

## OVERVIEW. STATO DELL'ARTE DELLA PSICOTERAPIA DI GRUPPO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NEL TRATTAMENTO DEI PRINCIPALI DISTURBI PSICHIATRICI. MODELLI, METODI, EFFICACIA

Giovanni Fassone<sup>o\*</sup>

<sup>o</sup>IV Centro di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), Roma.

\* Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'Attaccamento e dello Sviluppo (ARPAS), Roma.

### Riassunto

Il lavoro ha l'obiettivo di fornire una panoramica generale dei vari approcci di terapia di gruppo in ambito cognitivo-comportamentale. Il *focus* è orientato ai disturbi più frequenti nella pratica clinica ambulatoriale. L'intento è quello di evidenziare le diverse modalità di trattamento di gruppo cognitivo-comportamentale (TGCC). Per comodità sono stati creati quattro raggruppamenti diagnostici, che nel loro insieme rendono conto dell'80-85% della popolazione psichiatrica ambulatoriale: disturbi del comportamento alimentare (DCA), disturbi d'ansia (panico, agorafobia, disturbi fobici), disturbi depressivi (spettro unipolare) e disturbi di personalità (DP). Sono discussi gli aspetti procedurali, metodologici e di valutazione degli esiti.

**Parole chiave:** *Terapia Cognitivo-Comportamentale – Terapia di Gruppo – Valutazione degli Esiti*

### Summary

The aim of this study is to focus on different cognitive-behavioral treatment (CBT) models in group therapy. The purpose is to highlight variability and differences among various CBT approaches, in the treatment of the most frequent disorders in out-patient clinical practice. Thus, four main categories of disorders are discussed, that overall account for 80-85% of out-patient psychiatric population: eating disorders, anxiety disorders, depressive disorders and personality disorders. Data on procedures, methods and outcome evaluation are discussed.

**Key Words:** *Cognitive-Behavioral Therapy – Group Psychotherapy – Outcome Evaluation*

Questo lavoro ha come obiettivo quello di fornire una panoramica generale dei vari approcci di terapia di gruppo in ambito cognitivo-comportamentale. Il *focus* è orientato ai disturbi più frequenti, soprattutto nella pratica clinica ambulatoriale. Lungi dal voler essere una rassegna sistematica ed esaustiva, questa overview ha piuttosto l'intento di evidenziare le diverse modalità di trattamento di gruppo cognitivo-comportamentale (TGCC), sottolineando le differenze e le eventuali (ed inevitabili) contaminazioni con altri approcci teorici e applicativi in terapia di gruppo. L'ambito delle c.d. TGCC è infatti molto ampio e può spaziare dai classici approcci di *social skills training*, o di tipo psico-educazionale, a modelli di trattamento che applicano i principi teorici e gli strumenti tecnici della scuola cognitivo-comportamentale, adattandoli al contesto di gruppo, fino a modelli più complessi e manualizzati, articolati in setting multipli, impiegati per la cura di patologie particolari come per esempio i Disturbi Borderline di Personalità.

Dal momento che, in Italia in particolare, non esiste ancora una cultura della terapia di gruppo in senso cognitivista e che, per questo motivo, chi si avvicina per interesse o motivi professionali a questo campo della ricerca e della pratica clinica, può trovare più d'una difficoltà nell'orientarsi nella molteplicità di approcci, scuole di pensiero, contributi sperimentali, speriamo che con questo lavoro sia possibile rendere un po' più chiaro che cosa si intende attualmente per TGCC, e soprattutto, dare un'idea di quali siano gli approcci più utili (o efficaci) e per quali pazienti.

Per comodità sono stati creati quattro raggruppamenti diagnostici, che nel loro insieme rendono conto dell'80-85% della popolazione psichiatrica ambulatoriale: disturbi del comportamento alimentare (DCA), disturbi d'ansia (panico, agorafobia, disturbi fobici), disturbi depressivi (spettro unipolare) e disturbi di personalità (DP). Alcune categorie, come ad esempio di disturbi dello spettro schizofrenico, bipolare o i disturbi ossessivo-compulsivi, sono state escluse per vari motivi tra cui la prevalenza di trattamenti di gruppo di tipo residenziale, le particolari problematiche connesse alla gestione della farmacoterapia, la peculiarità degli approcci utilizzati e infine, molto praticamente, motivi di spazio. Data la complessità dei temi da affrontare in questo tipo di patologie, gli verrà dedicato un lavoro a parte.

## Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

### *a) Introduzione*

IDCA sono disturbi frequenti nella popolazione generale, con una prevalenza puntuale compresa tra il 4.3 e il 5.9% della popolazione, soprattutto giovani adulti di sesso femminile. I DCA si presentano non di rado in comorbidità con altri disturbi in asse I (disturbi depressivi e ansiosi) e in Asse II (cluster B, Borderline in particolare, e cluster C) (Van Hanswijck de Jonge et al. 2003, Rosenvinge et al. 2000). L'elevata percentuale di pazienti con comorbidità pone, come vedremo, alcuni problemi concernenti il trattamento della condizione psicopatologica concomitante, sia rispetto alla scelta dell'intervento più appropriato sia in relazione alla adeguatezza della valutazione degli esiti.

### *b) Valutazione dell'efficacia*

L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (TCC) nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) ed in particolare della bulimia nervosa (BN) e disturbi correlati è ben documentata. Nella recente rassegna di Hay & Bacaltchuck (2003), sono stati considerati gli studi clinici controllati e randomizzati, per i quali era possibile effettuare una adeguata valutazione di efficacia e compararla a quella di altre forme di psicoterapia, gruppi di auto-aiuto, gruppi di pazienti in lista d'attesa. In sintesi, i dati esaminati permettono di evidenziare l'efficacia della TCC, in particolare del modello messo a punto per il trattamento della BN. In realtà, il modello per la BN può essere utilizzato anche per il trattamento di altri DCA, come il binge-eating e anche l'anoressia nervosa (Bowers 2000).

Da un punto di vista metodologico, gli studi sulla BN sono quelli che forniscono una migliore valutazione dell'efficacia, mentre per gli altri disturbi, la qualità e la numerosità degli studi pubblicati non permette ancora conclusioni attendibili. Gli stessi autori (Hay & Bacaltchuck 2003), sottolineano che la TCC si è rivelata utile anche nella modalità di gruppo (TGCC), evidenziando che anche altre forme di psicoterapia che utilizzano un setting di gruppo si sono rivelate efficaci, come ad esempio la Terapia Interpersonale di gruppo (TGIP).

Il gruppo di Fairburn et al., dell'Università di Oxford, è senz'altro uno dei riferimenti scientificamente più importanti e prolifici per la TCC dei disturbi alimentari ed in particolare per la

bulimia nervosa. Fairburn & Hay (1992), hanno selezionato gli studi più significativi in relazione al trattamento cognitivo-comportamentale della BN, evidenziando una riduzione dei comportamenti di eliminazione compresa tra il 77 e il 94%, mentre la riduzione delle “abbuffate” è mediamente compresa tra il 51 e il 71%, rispetto a quanto osservato prima del trattamento (Agras et al. 1992, Fairburn et al. 1991, Garner et al. 1993). Gli stessi studi hanno evidenziato una riduzione dei comportamenti restrittivi e un incremento del consumo di cibo al di fuori degli episodi bulimici (Fairburn et al. 1991, Garner et al. 1993, Rossiter et al. 1988). Infine, è stata evidenziata una modificazione e un miglioramento delle attitudini in relazione all'aspetto fisico e all'andamento ponderale, che rappresentano un elemento fondamentale della psicopatologia del disturbo nonché un aspetto centrale dell'approccio cognitivo-comportamentale ai disturbi alimentari.

*c) Modelli e metodi*

Il modello messo a punto dal gruppo di Fairburn è considerato uno degli interventi di prima scelta. Da un punto di vista operativo i punti fondamentali di questo approccio risiedono nella eliminazione di comportamenti alimentari iper- e ipo-restrittivi (del genere “tutto o nulla”), nel progressivo incremento dell'assunzione di una gamma sempre più ampia di alimenti e nella riduzione e successiva modificazione delle distorsioni cognitive legate al peso e all'aspetto fisico.

Il modello di Fairburn è fondato essenzialmente su 8 tecniche sequenziali di intervento di TCC, che vengono di seguito riassunte. 1) un accurato auto-monitoraggio di tutto ciò che viene ingerito dal paziente nel corso della giornata, effettuato quanto più vicino possibile all'assunzione. Ciò serve al terapeuta come base di partenza per la definizione dell'intervento dal momento che fornisce, oltre ad informazioni sullo stato emotivo e sulle circostanze nelle quali si manifesta il comportamento alimentare disfunzionale; 2) l'identificazione e la classificazione di ciascun episodio di assunzione di cibo come “pasto”, “spuntino” o “abbuffata” e la descrizione di come un comportamento alimentare normale (ad es. uno spuntino), si sia trasformato in una abbuffata; 3) l'auto-monitoraggio di tutti i comportamenti di eliminazione (es. vomito) unitamente ai pensieri ed alle emozioni correlati a ciascuno di questi episodi; 4) imparare a pesarsi non più di una volta a settimana, insegnando al paziente a fare riferimento ad un *range* di peso piuttosto che ad un peso fisso e arbitrario, aiutandolo a tollerare le variazioni di umore e autostima connessi alle normali e fisiologiche modificazioni ponderali; 5) stabilire dei pattern di alimentazione regolari. Il paziente viene aiutato ad impostare una modalità di alimentazione che preveda tre pasti principali al giorno più due spuntini, dal momento che il prolungamento di restrizioni dietetiche nel corso di una o più giornate portano inevitabilmente a comportamenti di abuso alimentare. I pazienti vengono inoltre aiutati a distinguere tra il “sentirsi pieni” e il “sentirsi grassi”, con l'obiettivo di regolarizzare l'assunzione di cibo ed interrompere il ciclo “*binging and purging*”; 6) l'apprendimento di strategie di controllo sull'assunzione del cibo riguarda anche i luoghi e i tempi dell'assunzione di cibo. Il paziente viene incoraggiato a stabilire preventivamente dove e quando mangerà, evitando di assumere cibo in macchina, mentre passeggia o guarda la televisione e cercando strategie alternative per evitare le situazioni a rischio; 7) la ristrutturazione cognitiva mirata alla correzione di assunti erronei relativi all'immagine di sé in relazione al cibo e al peso del tipo “*non potrò vedere i miei amici sino a quando continuerò a pesare così...*” o “*... finché non avrò perso almeno 10 chili*”. Il paziente viene aiutato a riflettere sul fatto che proprio il frequentare gli amici e la socializzazione in genere è ciò che aiuta a ridurre il senso di solitudine e di ansia che spesso porta ad una notte di abbuffate. Altri assunti erronei molto comuni, che peraltro si prestano molto bene ad essere affrontati e discussi in un contesto di terapia di gruppo sono ad es. “*... il solo modo di avere successo, di essere desiderabile e amabile è quello di essere magri*” oppure “*... non posso mai mangiare il dolce altrimenti perdo il controllo*”. In questo senso viene sottolineato il fatto che questo modo di pensare a se stessi non fa altro

