



UNIVERSITÀ DI PARMA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOBIOLOGIA E
NEUROSCIENZE COGNITIVE**

**REVISIONE DEGLI APPROCCI RELATIVI AL
TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI:
DAI MODELLI CLASSICI AI MODELLI DI TERZA
GENERAZIONE**

Relatore: *Chiar.ma Prof.ssa Annalisa Pelosi*

Controrelatore: *Chiar.mo Prof. Roberto Anchisi*

Laureanda: *Eleonora Trinchera*

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

Agli individui affetti da disturbi alimentari,

Ai soggetti colpiti dalla malattia,

Alle persone che soffrono,

A te, mia cara amica.

G.G

SOMMARIO

ABSTRACT	6
INTRODUZIONE	8
CAPITOLO 1.....	12
DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE	12
1.1 Fattori eziologici e di mantenimento	12
<i>1.1.1 Caratteristiche individuali: fattori genetici e fattori psicologici.....</i>	<i>13</i>
<i>1.1.2 Evidenze neurologiche</i>	<i>16</i>
<i>1.1.3 Eventi traumatici</i>	<i>18</i>
<i>1.1.4 Influenze familiari.....</i>	<i>19</i>
<i>1.1.5 Influenze culturali</i>	<i>20</i>
1.2 Classificazione dei disturbi	22
<i>1.2.1 Anoressia nervosa.....</i>	<i>23</i>
<i>1.2.2 Bulimia nervosa.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2.3 Disturbo da Binge-Eating</i>	<i>30</i>
<i>1.2.4 Altri disturbi dell'alimentazione</i>	<i>34</i>
CAPITOLO 2.....	37
DAI MODELLI CLASSICI AGLI APPROCCI DI TERZA GENERAZIONE	37
2.1 Il Comportamentismo e la Terapia Comportamentale	37
<i>2.1.1 Il cognitivismo di Beck</i>	<i>39</i>
<i>2.1.2 Ellis e la Rational Emotive Behavior Therapy</i>	<i>43</i>
2.2 Modelli cognitivo comportamentali.....	47
2.3 I limiti delle prime due generazioni.....	50
2.4 La terza generazione della psicoterapia Cognitivo-Comportamentale	53
<i>2.4.1 La pubblicazione di Hayes e Wilson</i>	<i>56</i>

2.5 Accettazione e <i>mindfulness</i> : le strategie per operare il cambiamento	61
2.6 Il modello dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT).....	64
CAPITOLO 3.....	70
REVISIONE CRITICA DELLA LETTERATURA.....	70
3.1 Il trattamento basato sulla consapevolezza	70
3.2 Mindfulness e disturbi alimentari	74
3.3 Evidenze a confronto: CBT, IPT e SSCM	77
3.3.1 CT e ACT, ABT e SBT	80
3.4 ACT e CBT applicati ad altri disturbi	83
3.5 CBT-E	89
3.6 CBT e ACT disturbi alimentari.....	92
3.7 ACT, fame emozionale e immagine corporea	95
LIMITAZIONI E RICERCA FUTURA.....	101
RINGRAZIAMENTI.....	102
BIBLIOGRAFIA.....	103

“Scrivere e provare ad esprimere ciò che sento, non pensavo fosse tanto complicato.

E pensare che sono i mille pensieri, i mille problemi che mi portano ad abbuffarmi.

Perché è l'unico modo che riesco a trovare per "non pensare".

È come se il cervello si "svuotasse" completamente.

Come se la tua persona intesa come mente e razionalità, non volesse vedere e accettare perciò scappa e si rifugia dove non può vedere.

Dove non può sentire. E vomita, e si abbuffa. Ed è un controsenso.

Sì, perché vomitare, è un modo per sentire che si è ancora vivi.

Sentire che si provano ancora emozioni forti. E non che tutto è piatto.

È come guardare un nastro trasportatore che scorre all'infinito verso un punto buio, un punto buio che non ha una fine... però lo immagino, e basta.

Questo è un po' ciò che provo quando penso alla vita, quando penso al circolo vizioso che mi ha catturato...non so come, non so per quale motivo (forse).

Avrei voluto scrivere ricordando tutto con una certa forza, sentendomi felice di esser migliorata, di essermi impegnata, di aver saputo lavorare su me stessa, ma l'effetto che hanno su di me certi ricordi, rievocano solamente tristezza e disperazione.

Come quella volta in cui ho chiesto aiuto, quella volta ero arrivata al limite.

Vomitavo e pensavo "aiutatemi". E avrei voluto piangere, ma non potevo, perché le lacrime sotto l'acqua della doccia non si vedono, non le senti sulla pelle. Non senti nulla come è successo ogni altro santo giorno della tua vita da quando qualcosa si è impossessata di te”.

G. G (24 anni)

ABSTRACT

I Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione sono tra i più comuni problemi di salute. Possono colpire tutte le età della vita, dall'infanzia all'età adulta, anche se il picco di maggior incidenza si ritrova durante l'adolescenza (Fairburn e Harrison, 2003). Sono disturbi che coinvolgono prevalentemente la popolazione femminile, anche se negli ultimi anni il numero dei maschi colpiti, specialmente nelle varianti dell'anoressia nervosa, è decisamente in aumento (Campbell e Peebles, 2014).

I fattori di rischio e l'eziologia dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione sono molteplici (ambientali, psicologici, neurobiologici, socio-culturali) e ciò rende la comprensione e il trattamento di questa patologia complicata (Herpertz-Dahlmann, 2015).

I Disturbi del Comportamento Alimentare provocano spesso gravi danni alla salute fisica e al funzionamento psicosociale, inoltre aumentano il rischio di morte prematura (Smink, Van Hoeken e Hoek, 2012).

Nel corso del tempo, sono stati adottati differenti approcci relativi alle tipologie di trattamento ai Disturbi del Comportamento Alimentare. Attraverso l'utilizzo di nuovi orientamenti e conseguentemente di nuove prospettive si arriva ad una sempre più completa visione del disturbo (Lock, Le Grange, Agras, Moye, Bryson e Jo, 2010). La ricerca eseguita negli ultimi trent'anni ha appunto prodotto importanti miglioramenti nella comprensione e nel trattamento di tali patologie.

Il primo capitolo dell'elaborato ha l'obiettivo di fornire una panoramica sui Disturbi Alimentari, dalla sintomatologia alle possibili cause fino alla classificazione dei sintomi.

Nel capitolo successivo viene descritto come il trattamento del disturbo abbia subito modificazioni in base al tipo di approccio adottato nel corso del tempo facendo particolare riferimento alle tre generazioni della psicoterapia. Partendo, quindi, dalla Terapia Comportamentale classica fino alla formulazione del successivo modello Cognitivo-Comportamentale per concludere con le terapie di terza generazione, le quali comprendono l'*Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*, *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)* e *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*, *Functional Analytic Psychotherapy (FAP)*, *Dialectical Behavior Therapy (DBT)*, *Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)* e *Interpersonal Psychotherapy (IPT)*. Il punto di vista adottato verte principalmente sulla cornice teorica della *Relational Frame Theory*.

Il terzo capitolo dell'elaborato presenta la rassegna critica della letteratura sul tema degli approcci adottati nel trattamento dei disturbi alimentari, inoltre vengono illustrate le diverse evidenze ottenute in altre patologie, ad esempio i disturbi d'ansia.

Successivamente vengono illustrate le conclusioni, con relativi limiti e pregi delle revisioni sui vari orientamenti, mostrandone i futuri sviluppi in cui sarà possibile integrare strumentazioni ulteriori per aumentare l'accuratezza e l'efficienza del trattamento.

INTRODUZIONE

Nella seconda metà del '900, contestualmente alle variazioni storiche e politiche che hanno contraddistinto il secolo scorso, nel mondo occidentale si è cominciato ad assistere a un insieme di mutamenti antropologici radicali del vivere sociale. A fronte della conseguenza della stretta correlazione tra condizioni storiche e sociali in questo periodo comincia ad insinuarsi nella popolazione un fenomeno fino ad allora isolato: il cibo per milioni di giovani comincia a diventare un avversario (Hudson, Hiripi, Pope e Kessler, 2007).

Si diffondono, così, i Disturbi del Comportamento Alimentare, manifestando una modalità diversa, moderna, di esternare il proprio disagio psichico (Fairburn e Harrison, 2003).

In ogni momento storico, disturbi mentali di rilevanza epidemiologica o di particolare drammaticità irradiano un punto di vista specifico della natura umana, mettendo in risalto paure e conflitti di quel caratteristico periodo storico (Campbell e Peebles, 2014).

L'esplosione esponenziale dei Disturbi del Comportamento Alimentare va dunque a collocarsi all'interno di una panoramica socio-antropologica che diviene la catalizzatrice della diffusione di sindromi "*culture bound*", legate ovvero ad aspetti culturali particolari del proprio paese rispetto a cui il disagio psichico sembra adattarsi (Herpertz-Dahlmann, 2015).

Si sono così delineati gradualmente i caratteri di una vera e propria "epidemia sociale" che coinvolge l'intero mondo occidentale (Gordon, 1990).

La difficoltà a comprendere esattamente la diffusione dei Disturbi Alimentari rispetto ad altre patologie, mentali e non, sta, oltre che nella complessità di unificare gli studi, anche nella tendenza delle persone affette ad occultare il proprio disturbo e disagio e ad evitare, almeno per un lungo periodo iniziale, l'aiuto di professionisti e la possibilità di un progetto di cura tempestivo (Herpertz-Dahlmann, 2015).

In Italia le persone che soffrono di patologie legate ai Disturbi dell'Alimentazione sono più di tre milioni e mezzo (Istituto Nazionale di Statistica, 2016). I dati provenienti dall'Istat confermano 8.500 nuovi casi all'anno, di cui il 10 per cento riguarda maschi. Nel 2016 l'anoressia nervosa ha fatto 3240 vittime, mentre scende l'età dei primi sintomi (Istat, 2016).

Nel campo dei Disturbi dell'Alimentazione, molti sono stati i trattamenti e gli approcci proposti nel corso del tempo: questa revisione critica vorrebbe esporre il passaggio tra un approccio e l'altro confrontando i capisaldi di ogni orientamento per capirne significato e logica sottostante. L'obiettivo dell'elaborato è di mostrare i cambiamenti e le modifiche relative al trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione, delineando un percorso attraverso il contesto storico e temporale, partendo dai modelli classici fino ad arrivare agli attuali modelli di terapia.

Questo è stato reso possibile prendendo in considerazione diversi punti di vista di autori ed esperti, confrontando varie tipologie di materiale e permettendo in tal modo di individuarne le limitazioni, ma anche i possibili sviluppi futuri sul campo.

Il primo capitolo offre una panoramica sui Disturbi dell'Alimentazione e della nutrizione, in cui vengono illustrate le problematiche e i relativi criteri diagnostici definiti dalla quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – DSM V (American Psychiatric Association, 2013).

L'obiettivo di questo capitolo è quello di mostrare le varie sintomatologie e i pilastri del disturbo in modo da poter spiegare successivamente su quali aspetti della patologia vanno a costruirsi i vari orientamenti presi in considerazione e su quali fronti si cerca di lavorare nella terapia.

Con il secondo capitolo, facendo particolare riferimento al passaggio dalle terapie esclusivamente comportamentali a quelle cognitive con successiva integrazione di quest'ultime nella terapia cognitivo comportamentale di terza generazione parlando dell'Acceptance and Commitment Therapy, nella cornice della Relational Frame Theory. Successivamente sarà mostrato un confronto fra le diverse applicazioni al trattamento riguardante i disturbi alimentari, mostrando differenze e punti in comune con gli approcci precedenti.

Nel terzo e ultimo capitolo, entriamo nel merito della revisione critica della letteratura in cui vengono illustrate le teorie e i modelli sottostanti ai differenti approcci; inoltre verranno successivamente tratte le conclusioni in merito ai punti di forza dei vari trattamenti, ma anche le limitazioni, insieme alle prospettive future che potrebbero aiutare ad ampliare e migliorare il trattamento per le persone affette da Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione.

