

La ICAT-BN è influenzata in modo specifico da un modello sottostante di psicopatologia, e si basa su un modello di mantenimento del comportamento bulimico che definiamo “momentaneo”*. La natura momentanea del modello sottostante è chiaramente distinguibile ed è posta in evidenza nel corso della ICAT-BN. Inoltre, essa è un trattamento focalizzato sulle emozioni che pone l’accento sulla relazione funzionale tra stati emotivi e comportamento bulimico. Sebbene la terapia integrativa cognitivo affettiva per la bulimia nervosa dia importanza allo sviluppo delle abilità di relazione delle emozioni, non è un intervento puramente didattico. Fa affidamento piuttosto su una relazione psicoterapeutica collaborativa nella quale il paziente e lo specialista lavorano insieme, e in modo esplicito, per stabilire obiettivi e affrontare la relazione che sussiste tra esperienza emotiva e comportamento bulimico.

Come è strutturato questo libro

Questo libro è diviso in tre sezioni principali. La Prima Parte (Capitoli 1-4) è un’introduzione alla bulimia nervosa e alla ICAT-BN. Il Capitolo 1 propone una panoramica sulla bulimia nervosa, sulla sua diagnosi, sulle complicanze mediche e sul trattamento. Il Capitolo 2 descrive i modelli di insorgenza e di mantenimento della bulimia nervosa che sottostanno al trattamento presentato in questo libro. Il Capitolo 3 descrive l’ottica focalizzata sulle emozioni, la struttura, gli obiettivi e le strategie della ICAT-BN. Il Capitolo 4 descrive il gruppo centrale di skill insegnate ai pazienti e il ruolo essenziale della relazione psicoterapeutica. La Seconda Parte (Capitoli 5-8) descrive in dettaglio come applicare la ICAT. Ognuno dei quattro capitoli della Seconda Parte descrive una fase del trattamento. La Terza Parte del libro contiene tutte le schede orientate al paziente della terapia e le integrazioni al trattamento, come ad esempio le skill-cards relative alle skill insegnate nella terapia.

L’evoluzione della ICAT-BN

Nel 1996, alcuni ricercatori dell’Istituto di Ricerca Neuropsichiatrica dell’Università del Nord Dakota (Wonderlich, Mitchell, Crosby e i loro colleghi) e del Diparti-

* Con il termine “momentaneo” (*momentary* in inglese) si intende “in tempo reale”, “istantaneo”, che pone attenzione e si occupa di ciò che avviene “nel momento in cui avviene” (*Ndt*).

mento di Psichiatria dell'Università del Minnesota (Peterson, Crow, Mussell e i loro colleghi) iniziarono una serie di incontri che si protrassero per diversi anni. Il loro obiettivo era di trattare una serie di argomenti associati ai disturbi dell'alimentazione, ivi compresi studi empirici sugli esiti dei trattamenti. Le discussioni, durante questi incontri, spaziavano e affrontavano questioni associate alla diagnostica, all'eziologia, alla comorbidità e, frequentemente, all'innovazione nel trattamento. Ad esempio, abbiamo concepito idee che hanno portato a efficaci studi di trattamento sull'uso della telemedicina per la somministrazione di un trattamento per la bulimia nervosa, su un trattamento per il disturbo da binge-eating basato sull'autoaiuto e su un modello di cura a passi successivi per il trattamento della bulimia nervosa. Durante questo periodo di tempo abbiamo inoltre sviluppato una piattaforma per la realizzazione di studi di valutazione ecologica momentanea (EMA), in cui i partecipanti potevano portare con sé un "assistente personale digitale" e fornire dei report sui propri comportamenti e sulle proprie esperienze associate al disturbo dell'alimentazione, in tempo reale e nel loro ambiente naturale. L'unico argomento che si è rivelato in qualche modo sfuggente è stato il nostro desiderio di sviluppare un modello teorico innovativo della psicopatologia della bulimia nervosa e un trattamento che si basasse su tale modello. Nei 10 anni successivi abbiamo preso in considerazione vari fondamenti teorici, realizzato studi di psicopatologia descrittiva, scritto bozze di manuali di trattamento e portato a termine studi pilota su nuovi approcci di intervento, che hanno portato infine alla terapia integrativa cognitivo affettiva per la bulimia nervosa (ICAT-BN).