che promuovere il mantenimento del sintomo; 8) la prevenzione delle ricadute è, infine, uno dei capisaldi della TCC secondo questo modello. Riconoscere che momenti o periodi stressanti possono esporre al rischio di ricadute in comportamenti alimentari dannosi e che una storia di BN può rendere il soggetto più vulnerabile e propenso ad affrontare le difficoltà usando il cibo come meccanismo di adattamento, può aiutare il paziente a comprendere quello che gli accade e a ricorrere agli strumenti che in passato, nel corso del trattamento, gli sono stati utili. Indurre la paziente a provare ad immaginarsi nell'indossare un costume da bagno all'avvicinarsi della stagione estiva, o mentre partecipa ad una festa oppure dopo essere aumentata di peso a seguito di una gravidanza, sono solo alcuni degli spunti che possono essere utilizzati per individuare i *trigger* ovvero le situazioni-stimolo, che possono indurlo a desiderare di intraprendere una dieta e modificare quindi le sue normali abitudini alimentari acquisite a seguito del trattamento. In particolare, grande attenzione è rivolta nel ricordare al paziente come in passato il ricorso alla dieta come strumento di misura dell'autostima sia stato il primo passo di una serie di comportamenti alimentari circolari (dieta-abbuffata-eliminazione), che hanno avuto come risultato finale la comparsa del disturbo alimentare, curato a suo tempo con grande difficoltà.

Il modello di Fairburn (così come altri modelli di intervento cognitivo-comportamentale), con opportuni adattamenti, può essere utilizzato efficacemente in un contesto di gruppo. In considerazione delle problematiche specifiche di questo tipo di disturbi e delle implicazioni in termini di compromissione del funzionamento interpersonale e sociale, l'adattamento al gruppo deve tenere presente alcuni contributi essenziali, derivanti dal modello intersoggettivo della psicoterapia di gruppo secondo Yalom (1997). In questo caso specifico, tali contributi consistono in un adeguato impiego di alcuni dei fattori terapeutici del gruppo (Yalom 1997). Questi fattori includono *l'infusione della speranza, senso di universalità, altruismo, apprendimento interpersonale, lo scambio di informazioni e lo sviluppo di tecniche di socializzazione*. Ad esempio, un aspetto centrale dell'infusione della speranza consiste nella possibilità di confrontarsi e modificare alcuni aspetti del rapporto con il cibo ed il peso che sono apparentemente irrisolvibili. La possibilità di rendersi utili agli altri può aiutare un membro del gruppo a sviluppare un senso di efficacia personale attraverso l'altruismo e allo stesso tempo contribuire al decentramento cognitivo.

L'interazione diretta e lo sviluppo di tecniche di socializzazione, favorite dal *qui-ed-ora*, possono indurre e facilitare il riconoscimento e l'espressione, comprese situazioni di conflittualità interne al gruppo stesso. Allo stesso modo il gruppo può favorire *l'autosvelamento*, anche in questo caso contribuendo all'analisi "cognitiva" delle emozioni, favorendo l'adozione di tecniche di ristrutturazione. Infine, il senso di coesione ed appartenenza si fonda sulla comune esperienza del disturbo, sulle somiglianze ma anche sulle differenze e questo contribuisce allo sviluppo di funzioni auto-riflessive e, in linea di principio, all'incremento di capacità metacognitive.

Vengono di seguito analizzati più in dettaglio alcuni studi controllati e randomizzati che meglio di altri documentano lo stato dell'arte in termini di valutazione di efficacia e qualità dell'intervento in questo tipo di disturbi.

Chen & Touyz (2003), hanno condotto uno studio controllato randomizzato su un totale di 60 pazienti con Bulimia Nervosa (BN), in cui sono stati confrontati gli effetti pre-post trattamento, e a 3-6 mesi di follow-up di una terapia individuale cognitivo-comportamentale (TCC) rispetto ad un trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo (TGCC). Il modello di intervento individuale è quello messo a punto da Fairburn et al. (1993), mentre quello di gruppo è un adattamento del medesimo modello. L'obiettivo del lavoro, oltre che quello di sviluppare un modello di intervento di gruppo a partire dal modello individuale (precedentemente descritto nei suoi aspetti essenziali), è costituito dalla valutazione di alcuni parametri di esito primari e secondari quali i comportamenti di abbuffate e vomito, restrizioni dietetiche, andamento ponderale, immagine

corporea e sintomi psicopatologici generali. I pazienti sono stati trattati per un totale di 19 sedute, della durata di 50 minuti ciascuna per le individuali e di 90 minuti per quelle di gruppo. In generale, lo stile di conduzione del gruppo seguiva l'approccio clinico di Yalom (1997), quindi con una attenzione all'intersoggettività e agli effetti terapeutici del gruppo in termini di apprendimento interpersonale. Gli strumenti di valutazione utilizzati sono stati la Eating Disorder Examination (EDE-12), la Eating Disorder Inventory-2 e la Symptom Check List-90 (SCL-90R), la Beck Depression Inventory (BDI), la Self-Esteem Scale di Rosenberg (RSES) e la Social Adjustment Scale revised (SAS-R). I risultati hanno evidenziato che entrambi gli interventi sono risultati efficaci nel ridurre in misura significativa la sintomatologia primaria e secondaria della BN. I miglioramenti osservati in relazione ai comportamenti alimentari e correlati (abbuffate, vomito, restrizioni, utilizzo di lassativi, diuretici e altre sostanze) sono risultati comparabili nei due gruppi, sono comparsi in tempi relativamente rapidi (entro le 19 sedute di trattamento), anche se più rapidamente nel gruppo TCC, e si sono mantenuti al follow-up. Il gruppo trattato con TCC ha evidenziato una maggiore efficacia rispetto ai sintomi bulimici a fine trattamento, ma questa differenza scompare nella valutazione di follow-up, dove i due interventi sono equivalenti in termini di efficacia. Anche il tasso di drop-out dal trattamento è risultato simile nei due gruppi, anche se piuttosto elevato (16/60, 8 drop-out in ciascun gruppo, pari ad un totale del 27%, fine trattamento).

I risultati di questo studio sono in accordo con quanto evidenziato nella rassegna di Cox e Merkel (1989) e ad una meta-analisi condotta da Hartmann et al. (1992). La rassegna di Cox e Merkel (che considera un totale di 32 lavori pubblicati tra il 1976 e il 1986) evidenzia che non vi è differenza tra terapia individuale e terapia di gruppo nel ridurre la frequenza di episodi bulimici mentre la meta-analisi di Hartmann rileva un "effect size" tra terapia individuale e terapia di gruppo sostanzialmente simile (1.05 vs 0.93, rispettivamente). Gli autori segnalano come fattore limitante per il trattamento di gruppo la difficoltà di mantenere un gruppo chiuso a termine (a causa dell'elevato tasso di drop-out). In questo senso un gruppo aperto sarebbe più facilmente gestibile. D'altro canto il gruppo si caratterizza rispetto all'individuale per gli effetti positivi sull'isolamento sociale e per la possibilità di offrire un ambiente protetto nel quale i pazienti sono fortemente incoraggiati a confrontare i propri pensieri e comportamenti con quelli di altri pazienti con gli stessi problemi. Il setting gruppale, inoltre, permette l'apprendimento di tecniche e strategie comportamentali adottate dagli altri pazienti, secondo il principio della reciprocità e dell'apprendimento interpersonale. Gli autori suggeriscono che, in considerazione del fatto che la terapia di gruppo è "cost-effective" rispetto a quella individuale, questo approccio possa rappresentare un approccio di "prima linea" in un approccio terapeutico sequenziale.

Wilfley & Agras (1993), in uno studio controllato e randomizzato condotto su un campione di 56 pazienti con bulimia, hanno confrontato l'efficacia di una TGCC rispetto ad un intervento di gruppo di Terapia Interpersonale (TGIP). Il gruppo di controllo era costituito da un gruppo di soggetti con le medesime caratteristiche, in lista d'attesa per un intervento analogo a quelli in esame. Entrambi i trattamenti hanno avuto al durata di 16 settimane con incontri settimanali della durata di 90 minuti ciascuna. Le caratteristiche principali del modello di TGCC utilizzato erano sovrapponibili a quelle di Fairburn: riformulazione cognitiva della bulimia, graduale introduzione di modelli di alimentazione "normale" unitamente all'introduzione di cibi evitati, auto-monitoraggio rispetto al comportamento alimentare, focalizzazione sulle distorsioni cognitive inerenti il peso e l'aspetto fisico, identificazione delle situazioni stimolo per le abbuffate e prevenzione delle ricadute. Il modello TGIP utilizza invece una riformulazione interpersonale della bulimia, l'identificazione di aree problematiche, il focus su aree problematiche interpersonali attuali, l'uso di riassunti scritti delle sedute per monitorare i miglioramenti, lo sviluppo di strategie adattative più efficaci per le relazioni, l'esplorazione delle emozioni (negative e positive),

l'enfasi su tematiche di abbandono e perdita legate alla conclusione del trattamento. È interessante notare come questi due approcci, quello cognitivo-comportamentale e quello interpersonale, pur partendo da modelli diversi e utilizzando metodologie differenti abbiano ottenuto in questo lavoro risultati sovrapponibili in termini di efficacia sia a fine trattamento che al follow-up. Si sottolinea che questo studio è uno dei primi lavori pubblicati secondo un disegno controllato randomizzato che abbia previsto anche un gruppo di controllo in lista d'attesa. Secondo gli autori, i due modelli, operando su aree di disfunzionalità differenti, convergono in una modificazione del comportamento alimentare i cui effetti tendono a mantenersi stabili nel corso del tempo. A questo proposito, viene suggerito che tipologie differenti di pazienti possano rispondere meglio ad un tipo di intervento piuttosto che ad un altro. Ad esempio, soggetti con bulimia associata a tratti di personalità di cluster B potrebbero beneficiare maggiormente di un trattamento che includa componenti interpersonali rispetto al solo trattamento cognitivo-comportamentale associato o meno a terapia farmacologica. Un'altra ipotesi suggerita dagli autori è quella di fornire al paziente una combinazione dei due trattamenti che permetta di lavorare sia sul fronte del comportamento alimentare sia sulle emozioni negative connesse a problemi o difficoltà interpersonali.