La ricerca della letteratura e la conseguente bibliografia è stata possibile attraverso banche dati come: Proquest, Scopus, Web of Knowledge, Ebsco e J Store. L'arco temporale scelto comprende gli anni dal 1990 circa fino al 2017. Si tratta di un lasso di tempo abbastanza ampio, questo ha permesso di osservare quanta importanza si è data al tema nel corso della storia. L'utilizzo di parole chiave ha consentito una selezione più definita. Di seguito le parole chiave principali: *Eating Disorders*, *Cognitive-Behavioral Therapy*, *Theory of Eating Disorders*, *Cognitive Theory of Eating Disorders*, *Acceptance and Commitment Therapy*, *ACT for Eating Disorders*, *Theory and Therapy for ED*, *Treatment for ED*, *Diagnosis and Treatment for ED*. Altro materiale è stato reperito attraverso libri, riviste inerenti e il catalogo d'Ateneo.

CAPITOLO 1

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono patologie specifiche delle abitudini alimentari o dei comportamenti relativi al controllo del peso, che sfociano in un deterioramento clinicamente significativo della salute fisica o della condizione psico-sociale. I comportamenti di controllo del peso possono essere tali da causare un'alterazione anche grave delle funzioni fisiologiche dell'organismo e modifiche a livello della sfera psicosociale che rendono i Disturbi del Comportamento Alimentare patologie di non secondaria importanza in ambito non solo psichiatrico, ma anche nutrizionale (American Psychiatric Association, 2000; Athey, 2003; Faiburn e Harrison, 2003).

1.1 Fattori eziologici e di mantenimento

I Disturbi Alimentari sono probabilmente causati da fattori multipli derivanti da influenze individuali, familiari e culturali (si veda ad esempio, Garfinkel e Garner, 1982). Nonostante le cause esatte siano sconosciute, i ricercatori hanno identificato possibili fattori eziologici che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento dell'immagine corporea distorta e del comportamento alimentare morboso. Per esempio, uno studio prospettico su 803 donne ha evidenziato che bassa autostima, bassa percezione di supporto sociale dalla famiglia, alti livelli di preoccupazione per il corpo e largo uso di strategie di *coping*, come fuga ed evitamento, aumentano il rischio di Disturbi Alimentari (Ghaderi, 2003).

I sottoparagrafi seguenti presentano una breve rassegna dei dati disponibili per suggerire quali fattori individuali, familiari e culturali possono associarsi allo sviluppo di tali disturbi.

1.1.1 Caratteristiche individuali: fattori genetici e fattori psicologici

a) Fattori genetici

Benché ci sia supporto per ipotizzare una base genetica dei Disturbi dell'Alimentazione, l'entità delle influenze genetiche è ancora da chiarire. Le rassegne delle ricerche sull'ereditarietà dei disturbi alimentari (Bulik e Reichborn-Kjennerud, 2003; Fairburn e Harrison, 2003) presentano una considerevole disparità di risultati.

Tuttavia, studi sulle famiglie e sui gemelli hanno rivelato il chiaro contributo della genetica nell'insorgere delle patologie alimentari (Thornton, Mazzeo e Bulik, 2010). Quando il disturbo è presente nella storia familiare, coloro che ne sono coinvolti hanno una probabilità di sviluppare bulimia nervosa quattro volte superiore a individui che non contano casi in famiglia. La probabilità di sviluppo sale sino a undici volte di più se si tratta di anoressia nervosa, mentre per i parenti di soggetti con binge eating la probabilità è solo del doppio (Thornton, Mazzeo e Bulik, 2010).

Le stime di ereditabilità variano a seconda degli studi, con range dal 58% al 74% per l'anoressia nervosa, dal 31% al 83% per la bulimia nervosa, dal 41% al 57% per il disturbo da alimentazione incontrollata (Shih e Woodside, 2016; Pizzo e Massignani, 2014; Thornton, Mazzeo e Bulik 2010). Le analisi di *linkage* (associazione) genetico sono svolte in famiglie in cui più membri presentano la patologia.

Le analisi sono svolte solo sulle persone affette (sono escluse quelle che non presentano la patologia) e consistono nell'identificazione di polimorfismi (varianti geniche ricorrenti) vicini o interni al gene d'interesse. In altre parole, viene esaminato il genoma di tali individui e si

cerca di capire se vi siano alcune regioni cromosomiche, specifiche, che vengono co-ereditate e si possono definire quindi ‘responsabili’ nell’insorgere della patologia, o ancor meglio identificare la mutazione genica, causa della patologia. Nonostante numerose ricerche, non è stato identificato un singolo gene che costituisca il maggiore fattore di rischio, tuttavia i possibili candidati sono quelli coinvolti nella regolazione del sistema dopaminergico, noradrenergico, del controllo dell’appetito e ormonale (Shih e Woodside, 2016). Molti studi che vantano di modesti *effect size*, hanno infatti riscontrato rilevanti relazioni tra variabili genetiche e disturbi del comportamento alimentare, ma non vi sono ancora risultati significativi. Ciò è dovuto sia alla scarsità di campione, che deve contare almeno migliaia di soggetti, sia alla complessità dell’interazione genica, processo biologico ancora non completamente esplorato e compreso (Shih e Woodside, 2016).

L’indice di massa corporea (IMC) e con esso il peso e la forma corporea, hanno una forte impronta genetica. Questa ipotesi è rafforzata dai molteplici studi sui gemelli, come quello di Dubois e colleghi (2012), che analizzando 23 coorti di gemelli, hanno rilevato una forte influenza genetica già nei primi cinque mesi di vita dei bambini. Tale influenza aumenta con il passare degli anni, sino a raggiungere un’ereditabilità stimata del 80-90% durante l’adolescenza (Dubois, Kyvik, Girard, Tatone-Tokuda, Pérusse, Hjelmberg, et al. 2012).

Dati preliminari suggeriscono che fattori ambientali, acuti o a lungo termine, possono contribuire sia allo sviluppo che al mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare.

La nutrizione pre e postnatale, se scarsa o inadeguata, rappresenta un fattore di rischio ormai riconosciuto da diversi studi, un esempio al riguardo deriva dalle recenti ricerche di Kimmel, Ferguson, Zerwas, Bulik e Meltzer-Brody (2016).

b. Fattori psicologici

Per una completa comprensione dei disturbi del comportamento alimentare è bene evidenziare l'importanza dei fattori psicologici, che si individuano in concomitanza con l'espressione del sintomo (Campbell e Peebles, 2014). Tra le persone con disturbi alimentari sono state riscontrate delle similarità in termini di personalità e attitudini. Questi costrutti molto spesso precedono la patologia e persistono anche quando il paziente è guarito. Tra i tratti più salienti vi è il perfezionismo, ovvero l'importanza eccessiva data all'inseguimento e al raggiungimento dei risultati prefissati, inteso anche come necessità del controllo costante degli eventi. Sono state identificate anche l'ossessività, l'alta sensibilità alle ricompense, l'insoddisfazione corporea e la tendenza al dimagrimento, come caratteristiche di personalità che rendono più vulnerabili ai disturbi alimentari (Thornton, Mazzeo e Bulik, 2010). La bassa autostima e la visione negativa di sé, in concomitanza alla cultura della magrezza, generano sistemi di pensiero secondo cui la valutazione di sé è strettamente connessa alla fisicità, con la conseguente associazione magrezza-felicità. Tra i fattori predisponenti emerge anche l'alessitimia, ovvero la mancanza di autoconsapevolezza delle proprie emozioni associata ad una difficoltosa espressione delle stesse. Per sopperire a tale deficit emotivo, alcuni soggetti sviluppano secondariamente condotte patologiche alimentari e non (Balbo, 2015). Attenzione ai dettagli, preoccupazione per le conseguenze e la spinta al successo, non sono qualità negative in sé: molto spesso i soggetti affetti da anoressia sono descritti come studenti eccellenti, figli impeccabili.

Tuttavia, la rigidità di pensiero e l'ansia di cui spesso sono tipici, li rende inclini a provare emozioni negative relative al loro corpo anche dopo la riuscita dei trattamenti. Questi tratti di personalità sono spesso riscontrabili anche in altri membri familiari non affetti dalla

patologia e da ciò ne traspare una possibile ereditarietà (Striegel-Moore e Bulik, 2007). Sarebbe troppo semplice se queste caratteristiche fossero individuate nell'attivazione di neurotrasmettitori o di specifiche aree cerebrali. Si presuppone invece che queste disposizioni siano codificate in ampie reti cerebrali, comprendendo quelle che regolano le emozioni e i processi di pensiero più complessi, come l'autocontrollo e la programmazione (Wierenga, Ely, Bischoff-Grethe, Bailer, Simmons e Kaye, 2014).

1.1.2 Evidenze neurologiche

Dopo che lesioni ipotalamiche e del tronco cerebrale sono state in precedenza ritenute fattori centrali dell'eziologia neurobiologica dei Disturbi Alimentari, Uher e colleghi (Uher, Murphy, Friederich, Dalgleish, Brammer, Giampietro et al. 2005) hanno rilevato che anche danni al lobo temporale e frontale destro possono essere associati a tali disturbi.

Tecniche di *brain imaging* sono state utilizzate per determinare qualsiasi danno cerebrale risultante da un pattern di deprivazione e deficienza nutrizionale estrema, caratteristico dell'anoressia (Gillberg, Råstam, Wentz e Gillberg, 2007). Le difficoltà riferite dalle persone anoressiche relativamente ad attenzione concentrazione, memoria e abilità visuo-spaziali potrebbero essere legate a cambiamenti nella struttura neurale causati da grave deprivazione. Nello specifico, in donne con anoressia, studi hanno evidenziato espansione dei ventricoli laterali, così come riduzione nel volume della materia grigia e bianca nel cervello (Westmoreland, Krantz e Mehler, 2016). Il fattore neurotrofico cerebrale (BDNF)¹ non è solo

¹ Brain-Derived Neurotrophic Factor

collegato a sviluppo, funzionamento, plasticità e sopravvivenza cerebrale, ma sembra anche giocare un ruolo nella regolazione del comportamento alimentare. Per esempio, il BDNF è dimostrato essere significativamente più basso in pazienti con anoressia e bulimia in confronto ad adulti normali (Smink, Van Hoeken e Hoek, 2012; Nakazato, Hashimoto, Shimizu, Kumakiri, Koizumi, Okamura et al. 2003).

Monteleone, DiLieto, Castaldo e Maj (2004) suggeriscono che del BDNF possono essere un meccanismo secondario che compensa le alterazioni del bilancio energetico dovute ai Disturbi dell'Alimentazione. Questa conclusione è supportata da una correlazione positiva tra peso corporeo e livelli di BDNF. Per esempio, individui con anoressia hanno livelli di BDNF significativamente più bassi rispetto a persone con bulimia, che, a loro volta, hanno valori di BDNF significativamente maggiori in confronto ai soggetti sani (Brambilla, Monteleone, Bortolotti, Dalle Grave, Todisco, Favaro et al. 2003). Una crescente mole di ricerca scientifica punta alle alterazioni dei percorsi neuronali, che si ritiene giochino un ruolo nell'anoressia. Per esempio, diversi studi hanno dimostrato che alcuni individui con anoressia hanno deficit serotoninergici (ad esempio, Jimerson, Wolfe, Metzger, Finkelstein, Cooper e Levine, 1997). Questo neurotrasmettitore aiuta a regolare umore e comportamento, ed è dimostrato che abbia un ruolo nell'ansia cronica, nelle ossessioni e nel perfezionismo che caratterizzano anche l'anoressia.

Alcune alterazioni degli indici neuropatologici (es., carenze nel volume della materia bianca) ritornano nella norma dopo l'acquisizione di peso.

Vi è prova, tuttavia, che altri tipi di danno, come diminuzione del volume di materia grigia, possano essere più duraturi (Lambe, Katzman, Mikulis, Kennedy e Zipursky, 1997).

D'altronde, anche le anomalie serotoninergiche sembrano persistere nonostante il recupero e il ritorno a livelli di peso accettabili. Tali persistenti anomalie della serotonina potrebbero

contribuire al perdurare dell'ansia, all'ossessività e al perfezionismo che caratterizzano individui con anoressia. Allo stesso modo, alcune difficoltà cognitive (es., deficit di concentrazione, attenzione e memoria) si risolvono con l'aumento di peso, mentre altre no (Ehrlich, Geisler, Ritschel, King, Seidel, Boehm et al. 2015).