Sulla base della letteratura scientifica a nostra disposizione e della nostra esperienza clinica, cominciammo a prendere in considerazione presupposti teorici sulle differenze individuali, come l'autovalutazione e l'interpretazione dei fattori relazionali, nell'insorgenza e/o nel mantenimento del comportamento bulimico. Ci interessava inoltre il ruolo delle variabili emotive e la possibile relazione funzionale che i comportamenti bulimici potrebbero avere con tali processi affettivi, uno dei nodi principali dei nostri studi di valutazione ecologica momentanea. Contemporaneamente, non volevamo perdere di vista quelle che pensavamo essere scoperte scientifiche e cliniche importanti, già emerse nella letteratura sui disturbi dell'alimentazione. Ad esempio, riconoscevamo l'importanza della restrizione dietetica e della restrizione dell'assunzione di cibo nel comportamento bulimico e il valore dell'auto-monitoraggio e delle strategie comportamentali dirette nella modificazione dei comportamenti alimentari, in particolare nelle prime fasi di trattamento della bulimia nervosa.

Progredendo nella direzione di un approccio di trattamento più integrativo, abbiamo avuto la fortuna di coinvolgere Marjorie (Marj) Klein, dell'Università del Wisconsin-Madison, e di iniziare a collaborare con lei. Marj era in collegamento con il gruppo del Nord Dakota ed era consulente per i loro studi di valutazio-

ne ecologica momentanea sul comportamento bulimico. Marj non conosceva in modo approfondito la bulimia nervosa o i disturbi dell'alimentazione, ma aveva una considerevole esperienza nell'ambito della ricerca in psicoterapia, che risaliva alla sua collaborazione con Carl Rogers e al suo ben noto lavoro sui disturbi della personalità. La sua competenza ci diede quell'ampiezza di vedute, in termini di visione integrativa, di cui avevamo bisogno per muovere verso un modello di bulimia nervosa più comprensivo. All'incirca in quel periodo, intorno all'anno 2000, cominciammo a sviluppare delle bozze del manuale per il trattamento della bulimia nervosa che si basavano sul nostro modello, ancora in fase di evoluzione, del comportamento bulimico. Il confronto con un altro collega del Wisconsin (Tim Strauman) ci condusse all'idea per cui le disparità tra la percezione del sé attuale di una persona e gli standard di valutazione comparativa del sé attuale di quella stessa persona (ovvero, la discrepanza del sé) potrebbero comportare livelli significativi di affettività negativa, un concetto che pensavamo di grande rilievo per la bulimia nervosa. Abbiamo condotto una serie di diversi tipi di studi descrittivi correlazionali esaminando la relazione tra la discrepanza del sé e il comportamento bulimico e ripetutamente abbiamo riscontrato associazioni significative, a sostegno della nostra ipotesi per cui l'idea aveva in potenza rilievo clinico. Abbiamo cominciato a riflettere su come la discrepanza del sé, l'affettività negativa, le relazioni interpersonali e il comportamento bulimico potevano essere interconnessi. Queste considerazioni portarono alla prima versione del nostro manuale, intitolata Terapia cognitiva integrativa (*Integrative Cognitive Therapy, ICT*). All'inizio, abbiamo trattato nove casi di bulimia nervosa a Fargo, in Nord Dakota, e a Minneapolis, in Minnesota, con la ICT. La maggior parte di questi casi ci aiutarono a capire cosa pensassero i pazienti di idee come quella della discrepanza del sé e del suo collegamento con le emozioni. Questa connessione sembrava essere convincente, ma il collegamento tra emozione e comportamento bulimico sembrava essere più complicata. Le persone in terapia pensavano spesso di abbuffarsi o indursi il vomito perché "stavano male", ma non riuscivamo a determinare se l'emozione era vista più come vero e proprio precedente del comportamento bulimico o come spiegazione successiva al fatto e che, in realtà, non presagiva il comportamento bulimico.

Importante da notare che, nel momento in cui il trattamento era in fase evolutiva, molti di noi di Fargo (Wonderlich, Crosby, Engel e Mitchell) stavamo progredendo nei nostri studi di valutazione ecologica momentanea con persone che soffrivano di bulimia nervosa. A posteriori, sembra in qualche modo una coincidenza che i nostri studi di valutazione ecologica momentanea si occupassero di relazioni momentanee tra stati emotivi e comportamento bulimico mentre, nel contempo, ci stavamo confrontando su processi emotivi simili nel protocollo di trattamento per la bulimia nervosa. Grazie agli studi di valutazione ecologica momentanea fummo in grado di dimostrare che gli stati emotivi negativi sembravano in grado di predire

in modo affidabile episodi di comportamento bulimico a una distanza di tempo relativamente breve (ossia da minuti a ore). Ciò nonostante, l'importanza per il trattamento di queste scoperte collegate all'emozione non era chiara per nessuno di noi. Cominciammo a capire che se la traiettoria degli stati emotivi negativi che portano al comportamento bulimico poteva essere influenzata, avremmo potuto essere in grado di condizionare la probabilità degli episodi bulimici. Conseguentemente, il processo di sviluppo del nostro trattamento fece una decisa svolta nella direzione del ruolo svolto dalle emozioni durante il trattamento. Abbiamo letto le opere di diversi scienziati clinici che includevano variabili collegate alle emozioni nei loro trattamenti (ad es. Barlow, Hayes, Greenberg, Benjamin, Mennin e Linehan) e quelle di teorici della regolazione emotiva (ad es. Gratz, Gross, Campos, e Thompson), ognuna delle quali ci aiutò a chiarirci le idee sull'esperienza emotiva nella bulimia nervosa. Il risultato fu che la ICT divenne notevolmente più "affettiva", da lì il piccolo ma significativo cambiamento nel nome del trattamento: la terapia cognitiva integrativa (ICT) divenne terapia integrativa cognitivo-affettiva (ICAT).