Un esempio di questo approccio è fornito dal lavoro di Riess (2002), che propone una terapia integrata a termine per la Bulimia Nervosa. Lo studio è interessante, in quanto parte da un razionale teorico e da considerazioni clinico-applicative. Da un punto di vista teorico, in base alla letteratura disponibile, è lecito pensare che una combinazione di trattamenti singolarmente efficaci (TGCC e TGIP) possa essere a sua volta egualmente efficace o anche più efficace (ipotizzando in questo caso un effetto sinergico tra i due trattamenti). Da un punto di vista pratico, l'autore rileva la notevole discrepanza tra la grande disponibilità di trattamenti efficaci, standardizzati e manualizzati e la loro scarsa applicazione nei servizi psichiatrici in generale. Molto pragmaticamente, Riess ipotizza che alla base di questa scarsa diffusione di modelli di trattamento efficaci, vi sia una resistenza da parte degli operatori ad utilizzare modelli altamente strutturati e manualizzati, non sempre compatibili con la formazione professionale degli operatori che, inoltre, tendono a percepire tali interventi come eccessivamente vincolanti e restrittivi. Sulla base di quanto suggerito anche da Wilfley e Agras (1993), alcuni pazienti potrebbero beneficiare maggiormente di una integrazione di trattamenti cognitivo-comportamentali e interpersonali, soprattutto se appartenenti all'area borderline. Lo studio di Riess è in aperto non controllato, basato sull'impiego integrato di TGCC e TGIP, nonché di elementi di tipo psico-educazionale, utilizzati nella prima fase del trattamento. Il trattamento è a termine, per un totale di 12 sedute della durata di 90 minuti ciascuna. Il campione è costituito da 40 pazienti di sesso femminile affette da BN. Sono stati confrontati il numero di episodi di abbuffate settimanali pre-post trattamento e i punteggi della BDI in relazione all'andamento dell'umore. I risultati dello studio pilota (non ancora completato in relazione al follow-up previsto di 12 mesi), indicano un significativo decremento degli episodi bulimici settimanali (7.6 vs 4,  $p < .001$ , pre e post trattamento, rispettivamente) e un miglioramento della depressione da "moderata" a "lieve" (BDI pre-trattamento: 19.8; BDI post-trattamento: 10.6,  $p < .001$ ). Un totale 4 pazienti (10%) hanno fatto drop-out dal trattamento.

Wilfley e Walsh (2002), hanno confrontato in uno studio randomizzato l'efficacia di una TGCC rispetto ad un TGIP nel trattamento del Binge Eating Disorder (BED). Un totale di 162 pazienti eligibili in relazione ai criteri di inclusione ed esclusione per lo studio sono stati randomizzati in due gruppi e valutati pre-post trattamento e dopo 4 e 12 mesi di follow-up. Sono stati valutati i sintomi legati al comportamento alimentare, i sintomi correlati, la sintomatologia psichiatrica generale e l'andamento del peso. In entrambi i gruppi il trattamento ha avuto una durata complessiva di 20 sedute con cadenza settimanale, della durata di 90 minuti ciascuna. Il TGCC utilizzato è un modello trifasico, in cui nella prima fase (sedute 1-6) vengono utilizzate strategie di tipo comportamentale (per es. auto-monitoraggio del comportamento alimentare) per

incrementare la capacità del paziente di identificare gli episodi di restrizione o eccesso alimentare per favorire una progressiva normalizzazione. Nella seconda fase (sedute 7-14) vengono impiegate tecniche di tipo cognitivo per ridefinire i pensieri negativi che predispongono verso comportamenti di abuso alimentare. La ristrutturazione cognitiva riguarda in questa fase anche i vissuti negativi legati al soprappeso e l'incremento della capacità di accettare dimensioni corporee differenti. Nella terza fase (sedute 15-20) vengono introdotte ed utilizzate tecniche di prevenzione di recidive, come ad es. il *problem solving* e il *coping* rispetto a situazioni ad alto rischio. In questa fase, i pazienti sono incoraggiati ad individuare obiettivi e strategie ragionevoli, allo scopo di ridurre il peso senza che si verifichino episodi di "binge eating". Il modello di trattamento utilizzato è dunque tipicamente cognitivo-comportamentale classico, con un gruppo chiuso e a termine. Gli strumenti di valutazione, analoghi a quelli impiegati nello studio di Chen, sono stati la EDE-12 per i sintomi alimentari, la SCID-I per la diagnosi, la SCL-90 per la psicopatologia generale, la RSEQ per la valutazione dell'autostima e la SAS per l'adattamento sociale. I risultati evidenziano una sostanziale equivalenza tra i due trattamenti, con percentuali di remissione a fine trattamento (in relazione al *binge-eating*) pari al 79 e 73% per il TGCC e il TGIP, rispettivamente. Al *follow-up* a 12 mesi, le percentuali di remissione sono risultate del 59 e 62% per TGCC e TGIP, rispettivamente. Anche i miglioramenti in relazione alla sintomatologia generale sono equivalenti mentre nel gruppo TGCC è stata osservata una più rapida comparsa delle modificazioni alimentari, attribuibile probabilmente alla maggiore capacità di questo tipo di intervento di focalizzarsi sin dalle prime sedute sul controllo del *binge-eating*.

*d) Considerazioni conclusive*

In conclusione, il trattamento cognitivo di gruppo per i Disturbi del Comportamento Alimentare, contrariamente ad alcune iniziali formulazioni, non consiste in una terapia individuale per pazienti che sono in gruppo in quanto affetti da un problema comune. La TGCC per i disturbi alimentari come oggi viene formulata nei protocolli di maggior diffusione ed efficacia documentata è in realtà la risultante dell'interazione tra due modelli di intervento, uno più strettamente cognitivo o cognitivo-comportamentale, e l'altro derivante dallo studio del processo terapeutico del gruppo in una prospettiva intersoggettiva come quella proposta da Yalom (1997). La componente cognitiva utilizza gli strumenti sia teorici che tecnici per ottenere cambiamenti nel gruppo e in ciascuno dei suoi componenti, allo scopo di aiutare i pazienti a comprendere la complessa interazione tra pensieri, emozioni e comportamento. I pazienti si avvalgono delle strategie della TCC non solo nella vita di tutti i giorni ma sono indotti a trasferire la comprensione e l'apprendimento di tali strategie anche nel gruppo, inteso al contempo come insieme di vari componenti e come entità a se stante. La terapia cognitiva di gruppo è in grado di miscelare i vari interventi (ad es. contrastare i pensieri automatici e individuare le distorsioni cognitive) in modo tale per cui ciascun componente del gruppo può apprendere e praticare tali abilità ascoltando e assistendo al lavoro fatto da altri membri. In questo modo ciascun membro tende ad incrementare simultaneamente la propria consapevolezza circa l'importanza di tali interventi. D'altro canto, la componente intersoggettiva, il gruppo "qui-ed-ora", focalizza l'attenzione sul processo terapeutico fornendo numerose opportunità a ciascun membro per imparare ad affrontare in modo più appropriato le proprie emozioni e i comportamenti associati, come ad esempio la frustrazione, la rabbia, o l'empatia. Questo approccio combinato, come sottolineato in precedenza, fornisce la cornice e l'ambiente più adatto a ciascun paziente per accrescere la consapevolezza del proprio ruolo nel mantenimento del disturbo offrendo con ciò l'opportunità per un cambiamento duraturo.

Una ultima considerazione riguarda la difficoltà segnalata da diversi autori, a mantenere un gruppo chiuso a termine in pazienti con DCA, in particolare se in comorbidità con disturbi in asse II. In questo caso infatti, l'elevata percentuale di drop-out in corso di trattamento può precludere

di fatto la possibilità di portare a termine il gruppo con le modalità stabilite in partenza. Inoltre, in questo tipo di pazienti sembra essere più opportuno disporre di un periodo di trattamento ragionevolmente più lungo (almeno 12 mesi), tale da consentire la cura degli aspetti sintomatologici direttamente correlati al disturbo in asse II.

## Disturbi d'Ansia, Panico e Agorafobia

### *a) Introduzione*

I dati di prevalenza puntuale evidenziano che in Italia, il 5% circa della popolazione generale soffre di una qualche forma definita di disturbo d'ansia (Faravelli et al. 1989, 2004). Dati l'elevato tasso di prevalenza di questi disturbi e la tendenza al mantenimento del disturbo, soprattutto per quanto concerne i disturbi fobici e di panico con o senza agorafobia, la probabilità di entrare in contatto con questo tipo di pazienti è molto elevata, in ogni tipo di servizio psichiatrico, pubblico o privato.

### *b) Valutazione dell'efficacia*

Una review riferita a studi pubblicati fino al 1990 sulla valutazione degli esiti nel trattamento del Disturbo di Panico (DP) con TCC, (Michelson et al. 1990) già evidenziava una significativa riduzione della frequenza di attacchi, sia a breve termine che a lungo termine. D'altro canto, relativamente scarsi erano i dati che consideravano gli effetti della TCC su pazienti affetti da DP e agorafobia moderata o grave e con caratteristiche invalidanti (Michelson e Marchione 1991).

Più recentemente, l'efficacia della TCC nel trattamento del disturbo di panico è stata documentata da 18 studi indipendenti e controllati pubblicati dal 1990 in poi, dai quali si evince che, in media, i pazienti trattati con TCC mostrano una scomparsa degli episodi di panico nel 75% dei casi entro 12 sedute di trattamento ed un mantenimento di tale condizione nel 78% dei casi, fino ad un follow-up a due anni. Criteri più ristretti per la definizione di assenza di attacchi di panico indicano percentuali di miglioramento inferiori (52% a fine trattamento e 66% al follow-up), ma comunque significative. Da notare che l'effetto osservato è più evidente per ciò che concerne la frequenza degli attacchi di attacco di panico piuttosto che per l'ansia anticipatoria ad essi correlata. Ne consegue, sulla base dei dati disponibili, che il trattamento dell'agorafobia e, in generale, i comportamenti di evitamento, necessita di un periodo di trattamento più lungo. Gli studi che hanno in particolare focalizzato l'attenzione sulla riduzione dell'agorafobia evidenziano infatti che dopo 12 sedute, si osserva una significativa riduzione dei livelli di agorafobia, pari in media al 50% rispetto ai livelli iniziali, ed un ulteriore miglioramento nel corso del follow-up, fino a circa il 60% di riduzione della sintomatologia (6 studi in tutto) (Lang e Craske 2000).

È importante sottolineare che in molti studi effettuati per il trattamento del DP con agorafobia, i miglioramenti ottenuti a fine trattamento, continuano nel corso del periodo di follow-up, mostrando una ulteriore riduzione della sintomatologia agorafobia o della frequenza degli attacchi rispetto a quanto riportato al termine del programma di terapia.