I risultati della maggior parte di questi studi, tuttavia, sono provvisori, perché sinora non è stato possibile studiare il cervello prima dell'esordio del disturbo alimentare. Inoltre, è difficile separare anomalie neuroendocrine indotte dalla perdita di peso e dalla malnutrizione da quelle che precedono i Disturbi Alimentari (O'Dwyer, Lucej e Russell, 1996).

1.1.3 Eventi traumatici

Eventi ambientali traumatici possono aumentare il rischio di un comportamento alimentare anormale (Connors e Morse, 1993).

L'abuso sessuale, per esempio, è più comune tra le donne con anoressia (23%) che tra quelle senza un disturbo dell'alimentazione (7%; Pallister e Waller, 2008).

La ricerca suggerisce che fino al 50% dei pazienti ricoverati riportano una storia di abuso sessuale (Connors e Morse, 1993). McFarlane, McFarlane e Gilchrist (1988) hanno notato che una restrizione dietetica eccessiva può svilupparsi in relazione a un trauma perché verificare il peso incrementa il senso di controllo e riduce sentimenti d'impotenza e di vittimizzazione.

Fairburn, Shafran e Cooper (1999) hanno sposato una simile visione, nella loro teoria cognitivo-comportamentale dei Disturbi Alimentari, sostenendo che gli individui restringono l'alimentazione per compensare l'esperienza della perdita traumatica del controllo in altre aree della loro vita. Queste funzioni supportano la teoria più generale che fare dieta possa funzionare come strategia di evitamento nei confronti di pensieri avversi indesiderati e dei sentimenti derivanti dall'esposizione a un trauma.

Kong e Bernstein (2009) hanno constatato che l'abuso emotivo, la trascuratezza da parte del *caregiver* nei confronti del figlio e l'abuso sessuale sono predittori significativi della psicopatologia alimentare. Gli autori hanno inoltre scoperto che la depressione media l'associazione tra alcune forme di trauma infantile e la psicopatologia alimentare.

Uno studio più recente (2013) condotto da Backholm, Isomaa e Birgegård ha confermato che eventi traumatici come atti di violenza, abusi sessuali ma anche incidenti e lutti possono essere considerati fattori predittivi per lo sviluppo di una psicopatologia alimentare.

1.1.4 Influenze familiari

Altre ricerche si sono focalizzate sull'associazione tra disturbi dell'alimentazione e dinamiche familiari. Alcuni dei primi teorici dei Disturbi Alimentari ne hanno attribuito la colpa ai genitori, specialmente alle madri. Secondo Stitzel (1948), ad esempio, i bambini nutriti con biberon non possono formare un legame intimo con la madre, così che tale nutrizione impropria può portare in seguito al rifiuto del cibo. Teorici e ricercatori più contemporanei (ad esempio, Squires, Lalanne, Murday, Simoglou e Vaivre-Douret, 2014) hanno rilevato che le famiglie delle persone con disturbo alimentare danno scarso supporto, sono ipercoinvolte, hanno difficoltà nel risolvere i conflitti e sono desiderose di mantenere l'armonia, ignorando o negando i problemi. Alcuni studi hanno anche dimostrato che le famiglie di donne con anoressia sono preoccupate e dominate dal successo e dalle apparenze (Mizes e Christiano, 1995).

Il comportamento genitoriale può anche contribuire a sviluppare preoccupazioni riguardanti l'immagine del proprio corpo, pattern alimentari patologici e restrizioni dietetiche eccessive tra soggetti giovani. Per esempio, madri che esprimono insoddisfazione verso il proprio peso, che ricorrono a pratiche estreme di dimagrimento e criticano il peso dei figli, hanno più probabilità di avere una figlia che si imponga una dieta (Hoffman, Bentley, Hamer, Hodges, Ward e Bulik, 19

2014). Uno studio sulla bulimia ha rilevato che le madri di studentesse bulimiche erano più inclini delle madri di studentesse non bulimiche a incoraggiare la perdita di peso, la dieta e l'esercizio fisico (Wertheim, 2002).

Confrontando studi più recenti (Le Grange, Lock, Loeb e Nicholls, 2010) i dati hanno evidenziato che madri di ragazze con Disturbi Alimentari vorrebbero che le loro figlie perdessero peso, mentre madri di ragazze senza disturbi dell'alimentazione vorrebbero che le loro figlie ingrassassero.

Inoltre, le prime erano propense a giudicare meno attraenti le proprie figlie più di quanto si giudicassero le figlie stesse. Queste evidenze suggeriscono che i disturbi dell'alimentazione possono svilupparsi anche come una modalità per far fronte a pressioni familiari per essere “sufficientemente piacevoli”.

1.1.5 Influenze culturali

Fattori socioculturali, come l'esaltazione della magrezza da parte dei media, sono stati collegati allo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione. Uno studio ha evidenziato che l'esposizione a quindici numeri di una rivista di moda porta ragazze adolescenti, con supporto sociale deficitario, a sperimentare una maggiore insoddisfazione verso il proprio corpo, a fare dieta e a sviluppare sintomi bulimici (Stice, Spangler e Agras, 2001).

Nel 2015 Montoya, Quenaya e Mayta-Tristán hanno osservato che maggiore è l'influenza dei mass media sull'immagine corporea delle studentesse, maggiore è la probabilità di sviluppare psicopatologie alimentari. Questo si relaziona al fatto che l'ideale di magrezza mostrato dai mass media e dalla pressione socioculturale è legata a tassi più elevati di ED tra le donne in quanto producono effetti dannosi sull'ideale del corpo.

I disturbi dell'alimentazione sono prevalenti nella cultura occidentale benestante, che identifica sempre più l'essere magri con l'aver successo (Pike e Dunne, 2015).

Tali disturbi sono invece meno presenti nelle società non occidentali e diventano più comuni quando cresce l'esposizione ai media e ai valori occidentali (Pike e Dunne, 2015). Per esempio, ricercatori pakistani hanno individuato una correlazione positiva tra l'esposizione alla cultura occidentale e la manifestazione di Disturbi Alimentari tra donne pakistane (Suhail, 2002).

All'interno della cultura occidentale, le donne che vivono in un clima caldo, in confronto a quelle appartenenti a climi più freddi, hanno un peso corporeo inferiore, riportano più comportamenti compensatori per le abbuffate e maggiori preoccupazioni per l'immagine corporea (Katsounari, 2009). Questa differenza può dipendere dal fatto che indossare vestiti più leggeri, a causa del clima più caldo, acuisca l'attenzione per l'immagine corporea.

In generale, la letteratura sulle influenze culturali suggerisce che la dieta può funzionare come mezzo per ottenere accettazione sociale e/o evitare giudizi sociali e pubblico imbarazzo. Miller e Pumariega (2004) descrivono i disturbi dell'alimentazione come i disturbi psicologici più influenzati dal punto di vista culturale. Nonostante sia difficile da quantificare l'impatto del contesto sociale su qualsiasi disturbo, nel caso dei Disturbi Alimentari tale impatto sembra particolarmente potente e distruttivo. L'immagine corporea ideale, proposta dai grandi mezzi di comunicazione di massa, è cambiata drammaticamente in meno di quarant'anni.

Per esempio, i dati ricavati dalle copertine di *Playboy* e dalle fotografie delle concorrenti di *Miss America* dal 1959 al 1988 mostrano una sostanziale diminuzione del peso e nelle misure della taglia (Wiseman, Gray, Mosimann e Aherens, 1992). Questo cambiamento è stato accompagnato da un incremento impressionante, nei maggiori periodici femminili, di articoli sull'esercizio fisico e sulle diete. Uno dei dati più preoccupanti dello studio è che il 69% delle ragazze-copertine di *Playboy* e il 60% delle concorrenti di *Miss America* presentavano il 15%

o meno del peso normale per la loro età e altezza, rientrando così in uno dei criteri attuali del DSM V per l'anoressia. Associando snellezza a successo e a maggiore approvazione, i media insegnano alle ragazze, mediante il *modeling*, che perdere peso porta più facilmente a risultati sociali positivi.

Come dimostrato dalla natura cronica e spesso debilitante dei disturbi dell'alimentazione, “l'idealizzazione della magrezza” nella nostra cultura è pervasiva e difficile da contrastare (Culbert, Racine e Klump, 2015).

1.2 Classificazione dei disturbi

Il DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), riconosce tre disturbi dell'alimentazione principali:

- anoressia nervosa,
- bulimia nervosa,
- binge-eating.

Oltre a questi sono stati descritti anche un ampio gruppo di altri disturbi della nutrizione e dell'alimentazione².

I sottoparagrafi seguenti presenteranno una panoramica delle basilari categorie diagnostiche dei Disturbi dell'Alimentazione descritte dal DSM V.

² il DSM-5 ha unito in un'unica categoria diagnostica i Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione. I primi colpiscono prevalentemente, ma non esclusivamente, l'infanzia e includono le seguenti categorie diagnostiche: pica, disturbo da ruminazione e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.

1.2.1 Anoressia nervosa

a. Epidemiologia

L'incidenza dell'anoressia nervosa è di almeno 8 nuovi casi per 100mila persone in un anno tra le donne, mentre per gli uomini è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi (Istat, 2016).

Ha un esordio tipico nell'adolescenza o nella prima età adulta, anche se alcuni casi possono iniziare nell'età adulta o nella tarda infanzia. È un problema che affligge soprattutto le popolazioni occidentali, che subiscono, in particolare le donne, una forte pressione sociale ad essere magre.

È invece rara nei paesi in via di sviluppo, mentre in quelli sviluppati è distribuita uniformemente tra le varie classi sociali, anche se vi è un'evidenza aneddotica che sia più frequente in quelle più elevate (Herpertz-Dahlmann, 2015). Sembra anche essere molto frequente in alcune categorie professionali, in particolare tra le modelle, le ballerine e le atlete (Homan, 2010).

Recenti dati epidemiologici (Nagl, Jacobi, Paul, Beesdo-Baum, Höfler, Lieb, et al. 2016) suggeriscono in modo preoccupante che l'età media di esordio dell'anoressia nervosa si sia abbassata negli ultimi anni, con la conseguenza che un numero crescente di pazienti è colpito in età sempre più precoce.

b. Criteri diagnostici

Secondo il DSM-5 (2013), una persona soffre di l'anoressia nervosa se soddisfa i seguenti criteri diagnostici:

1. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e

salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, minore di quello previsto.

2. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
3. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza di questi ultimi sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

c. Caratteristiche cliniche

Nei casi tipici, l'anoressia nervosa ha il proprio esordio nell'adolescenza con l'adozione di regole dietetiche rigide ed estreme. Nella maggior parte dei casi, la restrizione alimentare è motivata da preoccupazioni riguardanti il peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione, ma in alcuni casi può essere riconducibile ad altri processi psicologici, come l'ascetismo, la competitività, il desiderio di autopunizione e il tentativo di cambiare i comportamenti di altri significativi (Zipfel, Giel, Bulik, Hay e Schimdt, 2015). Oltre alla dieta ferrea, alcuni individui perseguono la perdita di peso facendo esercizio in modo eccessivo e compulsivo, mentre gli altri si inducono il vomito o usano in modo improprio i lassativi o i diuretici. Nell'anoressia nervosa è comune l'insorgenza di episodi bulimici (spesso soggettivi), e in circa la metà dei casi si verifica una migrazione verso la bulimia nervosa (Zipfel, Giel, Bulik, Hay e Schimdt, 2015).

d. Problemi psicologici e psichiatrici coesistenti

Sintomi psicologici comuni riportati dalle persone affette da anoressia nervosa sono la depressione, l'ansia, le ossessioni, l'irritabilità, gli sbalzi del tono dell'umore, la difficoltà di concentrazione, la perdita dell'interesse sessuale e l'isolamento sociale. Tutti questi sintomi tendono a peggiorare con il decremento ponderale, e spesso scompaiono completamente con il ripristino di un peso normale (Smink, Van Hoeken, Oldehinkel e Hoek, 2014).