Nel 2003, abbiamo continuato a modificare il nostro manuale di trattamento, e ai nostri sforzi si è aggiunta un'altra collaboratrice, Tracey Smith, anche lei dell'Università del Wisconsin. Tracey vantava esperienza di lavoro nell'ambito dello sviluppo di un manuale di trattamento e dell'aderenza in psicoterapia; era inoltre esperta di trattamenti basati sui processi interpersonali ed emotivi. Dopo un ulteriore anno di modifiche rilevanti, fu condotto un altro studio pilota a Fargo, Minneapolis e Madison. Furono trattate altre otto persone che soffrivano di bulimia nervosa, e fummo cautamente ottimisti sull'efficacia potenziale del trattamento. Mano a mano che le nostre riflessioni e la nostra tecnica clinica continuavano ad evolvere, cominciammo a prendere in considerazione la possibilità di condurre studi più ampi, cosa che ci portò a presentare richiesta al National Institute of Mental Health per condurre un progetto di sviluppo di trattamento, che fu finanziato nel 2006. Questo finanziamento ci offrì l'opportunità di affinare ulteriormente i nostri manuali e di portare quindi a termine uno studio di controllo randomizzato che comparò la ICAT-BN con il trattamento per la bulimia nervosa basato sull'evidenza scientifica più consolidato, la terapia cognitivo comportamentale migliorata (CBT-E; Fairburn, 2008). Questo studio, condotto a Fargo e Minneapolis con l'Università del Wisconsin in funzione di centro per l'aderenza terapeutica, ha avuto luogo tra il 2007 e il 2011. Otto persone che soffrivano di bulimia nervosa sono state sottoposte in modo randomizzato alla CBT-E o alla ICAT con un trattamento di 21 sessioni per 17 settimane. Quattro psicologi in possesso di un dottorato (Carol Peterson, Kathryn Miller, Tricia Myers, e Lorraine Swan-Kremeier), che avevano tutti già operato come specialisti nella somministrazione della CBT in precedenti studi controllati randomizzati sulla bulimia nervosa, furono formati sia per la CBT-E che per la ICAT-BN. Zafra Cooper, collega di Chris Fairburn, fornì consulenze

periodiche sulla somministrazione della CBT-E. Due di noi (S.A.W. and C.B.P.) fornirono una supervisione per la ICAT-BN. I risultati dello studio (Wonderlich et al., 2014) indicarono che entrambi i trattamenti furono somministrati in modo corretto, e entrambi i trattamenti mostrarono una significativa capacità di ridurre i sintomi principali della bulimia nervosa e delle psicopatologia associata (ad es. depressione, ansia). Non vi furono differenze tra i due trattamenti negli esiti di fine trattamento o nel follow-up a 4 mesi. Sulla base dei risultati soddisfacenti della terapia integrativa cognitivo affettiva per la bulimia nervosa in questo studio, e del successo del trattamento pilota, abbiamo scelto di scrivere questo manuale.

Una delle caratteristiche che più colpiscono della ICAT-BN, emersa negli ultimi anni, è il riconoscimento della rilevanza clinica della relazione momentanea tra emozioni e comportamento bulimico che avevamo osservato nei nostri studi di valutazione ecologica momentanea. Sebbene all'inizio avessimo considerato importanti gli stati emotivi per l'insorgenza e per il mantenimento del comportamento bulimico, non avevamo riflettuto attentamente sull'inquadramento temporale di tale relazione. Progetti di ricerca trasversali e studi longitudinali che prevedevano intervalli di valutazione di diversi mesi indicavano che l'emozione era in qualche modo rilevante per la bulimia nervosa, ma la natura di tale associazione ci sfuggiva. Eravamo inclini a considerare la variabile emotiva come un costrutto di tratto, in cui le persone che soffrono di bulimia nervosa presentano delle carenze. Tale assunto ci condusse a riflettere sui modi in cui avremmo potuto educare sugli stati emotivi le persone che soffrono di bulimia nervosa, come prepararle in generale a gestire le emozioni in modo efficace, qualcosa di simile a un corso di alfabetizzazione in intelligenza emotiva. Ciò che non abbiamo saputo cogliere in quel momento fu che gli stati emotivi sembrano cambiare in modo attendibile e rilevante in periodi di tempo relativamente brevi prima che gli episodi bulimici si manifestino, osservazione questa che risultava chiara dai nostri dati di valutazione ecologica momentanea. Nei minuti e nelle ore prima che un episodio di vomito autoindotto o di abbuffata si realizzi, l'affettività negativa aumentava e diminuiva quella positiva. I nostri dati di valutazione ecologica momentanea differivano da quelli di studi precedenti che usavano progetti di ricerca trasversali o progetti che prevedevano associazioni a distanza di tempo, in cui emozioni osservate e comportamenti bulimici erano spesso separati da mesi o addirittura anni. Questo ci ha aiutato a spostare il nostro obiettivo, dall'aiutare pazienti che soffrono di bulimia nervosa a migliorare il proprio funzionamento emotivo generale, all'aiutare questi pazienti a identificare e gestire le proprie emozioni nei momenti precedenti l'episodio bulimico. Conseguentemente, la ICAT-BN è diventata un trattamento teso a modificare le variabili momentanee circostanti il comportamento bulimico. Il trattamento cominciò a rivolgersi in modo più specifico a un contesto situazionale in cui si pensava che precedenti interpersonali o intrapersonali particolari innescassero cambiamenti emotivi, che