Numerosi studi tra quelli citati in precedenza hanno utilizzato un approccio di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale (TGCC). Alcuni di questi, pubblicati prima del 1990 (Cerny et al. 1987, Craske et al. 1989, Feigenbaum 1988) e altri dal '90 in poi (Craske et al. 1997, Evans et al. 1991, Hoffart 1995, Lidren et al. 1994, Telch et al. 1993), hanno evidenziato percentuali di miglioramento a fine trattamento e al follow-up comparabili a quelle ottenute con il trattamento individuale. Solo uno studio ha confrontato direttamente la TGCC con la TCC (Neron et al. 1995), sebbene su un campione poco numeroso di pazienti (20 pazienti), evidenziando una sostanziale equivalenza tra i due approcci, con un beneficio lievemente maggiore del trattamento



individuale rispetto ai sintomi ansiosi e depressivi correlati, in particolare dopo il follow-up effettuato a 6 mesi dalla conclusione del trattamento. In generale, i dati disponibili in relazione alla TGCC, suggeriscono che questo approccio può essere altrettanto efficace della TCCI nel trattamento del disturbo di panico, con o senza agorafobia.

*c) Modelli e metodi*

Esistono diversi modelli di intervento di gruppo per il trattamento del panico-agorafobia. La maggior parte utilizza un setting di gruppo di tipo chiuso e a termine, con una durata media di 12-16 settimane e frequenza degli incontri settimanale. Il modello proposto da Lang e Craske (2000) è ben documentato ma ne esistono anche altri (Belfer et al. 1995) (Andrews et al. 2003).

Da un punto di vista teorico, l'approccio di Lang e Craske (2000) fa riferimento al modello classico del disturbo di panico e della agorafobia originariamente sviluppato a partire dai contributi di Chambless & Goldstein (1982), Barlow (1988), Clark et al. (1988), Reiss et al. (1986). La "paura della paura" è considerato l'elemento centrale del disturbo, unitamente allo sviluppo di credenze patogene o disfunzionali connesse a distorsioni cognitive apprese. Tali distorsioni sono il frutto di un condizionamento relativo alla sensazione/timore di perdita di controllo rispetto al proprio corpo e/o all'ambiente circostante. Le credenze patogene di perdita di controllo si estendono a sensazioni corporee di varia natura (condizionamento "endocettivo") e, più in generale, alla incontrollabilità/imprevedibilità di eventi ed emozioni (Barlow 1988). Il concetto di *condizionamento endocettivo*, ovvero dello sviluppo di una paura appresa rispetto alla comparsa di sensazioni corporee indefinite e incontrollabili che emergono in associazione automatica con eventi sgraditi, negativi o spaventosi rappresenta uno dei principali obiettivi del trattamento, sia nel setting individuale che in quello di gruppo.

Il modello include anche il riferimento ad una "vulnerabilità biologica" (Moran & Andrews 1985) e al ruolo giocato da situazione di stress o elevato *arousal* per eventi di vita che sono percepiti dal soggetto come fonte di paura o terrore (Craske et al. 1997).

Da un punto di vista metodologico, il modello di TGCC elaborato da Lang e Craske si articola su un totale di 16 sedute settimanali, della durata ciascuna di 1,5-2 ore. Il trattamento è manualizzato al fine di assicurare l'aderenza da parte del terapeuta e ottimizzare gli effetti rispetto ai pazienti. La struttura delle sedute è in sintesi la seguente: le prime due sedute, strutturate in forma didattica, sono dedicate alla spiegazione dell'ansia come emozione normale e fisiologica, alla illustrazione del modello dell'attacco di panico, degli effetti fisiologici dell'iperventilazione, con l'introduzione all'addestramento alla respirazione controllata (diaframmatica o toracica). La terza e la quarta seduta sono dedicate al controllo della respirazione e alla ristrutturazione cognitiva di pensieri/convizioni disfunzionali come ad es. la sovrastima del pericolo o il pensiero catastrofico. Nella quinta seduta viene effettuata una prova di induzione di sintomi tipo-panico o sensazioni endocettive (ad es. giramento di testa, formicolio, parestesie) tramite iperventilazione forzata per almeno 90 secondi, a cui partecipano tutti, terapeuti compresi. Altre tecniche proposte allo stesso scopo sono ad esempio: tenere la testa tra le gambe per 30 secondi, scuotere la testa da un lato all'altro per 30 secondi etc. Nelle sedute 6 e 7 viene messa alla prova l'ipotesi inerente al modello di panico esposto nel corso della seconda seduta, vengono quindi analizzati i contenuti di pensiero e le emozioni ad essi correlati e le conseguenze sul comportamento, secondo lo schema classico dell'auto-osservazione. Questo lavoro riguarda sia l'attività in gruppo che i c.d. *compiti a casa* mediante le schede di auto-osservazione (ABC). L'ottava seduta è dedicata alla gestione di situazioni di ansia più intensa, mediante l'elaborazione di sensazioni di panico più gravi, connesse a sensazioni endocettive e alle conseguenti modificazioni del comportamento. La nona seduta introduce il concetto di agorafobia, con le stesse modalità seguite nel caso dell'ansia, mentre nella decima seduta il lavoro è concentrato sull'identificazione dei pensieri disfunzionali

in situazioni agorafobiche. Dall'undicesima seduta in poi (nella quale viene presentata la tecnica dell'esposizione in vivo), tutta l'attività del gruppo è dedicata all'esposizione in vivo, alla definizione di nuovi comportamenti correttivi e infine alla valutazione e al mantenimento dei risultati acquisiti.

I gruppi sono in genere composti da 3-5 soggetti, in considerazione del fatto che il lavoro e l'attenzione da dedicare a ciascun paziente sono di tipo intensivo e non permettono l'allargamento ad un numero maggiore di pazienti, se non in occasione delle sessioni didattiche (la prima e la nona) in cui i pazienti possono essere anche di più (10-12). I gruppi sono condotti da due terapeuti, preferibilmente un uomo e una donna. I vantaggi della co-terapia in questo caso risiedono, secondo gli autori, in una facilitazione dei role-play, degli esercizi dimostrativi e in una suddivisione delle responsabilità e dei compiti rispetto alle diverse fasi del trattamento. Gli autori sottolineano che i pazienti inclusi nel programma dovrebbero avere tutti come diagnosi principale (e quindi come problema primario da risolvere) di disturbo di panico. Tuttavia, uno studio da loro pubblicato evidenzia che nel corso del trattamento eventuali diagnosi in comorbidità (fobia sociale, ansia generalizzata, depressione) mostravano un miglioramento clinicamente significativo della sintomatologia associata (Tsao et al. 1998).

Uno studio che da un punto di vista metodologico e qualitativo ben evidenzia l'efficacia della TGCC nel trattamento del panico con agorafobia è quello condotto da Telch et al. (1995). Lo studio, controllato e randomizzato, condotto su un campione di 156 soggetti ha utilizzato un metodo sovrapponibile a quello descritto in precedenza (Lang & Craske 2000), della durata complessiva di 12 sedute in 8 settimane. Gli strumenti di valutazione utilizzati sono stati la SAS (Social Adjustment Scale), la SDS (Sheehan Disability Scale), la SPRAS per la auto-valutazione dell'intensità dell'ansia, il FQ (Fobic Questionnaire) per la misura dei comportamenti di evitamento e il Texas Panic Attack Record Form per l'auto-monitoraggio della frequenza e gravità degli episodi di panico nel corso del trattamento. Il gruppo di controllo era costituito da pazienti in attesa di trattamento. I risultati hanno mostrato un effetto significativo della TGCC sia nella riduzione della sintomatologia da attacchi di panico e agorafobia, sia rispetto al miglioramento della qualità della vita. Il gruppo trattato con TGCC evidenziava una riduzione significativa degli effetti invalidanti del DP e dell'agorafobia rispetto al gruppo di controllo, sia a fine trattamento che al follow-up di 6 mesi. Gli autori sottolineano che i più importanti predittori rispetto alla modificazione degli indici di qualità della vita sono rappresentati dai livelli di ansia ed evitamento osservati in baseline e a fine trattamento. In altre parole, minori livelli di base di ansia o evitamento o un più significativo miglioramento di questi due parametri a fine trattamento è correlato ad un miglioramento degli indici di qualità della vita, sia al termine del trattamento che al follow-up. La medesima associazione non è stata osservata in relazione alla frequenza degli attacchi di panico, sottolineando con ciò l'importanza del trattamento dell'agorafobia in un programma di TGCC per il DP e disturbi correlati.

La maggioranza degli studi di TGCC nel trattamento del DP e dell'agorafobia hanno utilizzato un setting di gruppo di tipo chiuso e a termine. Un modello alternativo a quelli presentati è quello di Belfer et al. (1995), che invece hanno utilizzato un setting di tipo aperto, non a termine, per trattamenti di medio-lungo periodo. Un'altra differenza sostanziale è che il modello di Belfer et al. è un modello integrato, nel quale oltre agli elementi teorici e metodologici tipici dell'approccio cognitivo-comportamentale, vengono impiegati strumenti e tecniche della terapia di gruppo intersoggettiva secondo il modello di Yalom (1997).

Questo modello può essere utilizzato sia a termine (con una durata di 12-16 settimane) sia come gruppo aperto non a termine. Le sedute durano in media 2 ore, settimanalmente. Gli elementi principali del modello sono i seguenti:

- 1) la preparazione dei pazienti al gruppo, con l'introduzione alle regole e al significato del

gruppo in termini intersoggettivi (i confini del gruppo, l'adesione e la condivisione del contratto del gruppo, la coesione del gruppo);

2) la contrattualità, sia rispetto all'impegno del paziente nelle varie fasi del gruppo, sia rispetto agli obiettivi di terapia, che devono essere concepiti in termini di gradualità, gerarchia/priorità, fattibilità/plausibilità;

3) l'uso delle tecniche classiche di terapia cognitiva e comportamentale per il trattamento del disturbo di panico (in sostanza quelle descritte per gli altri modelli), ed in particolare l'esposizione in vivo all'esterno dello studio, guidata dai terapeuti, effettuata nella parte centrale della seduta;

4) il monitoraggio delle emozioni ed in particolare delle variazioni dello stato d'animo, mediante l'uso di schede di auto-osservazione simili a quelle classicamente utilizzate in ambito TCC.

5) l'attenzione ad aspetti particolari di natura intersoggettiva da parte di pazienti con DP, come ad esempio la tendenza all'evitamento o alla negazione del conflitto interpersonale, l'instaurarsi di relazioni di dominanza/sottomissione, bassi livelli di assertività e auto-sufficienza, la frequente insoddisfazione rispetto alla qualità delle proprie relazioni sentimentali e/o familiari d'origine.