Tuttavia, le condizioni psichiatriche coesistenti più comuni, vale a dire i disturbi d'ansia, la depressione clinica e il disturbo ossessivo-compulsivo, possono essere presenti prima dell'insorgenza dell'anoressia nervosa (Bühren, Schwarte, Fluck, Timmesfeld, Krei, Egberts et al. 2014) e persistere in alcuni individui dopo la guarigione dello stesso.

Un sottogruppo di persone affette da questo disturbo usa in modo improprio sostanze psicoattive e presenta comportamenti di autolesionismo, come per esempio farsi dei tagli sulla pelle, procurarsi delle bruciature e dei graffi, sbattere o colpire parti del corpo o stapparsi i capelli. Un altro sottogruppo di pazienti mostra specifici tratti di personalità, come il perfezionismo clinico e la bassa autostima nucleare, che spesso sono evidenti prima dell'esordio del disturbo dell'alimentazione (Bühren, Schwarte, Fluck, Timmesfeld, Krei, Egberts et al. 2014).

e. Complicazioni fisiche

Le complicazioni fisiche sono comuni nei pazienti con anoressia nervosa, come conseguenza di tre meccanismi principali, spesso operanti assieme: la restrizione dietetica calorica, il sottopeso e i comportanti eliminativi (cioè il vomito autoindotto o l'uso improprio di lassativi e diuretici; Mehler e Brown, 2015).

f. Decorso

In alcuni adolescenti l'anoressia nervosa è di breve durata e va in remissione senza alcuna cura o con un trattamento di breve durata, ma in molti casi tende a persistere e richiede trattamenti specializzati prolungati e complessi (Dalle Grave, 2015). La percentuale di guarigione è bassa (attorno al 20%) a breve termine, ma aumenta a circa il 70-80% dopo otto o più anni di follow-up (Keel e Brown, 2010). Il 10-20 % delle persone, sfortunatamente, non migliora con nessun trattamento oggi disponibile, e va incontro a una condizione che dura per tutta la vita. In questi casi, il disturbo danneggia inevitabilmente, in modo più o meno marcato il funzionamento scolastico e lavorativo (Keel e Brown, 2010).

Il tasso grezzo di mortalità dell'anoressia nervosa varia tra lo 0% e l'8%, ma gli studi più recenti hanno riportato un tasso di mortalità cumulativa del 2,8% (Dalle Grave, 2015). Questa cifra è più bassa di quella riportata in precedenza, verosimilmente in conseguenza del miglioramento della tecnologia usata per stabilizzare le condizioni mediche dei pazienti. Tuttavia, però, alcuni pazienti muoiono in conseguenza di complicazioni mediche o di suicidio.

La prognosi del disturbo è influenzata da numerosi fattori, inclusa la giovane età all'esordio e la breve durata dello stesso, che tendono a favorire la remissione, mentre i fattori prognostici negativi sono rappresentati dalla presenza di comorbidità somatica e psichiatrica (Harrison, Sullivan, Tchanturia e Treasure, 2010).

1.2.2 Bulimia nervosa

a. Epidemiologia

La bulimia nervosa, a differenza dell'anoressia nervosa, sembra essere più comune oggi rispetto al passato. Ogni anno si registrano 12 nuovi casi per 100.000 persone tra le donne e circa 0,8 nuovi casi tra gli uomini (Istat, 2016).

Come accade per l'anoressia nervosa, l'esordio del disturbo avviene generalmente durante l'adolescenza o nella prima età adulta. Gli uomini ne sono colpiti raramente e non ci sono dati indicanti che il disturbo sia in aumento tra i maschi (Herpertz-Dahlmann, 2015).

La bulimia nervosa colpisce principalmente i caucasici, nei quali è uniformemente distribuita tra le classi sociali, mentre è rara negli afroamericani e nei paesi in via di sviluppo (Dalle Grave, 2015).

b. Criteri diagnostici

Secondo il DSM-V, una persona soffre di bulimia nervosa se soddisfa i seguenti criteri diagnostici (American Psychiatric Association, 2013).

- Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci digiuno o attività fisica eccessiva.
- Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per tre mesi.
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.

- L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Confrontando questi criteri diagnostici con quelli dell'anoressia nervosa, si è colpiti dal fatto che, sebbene le rispettive manifestazioni siano molto diverse - restrizione calorica e sottopeso dell'anoressia nervosa *vs.* alimentazione in eccesso nella bulimia nervosa - il meccanismo sottostante sembra essere lo stesso. Infatti, in entrambi i disturbi hanno una psicopatologia comune caratterizzata dalla presenza di una valutazione di sé basata in modo predominante o esclusivo sul peso e sulla forma del corpo. Inoltre, entrambi i gruppi di pazienti ricorrono a mezzi non salutari di controllo del peso.

c. Caratteristiche cliniche

Un altro fattore comune a questi due disturbi è rappresentato dalla modalità di insorgenza. Come l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa inizia in genere con l'adozione di regole dietetiche rigide ed estreme, motivate da preoccupazioni eccessive nei confronti del peso e della forma del corpo; in circa un quarto dei casi, è presente un periodo più o meno lungo in cui sono soddisfatti i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa (Dalle Grave, 2015). Tuttavia, nella bulimia nervosa la dieta è periodicamente interrotta da episodi bulimici, e la combinazione di restrizione dietetica, abbuffate e comportamenti eliminativi raramente produce un deficit calorico persistente, il che spiega perché gli individui affetti da questo disturbo abbiano in genere una condizione di peso normale, di sovrappeso, e raramente di obesità (Smink, Van Hoeken e Hoek, 2013).

La differente presentazione dei due disturbi spiega perché i pazienti con bulimia nervosa tendano a cercare un trattamento con più frequenza rispetto a quelli con anoressia nervosa. La maggior parte delle persone affette dal primo disturbo è infatti preoccupata per gli affetti degli

episodi bulimici sul peso, e cerca un trattamento per interrompere questi ultimi, sebbene raramente per ridurre la preoccupazione per il peso e la forma del corpo. Tuttavia, i casi tipici cercano aiuto molti anni dopo l'insorgenza del disturbo, perché provano spesso vergogna per il loro comportamento o perché pensano di poterlo gestire da soli (Smink, Van Hoeken e Hoek, 2013).

d. Disturbi psicologici e psichiatrici coesistenti

Tratti di personalità e disturbi psichiatrici coesistenti alla bulimia nervosa riportati dalla letteratura sono la bassa autostima, il perfezionismo, l'intolleranza alle emozioni e i disturbi depressivi (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003; McElroy, Kotwal e Keck, 2006).

Come accade per l'anoressia nervosa, l'ansia e la depressione sono i sintomi più comuni associati al disturbo; un sottogruppo di pazienti usa in modo improprio l'alcol o le sostanze psicoattive e pratica comportamenti autolesionistici (Smink, Van Hoeken, Oldehinkel e Hoek, 2014). Ancora una volta, le somiglianze tra anoressia nervosa e bulimia nervosa sono impressionanti.

e. Complicazioni fisiche

Un'area nella quale i due disturbi differiscono è quella del loro impatto sulle condizioni fisiche delle persone che ne sono colpite. Sebbene il comportamento alimentare disturbato possa essere molto pericoloso, le complicazioni fisiche sono infatti minori nella maggior parte dei casi di bulimia nervosa (Dalle Grave, 2011). Tuttavia, nei pazienti che riportano un'elevata frequenza di vomito autoindotto è comune osservare una o più delle seguenti complicanze fisiche: disturbi elettrolitici, esofagite, gonfiore delle ghiandole parotidi e delle ghiandole sottomandibolari, danni dentali e segno di Russel (ispessimento o cicatrici sulla superficie dorsale della mano

causati dalla pressione delle mani contro i denti mentre la persona induce il vomito; Dalle Grave, 2011).

f. Decorso

Il decorso di remissione nella bulimia nervosa, come nell'anoressia nervosa, è basso a breve termine (27-28% dopo un anno di follow-up) e migliora con l'aumentare della durata del disturbo (fino al 70% o più a dieci anni di follow-up; Keel e Brown, 2010), ma quasi il 23% dei pazienti ha un decorso persistente (Steinhausen e Weber, 2009). I tassi grezzi di mortalità nella bulimia nervosa riportati dagli studi variano dallo 0% al 2%, mentre il tasso di mortalità cumulativa è dello 0,4%, che è quasi cinque volte inferiore a quello osservato nell'anoressia nervosa (Keel e Brown, 2010). Come accade in quest'ultima, tuttavia, anche nella bulimia nervosa il funzionamento scolastico e lavorativo è inferiore alle aspettative. Infine, la presenza di obesità infantile, bassa autostima e disturbi di personalità sembra essere associata a una prognosi sfavorevole (Franko, Keshaviah, Eddy, Krishna, Davis, Keel, et al. 2013). Per quanto riguarda la migrazione verso altri Disturbi dell'Alimentazione, sebbene un numero consistente di casi abbia avuto una diagnosi di anoressia nervosa in qualche momento della vita, il passaggio definitivo verso questo disturbo è assai raro. Al contrario, la migrazione verso il disturbo da binge-eating, Disturbi dell'Alimentazione sotto-soglia, è stata descritta quasi nel 20% dei casi (Franko, Keshaviah, Eddy, Krishna, Davis, Keel, et al. 2013).

1.2.3 Disturbo da Binge-Eating

Il disturbo da binge-eating, traduzione italiana ufficiale di “binge-eating disorder” (BED), ma più noto come “disturbo da alimentazione incontrollata”, è caratterizzato dalla presenza di episodi bulimici ricorrenti come accade nella bulimia nervosa. In netto contrasto con

quest'ultima e con l'anoressia nervosa, tuttavia, in esso sono assenti i comportamenti estremi di controllo del peso, per esempio vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e diuretici e la dieta ferrea (Dalle Grave, 2015).

La prevalenza *lifetime* del disturbo da binge-eating nella comunità è di circa il 3% e un quarto dei casi appartiene al genere maschile. Tale disturbo ha un esordio più tardo rispetto all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa e le persone, in genere, iniziano a farsi curare attorno ai quarant'anni (Ágh, Kovács, Pawaskar, Supina, Inotai e Vokó, 2015).

a. Criteri diagnostici

Il disturbo da binge-eating, in precedenza incluso nell'appendice del DSM-IV come un disturbo che richiedeva successivi studi (American Psychiatric Association, 2000), è stato riconosciuto in modo formale come disturbo dell'alimentazione dal DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), a seguito di una revisione sistematica della letteratura che ne ha riconosciuto la validità come entità diagnostica distinta (Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby e Engel, 2009). I criteri diagnostici del DSM-5 per tale disturbo sono i seguenti:

- Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - mangiare, in un determinato periodo di tempo (per esempio un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
 - sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per esempio sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).
- Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:

- mangiare molto più rapidamente del normale;
 - mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni;
 - mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente affamati;
 - mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 - sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
- È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
 - L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per 1tre mesi.
 - L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

b. Caratteristiche cliniche

Gli individui con disturbo da binge-eating hanno episodi bulimici ricorrenti non seguiti dall'uso sistematico di comportamenti di compenso (per esempio vomito autoindotto e uso improprio di lassativi o diuretici, digiuno ed esercizio fisico eccessivo). Tali episodi si verificano nel contesto di una generale tendenza a mangiare in eccesso piuttosto che di restrizione dietetica (come avviene di solito nella bulimia nervosa), e questo comportamento spiega la forte associazione del disturbo con l'obesità (Schag, Schönleber, Teufel, Zipfel e Giel, 2013). Nonostante l'assenza del tentativo di controllare il peso e la forma del corpo, il disturbo da binge-eating ha in comune con l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa l'eccessiva (per quanto minore) importanza attribuita a questi due elementi (Schag, Schönleber, Teufel, Zipfel e Giel, 2013). Il disturbo da binge-eating, quando è grave e si presenta con episodi bulimici quotidiani, altera la qualità della vita e influenza negativamente la prestazione lavorativa/scolastica e i rapporti interpersonali (Dalle Grave, 2015). Nella maggior parte di casi, le persone che ne sono affette cercano di

controllare la propria alimentazione da sole, ma ci riescono in genere soltanto per brevi periodi e sviluppano spesso una condizione di obesità.