a loro volta facessero scattare il comportamento bulimico in un dato momento. Questa prospettiva comportava incoraggiare i pazienti a monitorare più da vicino gli episodi di comportamento bulimico, le situazioni che precedevano il comportamento e le emozioni conseguenti. Il trattamento divenne più focalizzato sulle situazioni cariche emotivamente e sulle decisioni di abbuffarsi, indursi il vomito e relative agli altri comportamenti bulimici. Inoltre, cominciammo a parlare con i pazienti del ruolo o della funzione che il comportamento bulimico poteva aver svolto per loro nel momento in cui aveva avuto luogo, cosa che sembrava permettere una prospettiva diversa sul comportamento. In aggiunta, l'attenzione riservata alle emozioni sembrava intensificare le sessioni cliniche. Ci sforzavamo di individuare i momenti emotivamente significativi e la loro connessione con il comportamento bulimico. Diventò importante identificare le situazioni che provocavano forti emozioni, così come l'esperienza emotiva del paziente, sia per come la ricordava, sia quella vissuta durante la sessione stessa. L'attenzione data all'emozione, combinata all'inquadramento temporale momentaneo, sembravano dare alla ICAT-BN un'intensità e una rilevanza che gli specialisti percepivano come tratto distintivo rispetto agli altri trattamenti per la bulimia nervosa che avevano somministrato.

Un altro aspetto della ICAT-BN che ha continuato a evolvere nel tempo, e in particolare negli ultimi anni, è stata la nostra comprensione dell'impulsività e del processo decisionale precipitoso nel trattamento. Fin dal principio, la ICAT-BN è stata orientata all'idea che le persone che soffrono di bulimia nervosa presentino difficoltà a inibire i comportamenti impulsivi. Come molti ricercatori, abbiamo esaminato la relazione tra impulsività e bulimia nervosa negli ultimi 25-30 anni. Ma è stata una particolare forma di impulsività, l'impulso negativo, ad avere un impatto importante sulle nostre più recenti riflessioni riguardo il trattamento. Con impulso negativo intendiamo la propensione ad agire in modo precipitoso davanti a esperienze emotive negative. Il concetto di impulso negativo, che integra regolazione emotiva e azione impulsiva, calzava a pennello per la ICAT-BN. Ci aiutò a identificare un ulteriore elemento che doveva essere incluso nell'intervento, vale a dire aiutare le persone che soffrono di bulimia nervosa a sviluppare una certa capacità di controllo e freno sulle proprie azioni impulsive, in particolare sui sintomi propri del disturbo dell'alimentazione. Di conseguenza, oltre che a facilitare una maggiore consapevolezza degli stimoli emotivi e situazionali che preludono un comportamento bulimico, aiutiamo i nostri pazienti a sviluppare anche comportamenti adattivi di coping cui ricorrere per inibire tali azioni impulsive.

Per concludere, la terapia integrativa cognitivo affettiva per la bulimia nervosa ha subito un'evoluzione nell'arco di circa 20 anni di sviluppo e oggi offre diversi elementi di intervento fondamentali per (1) migliorare la consapevolezza e la tolleranza personali rispetto all'esperienza emotiva; (2) stabilire un piano ben strutturato per il cambiamento del comportamento alimentare; (3) sviluppare abilità in gra-

do di ridurre la probabilità di comportamenti precipitosi e impulsivi (in particolare nel contesto di emozioni negative); e (4) identificare i segnali premonitori delle esperienze emotive e modificare la causa dell'aumento delle emozioni negative e della diminuzione delle emozioni positive nella vita di una persona.