Gli autori sottolineano che la componente intersoggettiva del trattamento rappresenta, a loro parere, un elemento cruciale della terapia del DP e in particolare dell'agorafobia. Quest'ultima infatti rappresenta una condizione altamente demoralizzante, rispetto alla quale il supporto e il senso di condivisione e comunanza offerto da ciascun membro del gruppo hanno un effetto decisivo nel ridurre il senso di impotenza, l'isolamento e nel sostenere la motivazione al trattamento, soprattutto nei casi più gravi (Belfer et al. 1995).

#### *d) Considerazioni conclusive*

La maggior parte degli studi di valutazione d'efficacia della TGCC nel trattamento dei disturbi d'ansia e in particolare del panico, associato o meno a disturbi di tipo fobico utilizza setting molto strutturati e standardizzati, a breve termine (8-16 sedute), con gruppi chiusi, a termine, in genere composti da pazienti omogenei rispetto alla diagnosi principale. L'efficacia osservata con questo tipo di approccio è soddisfacente, sia a fine trattamento che al follow-up, (3-6 mesi). Il trattamento dei disturbi correlati all'agorafobia tende invece a richiedere più tempo e deve pertanto considerare un maggior numero di sedute (16-20) rispetto al trattamento di disturbi di panico senza agorafobia.

L'attenzione alle problematiche intersoggettive in una cornice di terapia in cui il terapeuta è attivo e partecipa sia alle sedute di esposizione in vivo sia nell'esplorazione dei principali ostacoli e difficoltà nelle relazioni interpersonali, se da un lato può rappresentare un elemento di maggiore variabilità nella conduzione del gruppo (a scapito della riproducibilità e della standardizzazione dell'intervento stesso), assicura la possibilità di affrontare delle aree di disabilità rispetto alle quali il paziente in genere non riceve un adeguato supporto. D'altro canto, la condivisione dei compiti e delle strategie di esposizione così come della capacità di gestire gli stati d'ansia correlati, rappresentano un elemento comune a molte strategie di intervento di gruppo in ambito cognitivo-comportamentale. Nel caso del modello proposto da Belfer et al., l'effetto è massimizzato dal fatto che l'esposizione in vivo viene effettuata nel corso della seduta, al di fuori della stanza della terapia. L'apprendimento interpersonale, il senso di empatia e di reciprocità rappresentano in questo senso ulteriori fattori terapeutici che arricchiscono il modello TGCC classico.

## Disturbi Depressivi

### *a) Introduzione*

I disturbi depressivi dello spettro unipolare (depressione maggiore, distimia, forme depressive minori) sono molto frequenti nella popolazione generale. I dati di prevalenza puntuale evidenziano una percentuale del 2.7% per la depressione maggiore, altrettanto per la distimia e per i disturbi depressivi minori, con un rischio lifetime pari al 14%. I valori di prevalenza puntuale raddoppiano se vengono considerati anche i casi con sintomatologia sotto-soglia o sintomatologia residua (Faravelli et al. 2004, Alonso et al. 2004).

### *b) Valutazione dell'efficacia*

L'efficacia della TCC nel trattamento dei disturbi depressivi, ed in particolare della depressione maggiore, è ben documentata. A questo proposito diverse meta-analisi hanno evidenziato che la TCC è la forma di psicoterapia più efficace nel trattamento dei disturbi depressivi (Dobson 1989, Gloaguen et al. 1998), gli effetti sono paragonabili (se non superiori) a quelli ottenuti con trattamenti psicofarmacologici antidepressivi, in particolare nelle forme lievi e/o moderate e con l'esclusione delle forme più gravi o a rischio suicidario. Inoltre, la combinazione di terapia antidepressiva e TCC è più efficace rispetto ai singoli trattamenti (Teasdale et al. 1984). Il ruolo della TCC è stato infine evidenziato nella prevenzione delle ricadute depressive, in pazienti trattati solo con TCC, in soggetti trattati con TCC e antidepressivi e in pazienti trattati efficacemente con farmaci in fase acuta) e successivamente con TCC (Scott 1996, Evans et al. 1992, Fava et al. 1996). In particolare, il trattamento sequenziale dell'episodio depressivo maggiore e dei sintomi residui adottato da Fava et al. (2004) ha evidenziato una maggiore efficacia in relazione alla prevenzione delle ricadute, anche ad un follow-up a lungo termine (6 anni), rispetto al gruppo di controllo.

Sulla base dei dati disponibili in letteratura la TGCC, se paragonata alla TCC individuale, sembra costituire una valida alternativa anche se con alcune limitazioni. Diversi studi hanno documentato l'efficacia della TGCC nel trattamento di disturbi depressivi, sia in pazienti ambulatoriali che ricoverati (Scott 1990, Stravynski et al. 1994, Salvendy & Joffe 1991) (Ravindran et al. 1999, Page 2003, Free et al. 1991, Stacking & Hocke 1999).

Ad es. nello studio di Free et al. (1991) condotto su due coorti di pazienti ambulatoriali per un totale di 54 soggetti, sono state riportate percentuali di remissione della sintomatologia depressiva (misurata con BDI) comprese tra il 68 e il 74% dei soggetti trattati. Il trattamento prevedeva sedute settimanali per un totale di 12 settimane e 12 mesi di follow-up.

Lo studio di Page & Hock (2003) è stato condotto su un totale di 139 pazienti ricoverati che hanno seguito un programma intensivo di TGCC con sedute giornaliere per un totale di 10 giorni di trattamento. I risultati hanno evidenziato nei pazienti trattati con TGCC, rispetto a coloro che non avevano effettuato questo tipo di trattamento, un miglioramento dell'autostima (RSES), dei livelli di depressione, di ansia e stress soggettivo, misurati con la DASS (Depression Anxiety, Stress Scale), che si è mantenuto anche al follow-up di tre mesi.

Tuttavia, almeno in alcuni studi, l'efficacia della TGCC, se confrontata con quella della TCC individuale, appare più evidente nelle prime fasi del trattamento, mentre altri lavori mostrano che l'aggiunta o la combinazione con trattamenti antidepressivi alla TGCC, non produce un potenziamento degli effetti antidepressivi globali, come invece osservato nella TCC individuale (Ravindran et al. 1999).

In effetti, gli studi attualmente disponibili, pur evidenziando l'utilità della TGCC nel trattamento dei disturbi depressivi unipolari, non consentono ancora di trarre indicazioni esaustive circa la valutazione di efficacia rispetto ad altri trattamenti, come ad esempio la TCC individuale, altre forme di psicoterapia e lo stesso trattamento farmacologico antidepressivo.

c) *Modelli e metodi*

Il tipo di TGCC utilizzato nei disturbi depressivi è fondamentalmente rappresentato dal modello cognitivo di Beck, adattato da Hollon e Shaw (1979) al contesto di gruppo.

La struttura fondamentale non differisce molto da quella del trattamento cognitivo individuale, se non per alcune modifiche che devono necessariamente tenere conto dei processi intersoggettivi e delle dinamiche proprie del gruppo da un lato, e del tipo di pazienti (ambulatoriali o in ricoverati), nonché della durata e della intensità del trattamento dall'altro.

In generale, la TGCC nei disturbi depressivi si avvale del seguente modello teorico-applicativo. Il modello originario di Beck è caratterizzato da 4 componenti principali: i *pensieri automatici*, gli *schemi* cognitivi (fondati sul vissuto di helplessness/hopelessness), gli *errori logici* e la *triade cognitiva*. In breve, l'insieme di queste quattro componenti tende a produrre nel paziente depresso degli effetti che nel loro complesso configurano fenomenologicamente la condizione depressiva. Tali effetti possono essere riassunti come segue: il processo di elaborazione cognitiva degli eventi tende ad essere caratterizzato e connotato in chiave negativa. Tale tendenza è favorita e sostenuta dalla presenza di *errori logici* che condizionano il processo cognitivo. La persistenza di entità cognitive quali convinzioni, credenze e attitudini negative tende a sua volta ad assumere la forma di veri e propri *schemi* cognitivi, la cui espressione transitoria e fugace è rappresentata dal fenomeno dei *pensieri automatici*. Il contenuto di tali fenomeni riguarda essenzialmente *la percezione negativa su di sé, sul mondo e sul futuro*, nella forma classica della c.d. *triade cognitiva*. Il processo descritto è ricorsivo e ripetitivo.

La TGCC interviene su ognuno di questi passaggi, utilizzando di volta in volta strumenti di tipo didattico, descrittivo, tecniche di auto-osservazione e apprendimento, tecniche di modificazione del comportamento disfunzionale, i c.d. compiti a casa e gli esercizi eseguiti nel corso delle sedute di gruppo.

Per gruppi a termine, il numero delle sedute è in genere compreso tra 12 e 16, con frequenza settimanale e della durata di 1.5-2 ore ciascuna.

Per pazienti ricoverati sono stati utilizzati protocolli più intensivi, con sedute giornaliere per un totale di 10-12.

In sintesi, un esempio di TGCC manualizzato (Free 1999), con gruppo chiuso e a termine (12 sedute settimanali), per pazienti depressi, si fonda sui seguenti principi:

1. è un trattamento che prevede una contrattualità tra paziente e terapeuta, in particolare per ciò che concerne i compiti a casa.
2. è orientato in forma psicoeducazionale piuttosto che al processo intersoggettivo;
3. i partecipanti seguono un trattamento strutturato nel quale apprendono sistematicamente nuovi compiti e capacità e le applicano ad un sottoinsieme significativo delle loro difficoltà personali;
4. le sedute sono caratterizzate da un mix di didattica ed esercizi strutturati;
5. i pazienti sono costantemente incoraggiati a lavorare sui loro problemi;
6. i compiti più difficili vengono affrontati nel corso di più sedute;
7. Una parte importante del trattamento riguarda i commenti che vengono forniti al paziente sia sui compiti eseguiti a casa sia su quelli eseguiti nel corso delle sedute.

Ciascuna seduta è organizzata come segue (i contenuti differiscono in funzione della fase della terapia):

(es. della Terza Seduta)

- revisione dei compiti a casa della seduta precedente\* (\*nota: nella seduta precedente era stato introdotto il concetto di *pensiero automatico* e *scheda di autosservazione*)
- prima parte didattica (ad es. "Le conseguenze comportamentali dei pensieri automatici");

- esercizi; (ad es. i pazienti vengono invitati, in coppie, ad immaginare qualcuno che sia condizionato da uno o più dei pensieri automatici negativi elencati nella sessione precedente e a descrivere su carta come potrebbe sentirsi e come potrebbe comportarsi);
- seconda parte didattica (ad es. “la procedura di auto-osservazione: la scheda ABC e l’uso del metodo della ‘freccia verticale’” (\*NdR: per identificare non solo i pensieri automatici ma progressivamente, i vissuti profondi connessi agli schemi cognitivi disfunzionali, c.d. *core beliefs*);
- esercizi; applicazione del metodo della ABC associato a quello della ‘freccia verticale’
- compiti per la settimana successiva: schede ABC, continuare l’esercizio immaginativo effettuato in seduta ed effettuare due ‘freccie verticali’ a partire da schede ABC (per ulteriori approfondimenti, si veda Free 1999).