Di conseguenza, molti pazienti richiedono un trattamento per il loro peso in eccesso e non per il disturbo dell'alimentazione: è stato stimato che circa il 7-12% dei pazienti che richiede un trattamento per l'obesità abbia un disturbo da binge-eating (Dalle Grave, 2011).

c. Disturbi psicologici e psichiatrici coesistenti

Paralleli tra le tre principali categorie diagnostiche DSM-V dei Disturbi dell'Alimentazione sono evidenti anche nella coesistenza dei disturbi psicologici e psichiatrici. Per esempio, la bassa autostima, i sintomi depressivi, l'intolleranza alle emozioni, i disturbi depressivi e l'abuso di alcol o di sostanze psicoattive sono comuni anche nel disturbo da binge-eating (Smink, Van Hoeken, Oldehinkel e Hoek, 2014).

d. Complicazioni fisiche

Gli individui con disturbo da binge-eating, adottano spesso uno stile di vita non salutare, caratterizzato da sedentarietà, alimentazione scadente (durante gli episodi sono in genere assunti alimenti ricchi di grassi, zuccheri e/o sale e a basso contenuto di vitamine e sali minerali), dipendenza dal fumo e abuso di alcol (Kessler, Berglund, Chiu, Deitz, Hudson, Shahly, et al. 2013). Questo spiega perché le persone che hanno questo disturbo presentino sia complicazioni tipiche associate all'obesità (per esempio la sindrome metabolica, il diabete di tipo 2, le malattie della colecisti e del fegato, le malattie cardiovascolari e alcuni tipi di cancro), sia complicazioni indipendenti dal peso in eccesso, ma correlate al loro stile di vita non salutare (per esempio la sindrome dell'intestino irritabile, le complicazioni secondarie all'abuso di alcol

e di fumo, i dolori cronici al collo, alle spalle, alla schiena e ai muscoli; Kessler, Berglund, Chiu, Deitz, Hudson, Shahly, et al. 2013).

e. Decorso

I pazienti di solito riportano una lunga storia di episodi bulimici, con un aumento della loro frequenza nei periodi di stress, ma molti riferiscono anche lunghi periodi liberi da questo comportamento. I risultati derivanti dagli studi che hanno esaminato la storia naturale a breve termine e dai trial farmacologici indicano come questo disturbo sia caratterizzato da elevati tassi di remissione spontanea (Smink, Van Hoeken e Hoek, 2012).

Uno studio ha riportato tassi di remissione dello stesso a quattro anni dell'82% rispetto al 47% della bulimia nervosa e al 57% dell'anoressia nervosa (Agras, Crow, Mitchell, Halmi e Bryson, 2009).

1.2.4 Altri disturbi dell'alimentazione

Nel 1994 il DSM-IV ha introdotto la diagnosi di “disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato” (NAS) per le persone che hanno un disturbo dell'alimentazione di gravità clinica che non soddisfa i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, un termine confermato anche nel 2000 dal DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). La diagnosi di disturbo dell'alimentazione NAS è stata inizialmente proposta con l'intento di creare una categoria diagnostica residua di Disturbi dell'Alimentazione, ma gli studi eseguiti dopo la pubblicazione del DSM-IV hanno dimostrato come circa la metà dei pazienti che richiedono un trattamento ambulatoriale o ospedaliero riceva questa diagnosi (Dalle Grave, 2011).

Un altro problema che ha afflitto la diagnosi di questo disturbo dell'alimentazione consiste nell'assenza di criteri diagnostici positivi, come quelli usati per l'anoressia nervosa e per la

bulimia nervosa, che demarchino il confine tra la presenza e l'assenza dello stesso. Tale fatto ha scoraggiato i ricercatori a eseguire studi su di esso, con la conseguenza che oggi, nonostante la sua elevata prevalenza nei campioni clinici, sono disponibili pochi dati sulla sua eziologia, sul suo decorso, sulla sua distribuzione nella popolazione e sulla risposta al trattamento da parte di coloro che ne sono affetti (Dalle Grave, 2015). Per superare questo problema classificatorio, il DSM-V, oltre ad abbassare le soglie per la diagnosi di anoressia nervosa (per esempio eliminando il criterio “amenorrea”) e di bulimia nervosa (per esempio riducendo la frequenza richiesta per le abbuffate da due a settimana a una a settimana), ha introdotto le categorie diagnostiche “Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione” e “Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione”.

a. Criteri diagnostici

La categoria diagnostica “disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione” va usata quando il quadro clinico sceglie di comunicare le ragioni specifiche per cui la presentazione non soddisfa i criteri per qualsiasi specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione. Essa include le seguenti condizioni:

- **Anoressia nervosa atipica:** sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
- **Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata):** sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

- **Disturbo da binge-eating (a bassa frequenza e/o di durata limitata):** sono soddisfatti tutti i criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di una volta alla settimana e/o per meno di tre mesi.
- **Disturbo da condotta di eliminazione:** ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per esempio vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
- **Sindrome da alimentazione notturna:** episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. Vi sono consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna, che causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento, non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali.

CAPITOLO 2

DAI MODELLI CLASSICI AGLI APPROCCI DI TERZA GENERAZIONE

Il Capitolo 2 percorre una linea dalla nascita della Terapia del Comportamento ai giorni nostri, attraverso tre “onde” o “generazioni”, collocandole nel contesto storico e sottolineando nella loro successione alcuni elementi di continuità e altri di discontinuità.

2.1 Il Comportamentismo e la Terapia Comportamentale

Come tutte le discipline scientifiche, anche la psicoterapia è soggetta ad una continua evoluzione, nell’obiettivo di incrementare l’efficacia e di mantenere i risultati nel tempo. Recentemente, nell’ambito della terapia cognitivo-comportamentale si è sviluppata quella che alcuni studiosi hanno denominato “terza generazione” (o “terza onda”). Le terapie comportamentali si possono suddividere in 3 generazioni (Hayes, 2004):

- Terapia comportamentale tradizionale
- Terapia cognitivo-comportamentale
- Terapia cognitivo-comportamentale di terza generazione.

La prima generazione rappresenta, in parte, una reazione contro le concezioni cliniche prevalenti in quell’epoca (psicoanalisi e approccio umanistico).

I primi terapeuti del comportamento si sono incentrati direttamente sulla riduzione dei comportamenti problematici manifesti, attraverso tecniche e procedure terapeutiche improntate su principi di apprendimento scientifici, ben specificati e rigorosamente validati (Moderato, Presti, Sanavio e Ziino, 2003). Nata contemporaneamente in più parti del mondo, anche grazie al lavoro di terapeuti di formazione psicoanalitica, sempre meno soddisfatti dei loro strumenti di analisi e intervento, la *Behavior Therapy* (BT) si è diffusa rapidamente anche in Europa e si è imposta come una delle terapie maggiormente in grado di fornire risposte rapide ed efficaci alle nuove forme di sofferenza (Prevedini e Carnevali, 2016). Bulli e Melli descrivono la BT in questo modo: “la *Behavior Therapy* è un sistema aperto e come tutti i sistemi basati sul pensiero scientifico, integra e assimila i progressi della ricerca nella scienza psicologica e nelle altre scienze, creando nuove forme di analisi e nuovi interventi” (Bulli e Melli, 2010, pag.9).

In questo modo, la prima generazione di BT, caratterizzata da alcune posizioni di contrapposizione radicale al precedente sistema psicodinamico, è stata presto accompagnata da un insieme di rinnovamenti, i quali hanno preso in considerazione gli aspetti cognitivi precedentemente dimenticati, almeno secondo la tesi sostenuta dagli innovatori (Moderato, Presti e Miselli, 2008).

Hayes e Wilson nel 1994 hanno dichiarato: “il comportamentismo ha avuto il merito di aver riportato il dibattito psicologico su unità di analisi studiabili scientificamente, passando in cento anni o poco più dal modello stimolo-risposta alle moderne terapie del comportamento definite di terza generazione” (citato in Anchisi, Moderato e Pergolizzi, 2017, pag.36). Alcune delle figure storiche che hanno contribuito a questo grande balzo sono: Beck, Ellis, Lazarus e Meichenbaum.

Esse rappresentano un preciso periodo della storia della psicologia e della psicoterapia ad indirizzo scientifico, essendo fra coloro che hanno dato vita alla “seconda generazione” delle

terapie del comportamento, e di fatto hanno dato alla luce l'approccio Cognitivo-Comportamentale (Goldfried, 2000).

2.1.1 Il cognitivismo di Beck

Negli anni Sessanta del secolo scorso, con l'avvento del cognitivismo, inizia ad emergere un cambiamento paradigmatico all'interno della psicologia sperimentale (Bowers, 2001).

A fronte del modello comportamentista, il quale aveva considerato i processi cognitivi come epifenomeni, compare un approccio in base al quale le cognizioni non solo sono considerate d'importanza centrale all'interno dell'indagine psicologica, ma diventano anche accessibili dal punto di vista empirico. Si sviluppa così il movimento di terapia cognitiva (Beck, 1991) e, con esso, la seconda generazione della terapia del comportamento.

Il modello sostiene che i disturbi psicologici vengono caratterizzati da pensieri irrazionali, i quali derivano da credenze disfunzionali, mentre i miglioramenti temporanei derivano dalla modificazione dei pensieri disfunzionali, ed infine i miglioramenti duraturi derivano dalla modificazione delle credenze (Beck, 1991). La cognizione, inoltre, non è necessariamente né l'unico né il principale processo responsabile di un evento psicopatologico; le possibili cause di un disturbo possono essere molteplici (Butler, Chapman, Forman e Beck, 2006). Beck rileva come il paziente che sperimenta una serie di "sintomi" di diversa natura (motivazionali, comportamentali, somatici) comunque elabora queste esperienze cognitivamente (Beck, 1991).

A fronte di ciò Beck riporta un esempio: "se una persona sta a letto tutto il giorno, negandosi sia alla famiglia che al lavoro, la cognizione contribuirà a instaurare un circolo vizioso che manterrà il disturbo tramite pensieri come "sono pigro", "sono una persona irresponsabile", "mi merito di essere punito". Ma occorre ricordare che alla radice di questi che potremmo definire

"pensieri disfunzionali" ci sono sempre le nostre credenze di base (schemi), e senza modificare

queste non si possono ottenere risultati duraturi. Quello che occorre fare in terapia cognitiva è far emergere queste credenze e sottoporle a prova empirica” (citato in Anchisi, Moderato e Pergolizzi, 2017, pag. 41).

Infine, le credenze di base sono l'elemento cardine sul quale l'individuo costruisce la propria lettura della realtà. Sempre secondo Beck, “senza conoscere le credenze di base di una persona, non possiamo sapere cosa sta realmente accadendo quando guardiamo le sue reazioni a fronte a una certa situazione” (citato in Anchisi, Moderato e Pergolizzi, 2017, pag. 42). Per l'autore, quindi, la cosa importante da fare è scoprire quali sono le concezioni dei pazienti su se stessi, il loro futuro, e il mondo intorno a loro.

Lo stesso lavoro di individuazione e messa in discussione delle credenze di base può essere condotto per altri disturbi psicologici (Beck, 1970). Per esempio, la paziente con anoressia nervosa ha credenze come: “Se sono grassa, non sono attraente; se invece controllo il mio peso e il mio aspetto avrò il controllo sulla mia vita”. I pensieri irrazionali, come “non devo fallire”, hanno la funzione di compensare le paure generate dalle credenze di base del paziente. Gli obiettivi perfezionisti che la persona si impone hanno lo scopo di dimostrare la propria superiorità a sé stesso e agli altri, ma al tempo stesso gli impediscono di apprendere come gestire appropriatamente situazioni avverse (citato in Anchisi, Moderato e Pergolizzi, 2017, pag. 43). Per la buona riuscita della terapia è di centrale importanza che i pazienti individuino quali sono i principi che governano il proprio disturbo. In linea generale, dopo aver stabilito l'alleanza terapeutica, questa concettualizzazione viene condivisa coi pazienti: gli viene mostrato il modo in cui stanno funzionando, e vengono aiutati a formulare obiettivi più funzionali, e modi più realistici di guardare alla realtà (Beck, 1970).

