva ad una guarigione completa e duratura. Queste considerazioni portarono me e le mie colleghe Zara Cooper e Roz Shafran ad esaminare in dettaglio, caso per caso, il perché certe pazienti progredissero bene nel trattamento ed altre no. Identificammo alcuni dei principali ostacoli al cambiamento, la sfida era capire se questi potevano essere superati modificando il trattamento. Seguì un periodo di prove ed errori durante il quale sperimentammo la nuova versione del trattamento ed estendemmo la teoria cognitivo-comportamentale della Bulimia Nervosa a tutti i Disturbi dell’Alimentazione rendendo, su questa base, la terapia “trans-diagnostics” (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003; si veda il capitolo 2). Questo lavoro preliminare culminò in uno studio di 5 anni sulla CBT-E in due centri britannici (Oxford e Leicester). I risultati dello studio suggeriscono che la CBT-E è sicuramente più efficace della CBT-BN e può essere utilizzata nell’intero spettro di Disturbi dell’Alimentazione. Attualmente, altri gruppi di clinici sia

in Gran Bretagna che all'estero hanno iniziato ad utilizzare la CBT-E ottenendo risultati altrettanto positivi, da ciò la necessità di questo libro.

La Struttura del Libro

Questo libro intende fornire una descrizione completa e dettagliata di come applicare la CBT-E. Consigliamo al lettore di leggere l'intera guida procedendo dal primo all'ultimo capitolo, avendo cura di aver preso dimestichezza con i concetti fondamentali di ogni capitolo prima di proseguire (in ogni capitolo ci sono comunque ampi riferimenti incrociati per aiutare il lettore a muoversi all'interno del libro).

Il volume è strutturato come segue:

Capitolo 2: Questo capitolo descrive la psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione. Adotta una prospettiva transdiagnostica, fornendo in tal modo il razionale della terapia transdiagnostica. Inoltre, descrive la teoria Cognitivo-Comportamentale alla base delle strategie e delle procedure che caratterizzano la CBT-E.

Capitolo 3: Questo capitolo fornisce un quadro d'insieme della CBT-E. Sottolinea la sua struttura e le sue strategie e come essa differisca da altre forme di CBT. Il capitolo dà inoltre rilievo ad alcuni aspetti relativi all'applicazione della terapia.

Capitolo 4: Questo capitolo riguarda la fase di assessment, di preparazione alla terapia e la gestione delle questioni mediche da parte degli psicologi.

Capitoli dal 5 al 12: Questi capitoli forniscono i dettagli sulle modalità di applicazione della CBT-E: quella focalizzata.

Capitoli dal 13 al 16: Questi capitoli conclusivi descrivono i vari adattamenti della CBT-E, inclusa la sua versione "allargata", l'utilizzo con gli adolescenti, il suo uso con pazienti in ricovero o in day hospital, due forme ambulatoriali della CBT-E (CBT-E intensiva ambulatoriale e CBT-E di gruppo) ed infine l'uso della CBT-E con i "casi difficili".

Appendici A-C: Queste appendici forniscono le ultime versioni di tre strumenti di valutazione: l'Eating Disorder Examination (EDE 16.0), l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0) ed il Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0).

È importante notare che questo libro non ha pretesa di esaustività. Non fornisce una descrizione completa su ciò che sappiamo riguardo ai Disturbi dell'Alimentazione, né mira alla discussione di ogni aspetto della loro gestione. L'obiettivo di questo volume è quello di fornire una descrizione completa di come gestire e trattare queste pazienti con la CBT-E. Alcuni lettori potrebbero essere sorpresi nel trovare pochi riferimenti alle diagnosi dei Disturbi dell'Alimentazione (p. es. Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa; si veda il capitolo 2), questo perché riteniamo che abbiano poca importanza nella pratica clinica.

Questo libro non intende essere una guida generica alla CBT, in quanto partiamo dal presupposto che i lettori posseggano già queste conoscenze di base. Esistono guide eccellenti per la CBT, alcune delle quali sono elencate nelle "Lectures consigliate" alla fine di questo capitolo.

L'Applicazione della CBT-E

Per applicare la CBT-E non sono richieste qualifiche professionali specifiche, ma sono senza dubbio importanti le conoscenze di base della psicoterapia cognitivo comportamentale e l'esperienza clinica. Riguardo alle prime, il terapeuta dovrebbe essere ben informato sulla psicopatologia in generale e sulla psicopatologia dei Disturbi dell'Alimentazione in particolare (si veda il capitolo 2). Il terapeuta dovrebbe essere consapevole delle complicazioni organiche che possono presentarsi nei soggetti con Disturbo dell'Alimentazione ed essere capace di gestirle in modo appropriato (si veda il capitolo 4). Per quanto riguarda l'esperienza, il terapeuta dovrebbe avere una formazione in Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) e, possibilmente, aver avuto esperienza con pazienti con Disturbi dell'Alimentazione. I terapeuti con queste caratteristiche saranno in grado di utilizzare la CBT-E semplicemente seguendo le linee guida di questo libro.

Pochi sono gli studi che ci spiegano come formare i terapeuti all'utilizzo dei protocolli di trattamento; la pratica comune al riguardo è più o meno priva di basi scientifiche. I corsi di formazione tenuti da clinici esperti sono un utile strumento per integrare le conoscenze teoriche, ma una supervisione costante e continuativa dei casi trattati è senza dubbio uno strumento ancora più prezioso, anche se non sempre facile da ottenere. Una regolare supervisione tra colleghi può essere una valida alternativa qualora non vi siano altre possibilità.

Lettere Consigliate

Contesto di Sviluppo della CBT-E

- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C. G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 160-192). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 94-144). New York: Guilford Press.

Guide per la Pratica della CBT

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work*. New York: Guilford Press.
- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Altri Articoli di Rilevanza per il Capitolo 1

- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Clinical Excellence.

- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.