Come è stato osservato, la maggior parte degli studi che hanno utilizzato la TGCC nel trattamento dei disturbi depressivi (Page e Hooke 2003, Ravindran et al. 1999, Free et al. 1991, White 2000, Stravynski et al. 1994) si sono avvalsi del modello di Beck, opportunamente adattato. Alcune considerazioni metodologiche debbono essere a questo punto esaminate.

Come per altri interventi di TGCC, anche per il trattamento di gruppo della depressione si pone il problema di come impostare e condurre il gruppo. È chiaro che, anche in questo caso, si attivano le dinamiche tipiche del processo interpersonale gruppale e che pertanto, nella formulazione del metodo di trattamento, sarà necessario considerare i pro e i contro di questa attivazione e della gestione più appropriata delle suddette dinamiche. Secondo alcuni autori (White 2000), lungi dall’allontanare dall’obiettivo principale insito nella TCC (ovvero quello di lavorare per *compiti ed obiettivi*), l’inclusione del lavoro sulle dinamiche intrinseche al gruppo può fornire numerosi spunti proprio per lavorare sugli obiettivi prefissati. Altri modelli (Free 1999) tendono invece a concentrare il lavoro su un modello di TGCC manualizzato, integrato dai contributi di Fennel e Teasdale (1987) e McMullin (1986).

#### *d) Considerazioni conclusive*

È nostra opinione personale che l’impiego di modelli diversi, che includano o meno un’attenzione anche ai processi intersoggettivi del gruppo, dipenda in gran parte dalla formazione e dalle inclinazioni personali del terapeuta, nonché da considerazioni più generali inerenti il tipo di struttura (pubblica o privata), di setting (gruppo chiuso a termine o gruppo aperto non a termine) e di pazienti (ricoverati o ambulatoriali) con i quali si lavora di volta in volta. Una considerazione più specifica relativa ai gruppi con pazienti depressi, è relativa alla composizione del gruppo. Hollon e Shaw (1979) nella loro prima formulazione di TGCC per pazienti depressi, suggerivano di utilizzare tale intervento con gruppi omogenei. L’inserimento di pazienti depressi in gruppi con altri tipi di pazienti, potrebbe infatti potenziare negativamente la naturale propensione del paziente depresso ad attivare il confronto con gli altri, ovviamente in una chiave sistematicamente negativa e distruttiva. In questo senso, l’attivazione di gruppi omogenei (pur non mettendo del tutto al riparo da questo rischio), potrebbe favorire la condivisione di tematiche comuni, di processi cognitivi tendenzialmente omogenei e costanti nella popolazione affetta da questi disturbi, e permetterebbe di utilizzare al meglio gli effetti terapeutici del gruppo ed in particolare la coesione, il senso di appartenenza, l’apprendimento interpersonale e il decentramento cognitivo. Un’ultima considerazione riguarda il ruolo del terapeuta. Nella TGCC dei disturbi depressivi, il ruolo del terapeuta deve essere quanto mai attivo e propositivo. Alcuni autori (White 2000, Free 1999), sottolineano esplicitamente questo aspetto, come elemento importante per la conduzione di un gruppo composto da soggetti i cui vissuti fondamentali sono l’inaiutabilità, la mancanza di speranza e la triade cognitiva. Un ruolo attivo del terapeuta è altresì importante per stimolare

questi pazienti, sia rispetto al mantenimento dell'attenzione sia rispetto all'inibizione comportamentale che così di frequente manifestano, soprattutto nelle prime fasi della terapia.

## Disturbi di Personalità

### *a) Introduzione*

I Disturbi di Personalità (DP) sono caratterizzati da una durevole e pervasiva alterazione di processi cognitivi ed emotivi, rapporti interpersonali e controllo degli impulsi che determinano nel loro insieme un quadro di sofferenza soggettiva, riduzione delle capacità di funzionamento psicosociale e un'elevata utilizzazione delle risorse terapeutiche, siano esse in ambito pubblico che privato. Secondo un recente studio condotto negli Stati Uniti, il 15% della popolazione generale sarebbe affetta da una qualche forma di DP (Grant et al. 2004). Nella popolazione psichiatrica, la prevalenza dei DP è compresa tra il 15 e il 25% (per i soli Disturbi Borderline di Personalità, DBP) (Gunderson e Zanarini 1987). Anche per i DP si pone il problema della elevata frequenza di pazienti in comorbilità con altri disturbi, in particolare disturbi dell'umore, disturbi ansiosi e del comportamento alimentare, il che rende più difficile e articolato l'intervento terapeutico in questa ampia categoria di pazienti.

### *b) Valutazione dell'efficacia*

Una premessa importante di questo paragrafo la prendiamo a prestito da Gunderson (2003): *“la terapia con questi pazienti richiede un insieme di modificazioni specialistiche ad un qualsiasi modo standard e ordinario di fornire terapie istituzionali o ambulatoriali tradizionali”*. Ciò vale soprattutto per i pazienti borderline, ma in realtà può essere esteso anche ad altri disturbi di personalità. In altre parole, ciò significa che trattare un paziente con disturbo di personalità (per es. DBP), come se si trattasse di un paziente come tanti altri, ovvero fornendo un trattamento “as usual” (colloqui o psicoterapia di sostegno, prescrizione di farmaci ed eventuali ricoveri se necessari), significa di fatto esporlo ad un fallimento terapeutico e ad un inutile e dannoso dispendio di energie e risorse da parte del terapeuta (Stone 2000). Come vedremo, questa osservazione, piuttosto ovvia oggi, ha alcune importanti implicazioni nella valutazione dell'efficacia delle TGCC per la cura del paziente con DBP.

Gli studi (randomizzati e di tipo naturalistico) che hanno valutato l'efficacia della TCC nel trattamento di DP, in particolare Disturbo Borderline di Personalità (Linehan et al. 1991, 1994, 1999; Bohus et al. 2000; Fahy et al. 1993; Springer et al. 1996) e Disturbo Evitante di Personalità (Hardy et al. 1995, Brown et al. 1995, Alden 1989), non sono molti e solo alcuni di questi hanno utilizzato un setting di gruppo, integrato o meno con una terapia individuale (Leichsering e Leibing 2003).

La maggioranza degli studi evidenzia un *effect size* (aggiustato per numerosità del campione) compreso tra 0.82 e 0.95, a seconda che si tratti di misure etero- o auto-valutate. Gli strumenti più utilizzati sono stati la BDI, la SCL-90-GSI, la Health-Sickness Rating Scale (HSRS), la Scala di Valutazione dell'Adattamento Globale (GAS), la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF). Il tasso di drop-out, altro elemento determinante per la valutazione dell'efficacia del trattamento in questa categoria di pazienti, è pari a circa il 17% sul totale degli studi considerati, a fronte di un tasso di drop-out nei DP generalmente superiore al 30%. Il fenomeno del drop-out è significativamente correlato a DP del cluster A e B. I DBP in particolare mostrano un tasso di drop-out molto elevato (50%) quando trattati con modalità di cura aspecifiche, consistenti in terapia di sostegno o colloqui, prescrizione di farmaci ed eventuale ricovero.

c) *Metodi e modelli*

Di fatto, l'unico modello strutturato di tipo cognitivo-comportamentale che utilizzi stabilmente un setting di gruppo come parte integrante della terapia del DBP è il modello dialettico-comportamentale (Dialectic-Behavioral Therapy, DBT), ideato da M. Linehan. Il primo lavoro, pubblicato nel 1991 era uno studio randomizzato in cui 44 pazienti donne con diagnosi di DBP e comportamenti parasuicidari. Le pazienti venivano assegnate *random* al trattamento DBT o al trattamento "as usual". La durata prevista per il trattamento DBT era di un anno e consisteva in sessioni settimanali di terapia individuale associate a terapia di gruppo della durata di 2 ore e mezzo circa, per un totale di 3.5 ore di trattamento ambulatoriale a settimana. Il gruppo di controllo era costituito da pazienti trattate da terapeuti non selezionati, con colloqui di psicoterapia di sostegno, farmacoterapia e ricovero se necessario. I dati ottenuti hanno rappresentato la prima evidenza empirica di efficacia nel trattamento dei borderline da parte di uno specifico modello di intervento. L'efficacia è stata evidenziata nella riduzione significativa dei comportamenti parasuicidari, dei giorni di ricovero in ospedale e nella riduzione del drop-out (l'83% dei pazienti in DBT hanno mantenuto lo stesso terapeuta per un anno, contro il 50% del gruppo di controllo). D'altro canto non sono state osservate differenze in relazione allo "stato depressivo", al "sentimento di mancanza di speranza", all'"ideazione suicidaria" e alle "motivazioni per vivere", nonostante queste misure siano migliorate nel corso dell'anno di terapia con DBT. Uno studio di follow-up naturalistico (Linehan et al. 1993) sugli stessi pazienti, ha evidenziato il mantenimento dei benefici a distanza di un anno dal trattamento. Un altro studio (Bohus et al. 2000) di tipo prospettico naturalistico, ha utilizzato la DBT nel trattamento ospedaliero di donne con DBP e comportamenti parasuicidari, evidenziando anche in questo caso un'efficacia pre-post trattamento.

Nonostante l'accuratezza metodologica degli studi pubblicati da Linehan (1991, 1993, 1994), a distanza di 10 anni è possibile valutare i risultati ottenuti secondo un approccio obiettivo ed evidenziarne alcuni limiti. In primo luogo, il campione studiato nel primo lavoro è relativamente piccolo (44 soggetti), costituito solo da donne con comportamenti parasuicidari; in secondo luogo, il trattamento di controllo appare (soprattutto a distanza di anni), piuttosto debole e troppo aspecifico per poter rappresentare un intervento di una qualche utilità per questo tipo di pazienti. È ovvio che confrontare un modello di trattamento altamente strutturato, manualizzato e condotto da terapeuti fortemente motivati con una terapia tutt'altro che strutturata, condotta da terapeuti scelti casualmente, senza una particolare competenza per i DBP, non solo rende i due interventi poco confrontabili, ma forse ha effetti anche sui pazienti che accedono all'uno o all'altro trattamento. Ad onor del vero, bisogna dire che nel 1991, quando uscì l'articolo della Linehan non esistevano evidenze empiriche di efficacia per nessun tipo di trattamento specifico, per cui di fatto il trattamento as usual (TAU), era in effetti il trattamento a cui accedevano con maggiore probabilità i pazienti con DBP.