Rapportando invece la CT al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, possiamo dire che essa descrive l'influenza della cognizione sullo sviluppo e il mantenimento patologico

dei comportamenti alimentari e del controllo del peso (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003). Un concetto centrale della teoria cognitiva è la struttura del pensiero organizzata in schemi (Vitousek e Hollon, 1990). Queste strutture schematiche della conoscenza possono facilmente portare ad uno scopo disfunzionale se pregiudicano il giudizio, il pensiero e il comportamento in modo autodistruttivo o disadattivo (Williamson, Muller, Reas e Thaw, 1999). Si ipotizza che persone con diagnosi di disturbo alimentare abbiano sviluppato uno schema disadattivo che si concentra sulla preoccupazione per le dimensioni del corpo e sul mangiare (Fairburn, Cooper, Bohn, O'Connor, Doll e Palmer, 2007). Questo schema contiene informazioni stereotipate, caricate in modo affettivo e con sopravvalutazione del peso e della forma, in particolare per quanto riguarda il sé. Quando lo schema inizia ad assumere un ruolo attivo nell'elaborazione delle informazioni, gli stimoli ambigui sono distorti dai rigorosi significati personali dello schema del corpo. Si presume che questo processo si verifichi automaticamente senza attenzione cosciente alle azioni. Gli eventi ambientali legati alla forma del corpo e al peso vengono elaborati attraverso un bias di interpretazione che spinge verso una conclusione errata (Fairburn e Harrison, 2003). I segni più evidenti di un disturbo alimentare sono le strategie patologiche di controllo del peso e le abitudini alimentari disturbate (Becker, Eddy e Perloe, 2009). A causa dell'ipotetico collegamento tra cognizione e comportamento, la terapia cognitiva per i disturbi alimentari enfatizza la modifica di entrambi i disturbi del comportamento alimentare e della cognizione relativi al corpo e al mangiare. Utilizzando tecniche comportamentali, in questo caso chiamate "procedure di controllo dello stimolo", gli antecedenti degli schemi alimentari disturbati vengono ristretti per includere solamente quelli che promuovono un'alimentazione sana (Sassaroli, Bertelli, Boccalari, Sangiorgi, Giovini, Lamela et al., 2007). Riportiamo un esempio pratico: il paziente può essere istruito a mangiare solo quando è seduto a tavola per alterare gli stimoli che offrono l'occasione di abbuffarsi (ad

esempio in piedi in cucina o guardando la televisione). I cambiamenti negli stimoli per controllare l'eccesso di cibo vengono modificati utilizzando la pianificazione del pasto, alterando il ritmo del mangiare, monitorando i comportamenti di autocontrollo e di spurgo. Le componenti cognitive della terapia si concentrano sull'alterazione disfunzionale dei pensieri, delle credenze e delle aspettative (Wilson, Fairburn, Agras, 1997). Uno di questi metodi viene chiamato **ristrutturazione cognitiva**: utilizzando questo metodo, i pensieri irrazionali vengono identificati, sfidati e sostituiti con modi di pensare razionali alternativi. Un altro tipo di terapia deriva dalla combinazione tra la ristrutturazione cognitiva e le tecniche comportamentali: è la **terapia dell'immagine corporea** (Cash e Grant, 1996). Questo tipo di trattamento comporta l'esposizione a stimoli dell'immagine corporea (ad esempio guardando il proprio corpo in uno specchio), all'eliminazione del controllo del corpo e alla ristrutturazione di pensieri intrusivi legati alla forma del corpo (Rosen, Orosan e Reiter, 1995). Le componenti cognitive del trattamento suggeriscono che le persone con diagnosi di disturbo alimentare processano automaticamente le informazioni correlate al corpo e al mangiare attraverso un'interpretazione distorta. I modelli cognitivi considerano distorsioni cognitive, credenze negative e scarsa autostima come variabili causali che possono portare allo sviluppo e al mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Secondo Vartanian, Polivy e Herman (2004), tali variabili cognitive comprendono pensieri irrazionali relativi all'alimentarsi, al peso e alla forma corporea, all'essere magri (es., pensieri sull'autocontrollo, sulla bellezza) e all'essere grassi (es., essere pieni di difetti, essere un fallimento, essere soli). Williamson, White, York-Crowe e Stewart, (2004) sottolineano come le donne con disturbi alimentari mostrino anche attenzione selettiva nei confronti del cibo e di particolari aspetti della propria forma del corpo. Nonostante ciò, è importante precisare che, per le persone con bulimia, questo pregiudizio attentivo si incentra maggiormente su una gamma di stimoli più ampia rispetto a chi soffre di anoressia, la cui

attenzione è limitata ai soli stimoli del peso corporeo (Dobson e Dozois, 2004). Gli individui con disturbi dell'alimentazione tendono a mostrare anche differenti processi di categorizzazione se confrontati con sani. Essi categorizzano gli alimenti attraverso una logica relativa alle varie proprietà funzionali, per esempio il contenuto nutrizionale, la digeribilità; gli individui sani, invece, basano la loro selezione su proprietà strutturali, ad esempio su come vengono utilizzati i cibi e come sono fatti. (Urdapilleta, Mirabel-Sarron, Meunier e Richard, 2005). È stato riportato che le donne con anoressia riferiscono di avere convinzioni negative verso loro stesse molto più frequentemente rispetto ad un gruppo di donne in regime dietetico e nei confronti del gruppo di controllo (Cooper e Turner, 2002). Le donne con disturbi alimentari hanno anche più credenze distorte circa peso e forma corporea (Cooper e Turner, 2002). L'insoddisfazione per il proprio corpo (o l'immagine corporea negativa) è una variabile chiaramente presente nei modelli causali dei disturbi dell'alimentazione (Vartanian, Polivy e Herman, 2004). La difficoltà teorica è che il comportamento è una variabile dipendente che necessita essa stessa di una spiegazione. Così, se accettiamo le convinzioni e gli schemi cognitivi difettosi come spiegazioni, dobbiamo allora rispondere alla questione cruciale di come una variabile dipendente possa essere causa di un'altra (Forsyth, Lejuez, Hawkins e Eifert, 1996). In contrasto con ciò che molti critici cognitivi pensano, anche gli analisti del comportamento sono interessati agli eventi che le persone sperimentano internamente, come i pensieri e i sentimenti, ma vogliono capire come questi comportamenti dipendano dalle circostanze che li causano e quale funzione essi svolgano (Forsyth, Lejuez, Hawkins e Eifert, 1996).

2.1.2 Ellis e la Rational Emotive Behavior Therapy

Ellis (1995) sottolinea l'importanza di dotarsi di una filosofia, di una visione del mondo, che guidi la vita emotiva e quindi le azioni delle persone. Il metodo terapeutico proposto da Ellis

nella sua essenza è tanto semplice quanto efficace: invece di fuggire le situazioni temute, bisogna esporvisi (Ellis, 1995). Ellis distilla i due principi base che poi avrebbero costituito le fondamenta della sua Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): l'accettazione incondizionata di sé stessi e l'alta tolleranza alla frustrazione (Lega e Ellis, 2001). L'insoddisfazione per l'inefficacia clinica degli approcci maggiormente in voga nel suo tempo (in particolare l'approccio psicanalitico e quello rogersiano), hanno costituito il terreno di coltura da cui la REBT è nata (Ellis, 1980). La cognizione, la filosofia, il ragionamento e l'auto-persuasione sono, secondo Ellis, di importanza centrale se si vogliono cambiare sentimenti e azioni disfunzionali. Dalle sue osservazioni emerge che in moltissimi casi le persone non solo soffrono di problemi quali ansia, insonnia, depressione, ma soffrono anche per la stessa idea di avere questi problemi, generando così dei "sintomi secondari" che aggravano e mantengono i primi (Ellis, 2000). Anche ansia e depressione si mantengono grazie a circoli viziosi del tutto analoghi: per questa ragione nella REBT si insegna ai pazienti ad individuare questi sintomi secondari e a minimizzarne l'impatto (Ellis, 1980).

Ellis evidenzia un aspetto che differenzia il suo approccio dalla CBT del suo tempo (quello di Beck, per esempio): "per la CBT le convinzioni irrazionali sono il bersaglio finale della terapia, mentre per il terapeuta REBT queste non sono altro che le conseguenze di alcune doverizzazioni assolutistiche, che sono la vera radice del comportamento disfunzionale e quindi il bersaglio finale della terapia" (Ellis, 1980, pag. 49).

Il terapeuta REBT prende di mira i bisogni e li contrappone ai desideri. Questo significa tendere a qualcosa senza legarsi necessariamente a un obiettivo preciso.

In questo modo, il focus si sposta dalla lamentela per come dovrebbero andare le cose, a cosa possiamo fare noi per farle andare in quel modo, nei limiti del possibile.

Questo porta necessariamente all'accettazione incondizionata di sé e degli altri, e alla disponibilità a sentire disagio e frustrazione, considerate nella REBT emozioni "sane e positive" (Ellis, 2000).

Lo studio dei pensieri irrazionali (Ellis, 1977) e degli schemi cognitivi patogeni (Beck, 1993) ha permesso di individuare come certi errori cognitivi possano essere peculiarità di particolari tipologie di pazienti e come, per ciascuna di queste esistano tipologie di tecniche finalizzate a modificare i pensieri automatici negativi e gli schemi cognitivi di riferimento. In questo caso, si parla di seconda generazione facendo riferimento alla fusione di procedure di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

2.1.3 Meichenbaum

Nella sua attività di clinico Meichenbaum si è chiesto quale sia il modo in cui le persone parlano a sé stesse, quali sono i sentimenti che provano e come si comportano dopo averli provati, come il loro dialogo interno può influenzare la loro percezione degli eventi ed il loro modo di affrontarli (Meichenbaum, 1995).

Le abilità necessarie alla conduzione della terapia, secondo Meichenbaum, riguardano ad esempio saper fare domande, mostrare agli altri il proprio modo di pensare (modellamento cognitivo) e la rimozione graduale del supporto che era stato inizialmente concesso (Meichenbaum, 1977).

Quando aderì alla CBT Meichenbaum si adoperò per metterne in luce le insufficienze, i margini di miglioramento, gli errori della precedente corrente di pensiero sulla base dei dati empirici provenienti dalla ricerca (Meichenbaum, 1977).

Secondo Meichenbaum (1995), i compiti della psicoterapia dovrebbero essere:

- sviluppare l'alleanza terapeutica,

- favorire il cliente nelle proprie narrazioni,
- istruire il cliente in merito al suo problema,
- aiutare il cliente a riconcettualizzare il proprio problema,
- accertarsi che il cliente possieda abilità di coping,
- incoraggiare il cliente a condurre esperimenti personali,
- assicurarsi che i clienti si prendano il merito dei cambiamenti avvenuti.

2.1.4 Lazarus

Negli anni Sessanta del secolo scorso, Lazarus ha scoperto che i miglioramenti terapeutici della Behavior Therapy erano in realtà a breve scadenza: la percentuale dei pazienti che ricadevano nel disturbo per il quale avevano cercato aiuto era superiore a quanto i suoi colleghi fossero disposti ad ammettere (Lazarus, 2005).

Secondo Lazarus, le sole tecniche comportamentali non avrebbero potuto sortire effetti duraturi e cambiamenti benefici.

Lazarus (2005) dichiara che la terapia deve agire anche su questo particolare tipo di cognizioni che riguardano l'individuazione e la chiarificazione di cosa è importante nella vita di una persona affinché i suoi risultati abbiano lunga durata. Questa dichiarazione (2005) verrebbe oggi accolta come un'importante riflessione sui valori, un tema centrale per i moderni approcci comportamentali di terza generazione.