Nonostante queste considerazioni, il modello DBT è l'unico modello in ambito cognitivista che abbia evidenziato una buona efficacia nel trattamento dei disturbi borderline. Gli aspetti metodologici fondamentali del modello DBT sono i seguenti: l'uso di un setting multiplo, terapia individuale e terapia di gruppo, (*social skills training*), considerate entrambe essenziali per la prosecuzione del trattamento; il ricorso ad una fase iniziale "contrattuale", esplicitamente orientata a delimitare confini del paziente e del terapeuta, nonché a definire obiettivi terapeutici plausibili e ordinati rispetto ad un criterio di priorità; l'uso di tecniche miste in terapia individuale, tra cui strategie comportamentali come il diario, l'uso particolare del telefono come strumento per richiedere aiuto ma anche per *testare* la capacità del paziente di contribuire in prima persona al corretto ed efficace svolgimento della terapia; uno stile di conduzione della terapia attivo, in cui l'empatia e la validazione delle emozioni sono intese come esperienze correttive rispetto ad un



ambiente familiare d'origine invalidante; l'alternanza "dialettica" tra strategie di accoglimento e strategie volte al cambiamento, in particolare rispetto alla capacità di riconoscere e regolare le emozioni e comportamenti disadattativi a favore di risposte emotivo-comportamentali sempre più funzionali; la necessità di apprendere ed applicare nuove strategie e/o abilità sociali attraverso la terapia di gruppo, condotta da terapeuti diversi da quelli che conducono l'individuale. Altro elemento fondamentale del trattamento è il confronto settimanale sul caso, tra terapeuta individuale e terapeuti di gruppo, necessario per evidenziare la presenza di difficoltà in uno dei due setting e stabilire una strategia comune per affrontarli. L'insieme del trattamento è proposto come un pacchetto unico, anche se negli anni successivi, alcuni autori hanno "curiosamente" sperimentato la possibilità di scindere i due setting, proponendo al paziente una psicoterapia di diverso orientamento (ad es. dinamica) associata al gruppo DBT. Questa modalità si è rivelata del tutto inefficace, come prevedibile, alla luce delle più elementari considerazioni inerenti la buona conduzione di una co-terapia. Il motivo per cui il gruppo DBT associato ad un'altra psicoterapia individuale non funziona dipende molto probabilmente da fattori intrinseci alla conduzione delle co-terapie e alla natura della DBT, presentata come una modalità di co-terapia articolata e strutturata come un unico pacchetto terapeutico. In sintesi, una co-terapia (come ad es. la DBT) per poter funzionare *deve* possedere i seguenti requisiti: condivisione del modello teorico di riferimento da parte dei terapeuti, disponibilità e possibilità allo scambio e al confronto sull'andamento della terapia, accettazione da parte del paziente che i due terapeuti parlino della terapia e si possano scambiare informazioni, condivisione degli obiettivi terapeutici stabiliti in partenza tra equipo di terapeuti e paziente (Liotti et al. 2005).

Il modello DBT ha rappresentato e rappresenta tutt'ora lo standard di riferimento per tutti coloro che vogliono cimentarsi nella valutazione dell'efficacia di un trattamento per i pazienti con DBP. Il contributo originale risiede essenzialmente nell'aver centrato alcuni aspetti fondamentali della conduzione della terapia con questi pazienti e nell'averli resi fruibili e comprensibili non solo ai pazienti, ma anche ai terapeuti. In particolare, l'aver concepito un setting multiplo fortemente coeso ed integrato sia a livello teorico che procedurale, ha permesso al contempo di ridurre il carico emotivo e di lavoro del terapeuta singolo e di contenere la naturale propensione al caos relazionale del paziente, soprattutto quando si trova in una relazione individuale. L'altro grande merito è quello di aver individuato una strategia terapeutica intesa come un processo dialettico in cui si alternano *l'accoglimento delle difficoltà* (o degli insuccessi) e lo *stimolo* (nonché la speranza) *verso una modificazione del comportamento e delle emozioni correlate*, come elementi di un processo di *cambiamento*, volto al conseguimento di un *obiettivo comune*.

Il nostro gruppo (Ivaldi, Fassone, Rocchi, Mantione), proprio prendendo spunto da queste considerazioni, e sulla scorta di considerazioni teoriche ed empiriche riconducibili alla Teoria dell'Attaccamento, dei Sistemi Motivazionali Interpersonali e al costrutto della Disorganizzazione dell'Attaccamento, ha formulato un modello di intervento ambulatoriale, anch'esso in setting multiplo, individuale-gruppo (Ivaldi et al. 1998, 2000).

Un primo lavoro (Fassone et al. 2003) su un campione di 40 pazienti con disturbi di personalità, in prevalenza borderline, ha riportato alcuni risultati preliminari incoraggianti circa la possibilità di ridurre il rischio di drop-out in corso di trattamento (15% di drop-out in trattamento vs 50% di drop-out pregresso con altre psicoterapie) trattati per 18-24 mesi. I dati attualmente disponibili su un totale di 109 soggetti, sono presentati in un altro lavoro pubblicato in questo stesso numero.

Anche un altro gruppo di lavoro (Framba, Prunetti, Bateni) che opera a Vicenza in un contesto residenziale, sta applicando un modello di intervento in buona parte derivato dalla DBT e opportunamente integrato e adattato in senso cognitivo-evoluzionista per il trattamento di DBP

gravi ricoverati. Anche in questo caso, gli aspetti metodologici specifici di questo modello di intervento sono trattati in un altro articolo in questo stesso numero.

Altri modelli di terapia di gruppo cognitivo-comportamentale sono attualmente in fase di elaborazione o sperimentazione, e al momento sono disponibili solo risultati preliminari. Uno di questi è rappresentato dal lavoro di Tyrer e Davidson (2000). Il modello è denominato MACT (Manual Assisted Cognitive Therapy), e consiste in un intervento breve ed intensivo, per un totale di 6 incontri, che utilizza elementi del modello di abilità sociali del gruppo DBT e altri strumenti come la distribuzione di opuscoli di trattamento, in cui si impiegano strumenti più vicini all'approccio psico-educazionale. L'obiettivo dichiarato (e limitato) del modello MACT è la riduzione dei comportamenti autolesivi, utilizzando un setting di gruppo, a basso costo e breve durata. I risultati preliminari sono incoraggianti. Su un totale di 32 pazienti randomizzati in gruppo MACT e gruppo trattato "as usual", valutati per la durata del trattamento e nei sei mesi successivi è stata osservata una significativa riduzione dei comportamenti autolesivi (0.17 vs 0.37 gesti autolesivi al mese, MACT vs. controlli, rispettivamente) e un incremento dell'intervallo libero tra un episodio e l'altro. Anche in questo caso, valgono le osservazioni critiche circa la adeguatezza del trattamento di controllo, e più in particolare alcune perplessità circa la possibilità da parte di pazienti con DBP di mantenere nel tempo i benefici ottenuti con trattamenti brevi. In letteratura, indipendentemente dal tipo di intervento, un periodo di trattamento di almeno 12 mesi è considerato necessario per indurre un cambiamento che possa essere consolidato e mantenuto nel tempo nei soggetti con DP (Gunderson 2003, Leichsenring e Leibing 2003).

#### d) Conclusioni

In conclusione, mentre per altre categorie diagnostiche come i DCA, i disturbi di panico e le fobie o i disturbi depressivi, i contributi relativi a trattamenti di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale sono numerosi e variamente articolati secondo modelli diversi, non altrettanto si può dire in relazione ai DP. Come già sottolineato nella introduzione a questo capitolo, il trattamento dei DP richiede un approccio specializzato, articolato non di rado in setting multipli, e il coinvolgimento di più figure professionali la cui azione deve essere coordinata e strutturata nell'ambito di un unico progetto terapeutico. La validità di questi assunti di base è confermata dai buoni risultati ottenuti da modelli di intervento che, come la DBT, rispondono pienamente a questi requisiti di base.

### Considerazioni conclusive

L'insieme dei lavori e dei modelli presentati in questa overview evidenzia la molteplicità e variabilità di approcci diversi, tutti accomunati dalla matrice cognitivo-comportamentale. Alcuni modelli di trattamento, soprattutto per i disturbi d'ansia, rispondono in modo completo ed esclusivo alla definizione di "trattamento cognitivo-comportamentale". Ciò vale anche per i trattamenti di gruppo dei disturbi depressivi. Per quanto riguarda invece i DCA e i DP, come abbiamo visto, i modelli di TGCC più efficaci hanno in parte mutuato da altre scuole di pensiero alcuni aspetti fondamentali relativi alla terapia di gruppo. Molti autori sottolineano infatti, soprattutto per gruppi con durata superiore ai 4-6 mesi, l'importanza dei fattori terapeutici specifici del gruppo, riconducibili al modello interpersonale di Yalom (1997). Mentre è plausibile che per gruppi brevi e a termine (8-12 settimane), alcuni di questi fattori siano poco rilevanti (permettendo al terapeuta – o i terapeuti – di non considerarli in primo piano nel corso della terapia), per gruppi di durata maggiore questi fattori "di processo" si attivano inevitabilmente. Per questo motivo è auspicabile che il terapeuta sia *attrezzato* (ovvero formato) per poterli individuare e gestire nel

modo più adeguato. In questo senso condividiamo alcune osservazioni di cautela circa la possibilità che un terapeuta possa adeguatamente formarsi come terapeuta di gruppo (soprattutto per pazienti difficili), avendo seguito “solo” dei corsi intensivi della durata di poche settimane (Gunderson 2003, Yalom 1997).