2.2 Modelli cognitivo comportamentali

Possiamo assumere che, nonostante la rilevante sofferenza personale e familiare e le conseguenze potenzialmente fatali, i disturbi dell'alimentazione sono duraturi e spesso resistenti al cambiamento (Woods e Kanter, 2016). I modelli cognitivo-comportamentali dei disturbi dell'alimentazione fanno riferimento alle distorsioni cognitive, aspetti peculiari degli individui con tali disturbi (inclusa l'immagine corporea negativa e le improduttive strategie di coping), abbinate con forti contingenze sociali e di auto-rinforzo, per chiarirne lo sviluppo e il mantenimento (Shafran, Cooper e Fairburn, 2002). In aggiunta alle distorsioni cognitive, i disturbi alimentari sono mantenuti dalle conseguenze rinforzanti connesse alla dieta, alle condotte di eliminazione e alle abbuffate, in quanto esse superano gli effetti punitivi legati a tali comportamenti (Farmer, Nash e Field, 2001). Entrambi i tipi di rinforzo, positivo e negativo, sono coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo dell'alimentazione e della nutrizione (Garner, Vitousek e Pike, 1997). Secondo il modello cognitivo-comportamentale, l'inclinazione delle persone con bulimia e anoressia a definire se stesse e a esaminare la propria autostima in base alla taglia corporea e ai comportamenti alimentari simboleggia il disturbo cognitivo principale e la variabile fondamentale del processo di sviluppo e di mantenimento dei disturbi alimentari (Vitousek, 2002). Nello specifico, Fairburn nel 1997 promuove il modello del circolo vizioso della bulimia in cui le inclinazioni perfezioniste e il pensiero dicotomico interagiscono con la bassa autostima e sopravvalutano l'attenzione verso il cibo e la forma fisica. Secondo Fairburn "questo circolo vizioso comporta estreme restrizioni dietetiche, che rendono ogni minimo cedimento minaccioso per il senso di autocontrollo, generando un'emozione negativa che apre la via a episodi di abbuffate. Tali episodi rinforzano le ossessioni dell'individuo relative ad autocontrollo, cibo e immagine corporea, incoraggiando

così l'aderenza a rigide regole dietetiche e aumentando il rischio di futuri episodi di abbuffate” (citato in Woods e Kanter, 2016, pag. 348).

I modelli cognitivo-comportamentali dell'anoressia, come quelli per la bulimia, ruotano attorno all'idea preponderante che l'autostima sia definita dalla forma e dal peso corporeo. I modelli dell'anoressia, tuttavia, mettono l'accento sul valore rinforzante del controllo, sul sentirsi unici, sull'essere competitivi e sull'avere estreme convinzioni morali, come fattori che contribuiscono a conservare il disturbo (Vitousek, 2002). Vitousek nel 2002 riferisce che gli individui con disturbi alimentari si possono differenziare dagli altri per il contenuto e l'intensità delle loro credenze circa il cibo e l'informazione collegata al corpo, così come per la loro inclinazione a pensare in termini dicotomici. Nonostante ciò, l'autore ritiene anche che non vi siano dati convincenti per differenziare la bulimia dall'anoressia sulla base di tali fattori cognitivi.

Il rinforzo sociale gioca abbastanza di frequente un ruolo nello sviluppo e nel mantenimento dell'anoressia. Sebbene l'apprezzamento sociale possa rinforzare positivamente una salutare perdita di peso negli individui sani, l'attenzione maggiore e i complimenti riguardanti il proprio aspetto fisico potrebbero portare ad una perdita di peso notevole in persone con fattori predisponenti per l'anoressia. Ciononostante, il solo apprezzamento non spiega come mai il comportamento alimentare patologico si sviluppi e si mantenga, specialmente quando le persone con anoressia puntano ad un peso che è più basso di quanto sia socialmente accettabile e subiscano giudizi per essere “troppo magre” (Garner, Vitousek e Pike, 1997).

Un rinforzo più importante sembra essere il senso di controllo e di successo nel mantenere una severa aderenza a limiti calorici estremi e al raggiungimento di un obiettivo considerato molto importante come il peso. Fairburn, Shafran e Cooper (1999), ritengono che le persone con anoressia percepiscano sé stesse come limitate o prive di controllo in importanti settori della

vita, ad esempio il lavoro, la scuola, e perciò vedano il severo controllo del cibo come una forma di affermazione compensatoria.

Abbuffate, dieta eccessiva, condotte di eliminazione o perdita di peso possono essere mantenuti anche mediante il rinforzo negativo, questo quando i comportamenti portano all'evitamento dell'aumento di peso e di pensieri e sentimenti considerati come stimoli avversivi. La modalità fuga-evitamento è stata individuata come un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari (Ghaderi, 2003). Rispetto a un gruppo di controllo sano, persone con bulimia, BED o anoressia utilizzano più frequentemente l'evitamento e vivono un maggior numero di stati emozionali valutati in maniera negativa (Mizes e Christiano, 1997; Isnard, Michel, Frelut, Vila, Falissard, Naja, et al. 2003; Soukup, Beiler e Terrell, 1990). Nel BED, stati affettivi valutati negativamente spesso anticipano un episodio di abbuffata (Arnold, Kenardy e Agras, 1992). L'abbuffata quindi può essere vista come il tentativo di modificare lo stato affettivo e sopprimere le emozioni dolorose (Webber, 1994). Alcuni autori hanno evidenziato che il *purging*³ sia un rinforzo negativo più forte del *binging*⁴ e ipotizzano che, durante il decorso della bulimia, i comportamenti di eliminazione rimpiazzino le abbuffate come mezzo di riduzione degli stati affettivi valutati in maniera negativa (Mizes e Arbitell, 1991). Inoltre, uno studio del 2001 di Farmer, Nash e Field, ha dimostrato come la frequenza

³ Il termine *purging* viene usato per indicare comportamenti di eliminazione quali il vomito auto-indotto o l'uso eccessivo di lassativi o diuretici (Wolfe, Baker, Smith e Kelly-Weeder, 2009).

⁴ Il termine *binging* fa riferimento agli episodi di abbuffata caratteristici del disturbo dell'alimentazione incontrollata (BED; Wolfe, Baker, Smith e Kelly-Weeder, 2009).

del *purging*, ma non del *binging*, nei partecipanti con disturbi dell'alimentazione, fosse correlata positivamente con una misura della sensibilità alle contingenze di rinforzo.

2.3 I limiti delle prime due generazioni

Diverse sono le ragioni per cui la terapia cognitivo comportamentale sembra essere in una fase di crisi in cui nuove idee competono con quelle precedenti. Prima di tutto, i limiti dei classici metodi comportamentali e dei modelli di condizionamento sono stati ampiamente superati dall'aggiunta di modelli e metodi di cambiamento cognitivo. Bulli e Melli (2010) dichiarano che “se il modello cognitivo è riconosciuto come un'evoluzione che ha permesso alla terapia comportamentale tradizionale di lavorare direttamente con le cognizioni e con le credenze patologiche, l'assunto centrale della psicoterapia cognitiva, per il quale il cambiamento cognitivo è necessario al miglioramento clinico, non è ancora ben supportato dalle evidenze sperimentali” (Bulli e Melli, 2010, pag.17).

Ad esempio, alcuni studi (Gortner, Gollan, Dobson e Jacobson, 1998; Jacobson, Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan et al. 1996; Zettle e Hayes, 1987), hanno presentato come nel caso di persone depresse non ci fosse alcun beneficio aggiuntivo conseguente a interventi di Terapia Cognitiva.

Sembra anche che la Terapia Cognitiva non sia l'unico mezzo capace di operare una riduzione delle credenze circa la natura catastrofica delle sensazioni corporee in caso di Disturbo di Panico (Arntz, 2002); inoltre, c'è una debole evidenza a supporto di una maggiore stabilità a lungo termine dei trattamenti cognitivi (Booth e Rachman, 1992; Lovell, Marks, Noshirvani, Thrasher e Livanou, 2001); infine, i cambiamenti negli atteggiamenti disfunzionali non sembrano portare modifiche nella depressione e nell'ansia (Burns e Spangler, 2001).

Una rassegna del 2007 di Longmore e Worrell, esaminando l'efficacia dei singoli elementi di una terapia, ha sottolineato come l'intervento cognitivo di cambiamento diretto ed esplicito dei pensieri del paziente non svolga un ruolo principale nel miglioramento sintomatologico, al punto da non essere preso in considerazione come un elemento fondamentale all'interno del processo terapeutico. Il fatto che alcuni ricercatori non comprendono che l'utilizzo di interventi cognitivi in psicoterapia rappresenti un valore aggiunto costituisce una prima problematica (Dobson e Kathri, 2000).

L'altra motivazione per cui il modello cognitivo-comportamentale tradizionale sembra attraversare un periodo di crisi è rappresentata dai cambiamenti nella filosofia della scienza. Le terapie facenti parte delle prime due generazioni si basano principalmente su aspetti di tipo meccanicistico: “la complessità umana è pensata come un insieme di parti e l'obiettivo della scienza è quello di ricostruire quelle parti in un modo comprensibile” (Bulli e Melli, 2010, pag. 17).

A fronte di ciò il focus dell'intervento cognitivo sta nella disputa delle idee disadattive, mediante una stretta e pressante argomentazione, che permetta al paziente di coglierne il fondamento illogico o irrealistico e di trasformarle in pensieri alternativi, più razionali e funzionali.

Per quanto riguarda invece la terza ondata della psicoterapia cognitivo-comportamentale, l'attenzione è posta su strategie di rinnovamento contestuale ed esperienziale, che modificano la funzione degli eventi psicologici, senza intervenire sulla loro forma. Il contestualismo funzionale sembra essere ciò che sta alla base della filosofia di questi approcci di terza generazione: dedica maggiore attenzione alla libertà di scelta e al conseguimento dei propri valori personali, piuttosto che concentrarsi sui processi mentali (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte e Pistorello, 2013).

Le persone, in questo modo, vengono motivate a deporre ogni interesse nei confronti della verità dei propri pensieri per dedicarsi alla realizzazione dei propri obiettivi. È da qui che prende vita una condotta di apertura e di accettazione nei confronti degli eventi psicologici come possibilità per vivere pienamente la propria vita, anche se questi eventi vengono considerati negativi dal punto di vista del contenuto (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte e Pistorello, 2013).

Nel 2016, Hayes sostiene che l'elemento di innovazione degli approcci di terza generazione sarà rappresentato proprio da questo atteggiamento di apertura rispetto le proprie esperienze interne.

In sintesi, da una posizione meccanicistica presente nelle prime due generazioni della Terapia del Comportamento, si passa ad un approccio più contestuale favorito anche dai cambiamenti nella filosofia della scienza facenti parte della terza generazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale (Anchisi, Moderato e Pergolizzi, 2017).

Lo slancio nei confronti del processo e della funzione, anziché sul contenuto, è in linea con ciò che contraddistingue la terza generazione delle Terapie Cognitivo-Comportamentali (Hayes 2004); gli interventi CBT di terza generazione maggiormente utilizzati ad oggi sono i seguenti:

- *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 2001);
- *Terapia Dialettico-Comportamentale* (DBT; Linehan, 1993);
- *Psicoterapia Analitico-Funzionale* (FAP; Kohlenberg, Hayes e Tsai, 1993);
- *Psicoterapia Interpersonale* (IPT; Fairburn, 2002);
- *Terapia Cognitiva Basata sulla Mindfulness* (MBCT; Segal, Teasdale, Williams e Gemar, 2002).

Sebbene le terapie di terza generazione possano non generare un consenso universale, bisogna comunque sottolineare i loro contributi innovativi alla Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale tradizionale sia nella teoria che nella pratica: si tratta di interventi che, invece

di concentrarsi sul cambiamento diretto degli eventi psicologici, suggeriscono di modificare la loro funzione e la relazione degli individui con gli stessi, attraverso strategie quali la *mindfulness*, l'accettazione o la defusione cognitiva (Teasdale, Segal e Williams, 2003). È quindi proprio dall'integrazione tra le prime due generazioni della terapia comportamentale che nasce il concetto di psicoterapia cognitivo comportamentale.

2.4 La terza generazione della psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Nel 2004 Hayes espone l'insieme delle componenti che contraddistinguono gli approcci facenti parte della terza generazione della terapia del comportamento. Secondo l'autore, in linea con l'approccio cognitivo standard, la terza generazione della psicoterapia cognitivo comportamentale ha mantenuto una forte aderenza ai principi empirici sia in termini di analisi dei processi sia in termini di verifica dei risultati (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma e Guerrero, 2004). Come vedremo successivamente nel paragrafo 2.4.1, per esempio, sia il metodo di concettualizzazione della psicopatologia sia le procedure e le tecniche terapeutiche derivano dalla cosiddetta *Relational Frame Theory* (RFT; Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001), fondata su una nutrita serie di ricerche sulla natura del linguaggio e della cognizione.