## Bibliografia

- Agras W., Rossiter E., Arnow B., Schneider J, Telch C., Raeburn S., Bruce B et al., (1992) Pharmacologic and cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa : a controlled comparison. *American Journal of Psychiatry* 149, 82-87.
- Alden L. (1989). Short term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, 756-764.;
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., Girolamo G., Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess V., Lepine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G., Almansa J., Arbabzadeh-Bouchez S., Autonell J., Bernal M., Buist-Bouwman M.A., Codony M., Domingo-Salvany A., Ferrer M., Joo S.S., Martinez-Alonso M., Matschinger H., Mazzi F., Morgan Z., Morosini P., Palacin C., Romera B., Taub N., Vollebergh W.A.; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Suppl.) 420, 28-37.
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page AC., (2003) *The treatment of anxiety disorders: clinician guides and treatment manuals*. Second Ed., Cambridge University Press, Cambridge.
- Barlow D. (1988) *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press, New York.
- Belfer P. Munoz L., Schacter J., Levendusky P. (1995) Cognitive-behavioral group psychotherapy for agoraphobia and panic disorder. *International Journal of group Psychotherapy* 45, 185-206.
- Bohus M., Haaf B., Stiglmayr C., Pohl U., Bohme R., Linehan M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: a prospective study. *Behavioral Research and Therapy* 38, 875-887.
- Bowers W.A. (2000). *Eating disorders*. In: White J, Freeman A. (Eds). *Cognitive behavioral group therapy for specific problems and populations*. American Psychological Association, Washington D.C.
- Brown E., Heimberg R., Juster H. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: effect of severity of social phobia, impairment and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavioral Research and Therapy* 26, 467-486.
- Cerny J., Barlow D., Craske M., Himadi W. (1987). Couples treatment of agoraphobia: a two-year follow-up. *Behavior Therapy* 18, 401-415.
- Chambless D., Goldstein A. (1982). *Agoraphobia: multiple perspectives on theory and treatment*. Wiley, New York.
- Chen E., Touyz S. (2003) Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 33, 241-56
- Clark D., Salkovskis P., Gelder M., Koehler C., Martin M., Anastasiades P., Hackmann A, Middleton H, Jeavons A. (1988). *Tests of a cognitive theory of panic*. In. Hand I, Wittchen H (Eds). *Panic and phobias: treatments and variables affecting course and outcome*. Springer-Verlag, Berlino.
- Cox G, Merkel W. (1989). A qualitative review of psychological treatments for bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 77-84.

- Craske M., Rowe M., Lewin M., Noriega-Dimitri R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology* 36, 85-99.
- Craske M., Street L., Barlow D. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment for agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy* 27, 663-672.
- Dobson K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 414-419.
- Evans L., Holt C., Oei T. (1991). Long term follow-up of agoraphobics treated with brief intensive group cognitive behavioural therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 25, 343-349.
- Evans M., Hollon S., De Rubeis R., Piasecki J., Grove W., Garvey M., Tuason V. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy of depression. *Archives of General Psychiatry* 49, 802-808.
- Fahy T., Eisler I., Russell G.F.M. (1993). Personality disorder and treatment response in bulimia nervosa. *British journal of Psychiatry* 162, 765-770.
- Fairburn C., Hay P. (1992). The treatment of bulimia nervosa. *Annals of Medicine* 24, 297-302.
- Fairburn C., Marcus M., Wilson G. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual*. In: Fairburn C, Wilson G. (Eds): *Binge eating: nature, assessment, and treatment*. Guilford Press, New York.
- Fairburn C., Jones R., Peveler R., Carr S., Solomon R. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 48, 463-469.
- Faravelli C., Guerrini Degl'Innocenti B., Giardinelli L. (1989). Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79, 308-12.
- Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., Cecchi C., Cosci F., D'Adamo D., Lo Iacono B., Ravaldi C., Scarpato M.A., Truglia E, Rosi S. (2004). The Sesto Fiorentino study: background, methods and preliminary results. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, 216-225.
- Fassone G. Ivaldi A. Rocchi M.T. (2003). Drop-out reduction in patients with severe personality disorders: preliminary results of an integrated treatment model of group and individual cognitive-behavioral therapy. *Rivista di Psichiatria* 38, 241-246.
- Fava G.A., Grandi S., Zielezny M., Ravanelli C., Canestrari R. (1996). Four year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry* 153, 945-947.
- Fava G.A., Ruini C., Rafanelli C., Finos L., Conti S., Grandi S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry* 161, 1872-6.
- Feigenbaum W. (1988). *Long-term efficacy of ungraded versus massed exposure in agoraphobics*. In: Hand I, Wittchen H. (Eds). *Panic and Phobias: treatments and variables affecting course and outcome*. Springer-Verlag, Berlino.
- Fennel M., Teasdale J. (1987). Cognitive therapy for depression: individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research* 11, 253-271.
- Free M., Oei T, Sanders M. (1991). Treatment outcome of a group cognitive therapy program for depression. *International Journal of Group Psychotherapy* 41, 533-547.
- Free M. (1999). *Cognitive therapy in groups. Guidelines and resources for practice*. Wiley, New York.
- Garner D., Rockert W., Davis R., Garner M., Olmsted M., Eagle M. (1993). Comparison between cognitive-behavioral and supportive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Gloaguen V., Cottraux J., Cucherat M., Blackburn I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 49, 59-72.
- Grant B.F., Hasin D., Stinson F.S., Dawson D., Chou S.P., Ruan W., Pickering R. (2004). Prevalence, correlates,

- and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 65, 948-58.
- Gunderson J., Zanarini M. (1987). Current overview of the borderline diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 48, 5-14.
- Gunderson J. (2003). *La personalità borderline. Una guida clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.
- Hardy G., Barkham M., Shapiro D., Stiles W., Rees A., Reynolds S. (1995). Impact of cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 997-1004.
- Hartmann A., Herzog T., Drinkmann A. (1992). Psychotherapy for bulimia nervosa: what is effective? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic research* 36, 159-167.
- Hay P.J., Bacaltchuk, J. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Systematic Reviews*.
- Hoffart A. (1995). A comparison between cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 33, 423-434.
- Hollon S.D. e Shaw B. (1979). *Terapia cognitiva di gruppo con pazienti depressi*. In: Beck A., Rush J., Shaw B., Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford. Trad. It.: *Terapia cognitiva della depressione*. Bollati Boringhieri, 1987.
- Ivaldi A., Fassone G., Intreccialagli B. (1998) *Psicoterapia individuale e psicoterapia di gruppo: contesti integrabili*. Atti del Simposio "Psicoterapia del paziente grave: integrazione dell'identità", IX Congresso Nazionale Società italiana di Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva, SITCC, Torino, 12-15 novembre, 1998.
- Ivaldi A., Fassone G., Rocchi M.T. (2000) *Setting individuale e di gruppo: considerazioni critiche di un'esperienza terapeutica*. Atti del X Congresso Nazionale SITCC: La psicoterapia fondata sulle evidenze: metodi, protocolli ed esiti. Orvieto, 16-19 Novembre 2000.
- Lang A., Craske M. (2000). *Panic and phobia*. In: White J., Freeman A. (Eds). *Cognitive behavioral group therapy for specific problems and populations*. American Psychological Association, Washington D.C., 2000.
- Leichsering F., Leibling E., (2003). The effectiveness of psychodynamic and cognitive-behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 160, 1223-1232.
- Lidren D., Watkins P., Gould R., Clum G., asterino M., Tulloch H. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 865-869.
- Linehan M., Armstrong H., Suarez A., Allmon D., Heard H. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48, 1060-1064.
- Linehan M., Heard H., Armstrong H. (1993). Naturalistic follow-up of behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 50, 971-974.
- Linehan M., Tutek D., Heard H., Armstrong H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 151, 1771-1776.
- Linehan M., Schmidt H., Dimeff L., Craft J., Kanter J., Comtois K. (1999). Dialectical behavioral therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction* 8, 279-292.
- Liotti G., Farina B., Rainone A. (2005). *Due terapeuti per un paziente*. Casa Editrice Laterza, in stampa.
- McMullin R. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. WH Norton and Company, New York.
- Michelson L., Marchione K., Greenwald M., Giantz L., Marchione N., Testa N. (1990). Panic disorder: cognitive-behavioral treatment. *Behavioral Research and Treatment* 28, 141-151.
- Michelson L., Marchione K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorders with agoraphobia: critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 100-114.

- Moran C, Andrews G. (1985). The familial occurrence of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry* 146, 262-267.
- Neron S., Lacroix D., Chaput Y. (1995). Group vs individual cognitive behavior therapy in panic disorder. An open clinical trial with a six-month follow-up. *Canadian Journal of Behavioral Science* 27, 379-392.
- Page A., Hooke G. (2003). Outcomes of depressed and anxious inpatients discharged before and after group cognitive behavior therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191, 653-659.
- Ravindran A., Anisman H., Merali Z., Charbonneau Y., Teiner J., Bialik R., Wiens A., Ellis J., Griffiths J. (1999). Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *American Journal of Psychiatry* 156, 1608-1617.
- Reiss S., Peterson R., Gursky D., McNally R. (1986). Anxiety, sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy* 24, 1-8.
- Riess H. (2002) Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa. *International Journal of Group Psychotherapy* 52, 1, 1-26.
- Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. (2000) The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders* 5, 52-61.
- Rossiter E., Agras W., Losch M., Telch C. (1988). Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral or pharmacologic treatment. *Behavioral Research and Therapy* 26, 495-498.
- Salvendy J., Joffe R. (1991). Antidepressants in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 41, 465-480.
- Scott MJ., Stradling S. (1990). Group cognitive therapy for depression produces clinically significant reliable change in community based settings. *Behavioral Psychotherapy* 18, 1-19.
- Scott J. (1996). Cognitive therapy of affective disorders: a review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 1-11.
- Shear, M., Beidel, D. (1998) Psychotherapy in the overall management strategy for social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 39-46.
- Springer T., Lohr N., Buchtel H., Silk K. (1996). A preliminary report of short term cognitive behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Research and Practice* 5, 57-71.
- Stone M. (2000). Clinical Guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 23, 193-210.
- Stravynski A., Verreault R., Gaudette G., Langlois R. Gagnier S. Larose M. (1994). The treatment of depression with group behavioral-cognitive therapy and imipramine. *Canadian Journal of Psychiatry* 39, 387-390.
- Teasdale J., Fennell M., Hibbert G., Amies P. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry* 144, 400-406.
- Telch M., Schmidt N., Jaimez LN., Jacquin K., Harrington P. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 823-830.
- Telch, M., Lucas, J., Schmidt, N. (1993) Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy* 31, 279-87.
- Tsao JC., Lewin M., Craske M. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders* 12, 357-371.
- Tyrer P., Davidson K. (2000). *Cognitive therapy for personality disorders*. In: Gunderson J., Gabbard G. (Eds). *Psychotherapy for Personality Disorders*. American Psychiatric Press, Washington.
- Van Hanswijck de Jonge P., Van Furth E.F., Lacey J.H., Waller G. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine* 33, 1311-7.

*Stato dell'arte della psicoterapia di gruppo cognitivo-comportamentale*

- White J. (2000). Depression. In: White J., Freeman A. (Eds). *Cognitive behavioral group therapy for specific problems and populations*. American Psychological Association, Washington D.C.
- Wilfley D., Agras, W. (1993) Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 296-305.
- Wilfley D., Welch R. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry* 59, 713-21.
- Yalom I. (1997) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Bollati Boringhieri.

*Autore per la corrispondenza:* Giovanni Fassone, IV Centro di Psicoterapia Cognitiva, Viale Castro Pretorio, 16 - 00185 - Roma. E-mail: gfassone@libero.it