La principale peculiarità degli approcci di terza generazione, come precedentemente accennato, è l'enfasi su strategie di cambiamento contestuali ed esperienziali, che modificano la funzione degli eventi psicologici problematici, senza intervenire direttamente sul loro contenuto, sulla forma o sulla loro frequenza. L'aspetto caratterizzante, dunque, non è tanto il cambiamento di pensieri ed emozioni mediante la disputa logica e razionale, “quanto piuttosto la creazione di contesti che possano alterare la relazione della persona con le proprie esperienze interne, indebolendo le catene causali che portano all'evitamento esperienziale e permettendole così di agire in linea con i propri valori” (Bulli e Melli, 2010, pag. 27). Il focus è posto sulla

trasformazione della consapevolezza e della relazione del paziente con i propri pensieri, le proprie emozioni e le sensazioni fisiologiche (Teasdale, Segal e William, 2003).

Gli approcci delle prime due generazioni di terapia comportamentale condividono l'assunto in base al quale certe cognizioni, emozioni e stati fisiologici portano a comportamenti disfunzionali e, pertanto, l'intervento terapeutico è rivolto ad eliminare, o quanto meno a ridurre, questi eventi interni problematici. Le terapie della terza generazione incrementano i loro obiettivi dalla sola riduzione della sintomatologia allo sviluppo di capacità che puntano a migliorare significativamente la qualità e la quantità di attività a cui la persona conferisce valore. Anche con pazienti gravi, le nuove terapie del comportamento sottolineano maggiormente il benessere e l'aumento di abilità e repertori comportamentali che possano essere ampiamente applicati (Hayes, 2004).

Un altro aspetto di queste nuove forme di trattamento è quella di infrangere alcune barriere storiche tra la terapia del comportamento e gli approcci meno empiricamente fondati (psicoanalisi, terapia della gestalt, approcci umanistici), tentando un'integrazione con alcuni loro principi. Mentre la Psicoterapia Cognitivo Comportamentale standard ingloba in sé i criteri delle *Empirically Supported Therapies* (EST) – ovvero quelle terapie che hanno un'evidenza dimostrata mediante *trial* controllati e randomizzati - per un'ampia varietà di disturbi (Butler, Chapman, Forman e Beck, 2006), attualmente non si può dire altrettanto per gli approcci di terza generazione (Öst, 2008).

La ricerca in ambito psicoterapeutico ha presentato evidenze sperimentali circa l'efficacia dell'approccio CBT standard per un'ampia varietà di disturbi psicologici, che includono, tra gli altri, il Disturbo di Panico (Gould, Otto, Pollack e Yap, 1997), il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Eddy, Dutra, Bradley e Westen, 2004), il Disturbo d'Ansia Generalizzata (Borkovec e Ruscio, 2001) e il Disturbo da Stress Post-Traumatico (Bradley, Greene, Russ,

Dutra e Westen, 2005). Nonostante i *trial* controllati e randomizzati siano utili, i limiti in termini di validità ecologica non permettono di trasferire i risultati ottenuti nelle ricerche all'attività clinica in *setting* ecologici (Bulli e Melli, 2010). Ad esempio, uno degli indicatori principali di *outcome* per valutare la riuscita o meno di un trattamento è la riduzione significativa della sintomatologia dal pre al post-trattamento.

A una riduzione significativa della sintomatologia, tuttavia, non corrisponde necessariamente un miglioramento rilevante in termini di qualità della vita e, così, il funzionamento quotidiano e il benessere soggettivo di un paziente potrebbero comunque risultare alquanto deficitari (Bulli e Melli, 2010).

Resta aperta la questione su quanto gli approcci di terza generazione possano rappresentare veramente una “nuova” generazione nel panorama cognitivo-comportamentale (Anchisi, Moderato e Pergolizzi, 2017).

Il punto in comune tra la seconda generazione e la terza è il ruolo attribuito alle esperienze di vita nel concorrere alla formazione del contenuto dei pensieri; tuttavia, si differenziano in maniera radicale riguardo l'importanza attribuita al loro contenuto nella genesi e nel mantenimento dei disturbi psicologici (Hayes, 2016). Se la Psicoterapia Cognitiva punta ad ottenere un cambiamento nella persona attraverso la modifica del contenuto dei suoi pensieri disfunzionali, gli approcci di terza generazione supportano il fatto che un eccessivo focus sul contenuto possa contribuire al peggioramento sintomatologico (Hayes, 2016).

Nel 2008 Leahy critica questa posizione citando l'ampia varietà di ricerche empiriche le quali supportano la maggior efficacia sperimentale della Psicoterapia Cognitiva in confronto a qualunque altro approccio terapeutico. Tuttavia, lo stesso autore, riflettendo sulle componenti di novità della terza generazione, riconosce che il processo di presa di distanza dai pensieri, prodotto attraverso tecniche di accettazione e *mindfulness*, non si differenzia in maniera

significativa dal processo di distanziamento critico, appartenente all'approccio cognitivista (Bulli e Melli, 2010).

In sintesi, la Terapia Cognitiva standard, nell'obiettivo di trasformare il contenuto dei pensieri, potrebbe impedire l'accettazione delle esperienze interne del paziente; una caratteristica peculiare dei metodi proposti dagli approcci di terza generazione è però la proposta di modificare la relazione degli individui con i propri eventi interni, di poter essere condivisibili e integrabili nei diversi approcci precedenti (Hayes, 2016).

I giudizi e le critiche di alcuni autori hanno spinto Hayes (2008) a temere che possa verificarsi quanto si è già verificato nel passaggio dalla prima alla seconda generazione. Secondo Hayes (2008) sarebbe, invece, pensabile cercare di superare le differenze tra Terapia Comportamentale e Terapia Cognitiva tipiche delle generazioni precedenti, e non tentare di definire la supremazia di una generazione sull'altra.

2.4.1 La pubblicazione di Hayes e Wilson

Nell'articolo pubblicato da Hayes e Wilson nel 1995, i due autori illustrano i principi fondamentali di quello che al tempo era un nuovo approccio terapeutico, l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), che avrebbe raccolto l'eredità della seconda generazione per dare avvio (insieme ad altri autori) alla "terza generazione delle terapie del comportamento" (Anchisi, Moderato, Pergolizzi, 2017).

Il problema di come pensieri ed emozioni influenzino il comportamento manifesto è un argomento affrontato da tutte le varie forme di psicoterapia, ma le risposte date al problema possono cambiare considerevolmente in base all'approccio utilizzato.

Secondo gli autori della terza generazione, la formazione degli ostacoli nei pazienti non riguarda i pensieri che essi hanno o le loro emozioni ma sono le conseguenze dei loro sforzi nel

cercare di cambiarli, controllarli in un processo che viene denominato “evitamento esperienziale” (Anchisi, Moderato e Pergolizzi, 2017). Per questa ragione, a differenza delle terapie di seconda generazione, l’ACT non si propone di cambiare la forma o la frequenza degli eventi interni, ma cerca di alternarne la funzione modificando il contesto sociale e verbale in cui questi eventi privati avvengono (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006).

Secondo Hayes e Wilson (1995) l’evitamento esperienziale, per quanto deleterio in certe situazioni, non è un processo caratteristico di questo o quel paziente; al contrario, è una caratteristica comune a tutte le persone, una vera e propria eredità culturale che ciascuno di noi riceve suo malgrado. Infatti, nel contesto sociale possiamo distinguere tre differenti aspetti che contribuiscono a radicare questo controproducente tentativo di controllare gli eventi interni:

- L’impatto delle valutazioni e del significato letterale: le ricerche RFT mostrano che le parole possono veicolare le stesse caratteristiche dell’evento al quale si riferiscono, al punto che le persone reagiscono alle parole come se si trovassero di fronte all’evento concreto;
- L’accettazione della spiegazione verbale come causa del comportamento: nella società infatti, è considerato normale indicare emozioni e pensieri come cause del comportamento manifesto, e questo porta al rinforzo di comportamenti di evitamento;
- La credenza (che viene insegnata dalla società) per cui per avere successo nella vita occorre acquisire il controllo sui propri pensieri ed emozioni: ci riferiamo all’apprendimento del controllo degli eventi interni. In ambito educativo spesso si crede che per influenzare il comportamento di un bambino sia prima necessario modificarne l’esperienza emotiva.

I pazienti che arrivano in terapia portano con sé lo stesso atteggiamento di rifiuto rispetto ai propri vissuti sgradevoli o difficili; per questo la loro esigenza non può che essere quella di trovare un modo per liberarsene. “Ma il terapeuta non gli renderebbe un buon servizio, se accettasse la richiesta: se lo facesse, i pazienti finirebbero con l’essere sempre più impegnati nell’inutile tentativo di modificare i propri pensieri ed emozioni, perdendo al tempo stesso il prezioso contatto con le conseguenze di ciò che fanno” (citato in Anchisi, Moderato, Pergolizzi, 2017, pag.70).

L’evitamento esperienziale è un concetto cardine degli approcci di terza generazione: “l’evitamento esperienziale (EA) è una forma di regolazione emotiva con cui un individuo tenta di evitare, sopprimere o controllare altrimenti forma e/o frequenza di eventi privati dolorosi, quali sensazioni corporee, emozioni, pensieri, preoccupazioni e memorie” (Woods e Kanter, 2017, pag. 350; si veda anche Hayes, Wilson, Gifford, Follette e Strosahl, 1996).

Hayes e colleghi nel 1996 hanno affermato che l’evitamento esperienziale concorre allo sviluppo e al mantenimento di numerose forme psicopatologiche. Alcune esperienze interne, che comprendono, pensieri (“Non vado bene”), emozioni (ad esempio, ansia, tristezza, paura) e sensazioni fisiologiche possono essere valutate come patologiche ed ostili da rendere inevitabile lo sforzo di liberarsene a qualunque costo. Paradossalmente, il tentativo di allontanare dalla propria coscienza un pensiero non fa altro che incrementarne la sua presenza (Salkovskis, Richards e Forrester, 1995) e ciò origina ulteriori sforzi di neutralizzazione dello stesso, in un circolo senza fine a cui spesso si associa una notevole componente ansiosa. L’evitamento esperienziale è fortemente disadattivo e, tra le altre cose, porta la persona a trascurare il valore informativo e la funzione delle emozioni nei processi di conoscenza. I tentativi per liberarsi dagli eventi interni che producono una risposta negativa comportano inevitabilmente un restringimento significativo del repertorio comportamentale del soggetto,

con associata riduzione della qualità della vita, che costituisce l'ultimo aspetto del modello di concettualizzazione degli approcci di terza generazione (Caselli, Manfredi, Ruggiero e Sassaroli, 2016).

Per quanto riguarda i disturbi dell'alimentazione, comportamenti come seguire una dieta, abbuffarsi e vomitare possono ridurre per un breve periodo l'esperienza di disagio legato all'idea del peso e del cibo (Woods e Kanter, 2016). Tuttavia, nel lungo termine queste strategie di evitamento esperienziale possono portare a gravi conseguenze che influenzano i rapporti sociali e la salute, dando origine, esse stesse, a sofferenza. Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis (2006) hanno condotto una meta-analisi osservando la relazione tra evitamento esperienziale (misurato dall'Acceptance and Action Questionnaire, AAQ; Hayes, Masuda, Bisset, Luoma e Guerrero, 2004) e vari aspetti della psicopatologia e della qualità di vita. I risultati di 32 studi con 6600 partecipanti complessivi dimostrano che alti livelli di evitamento esperienziale e bassi livelli di flessibilità psicologica sono significativamente associati con esiti e qualità di vita più scadenti (Woods e Kanter, 2016).

Secondo la Relational Frame Theory (Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001), l'opportunità, da parte degli umani, di adoperare l'evitamento esperienziale è decisamente facilitata dal linguaggio. Al contrario degli animali, gli umani possono soffrire e di fatto soffrono del proprio dolore emotivo.

Essi rispondono verbalmente a questo dolore con comportamenti e pensieri valutativi e si sforzano per sopprimere, evitare o fuggire il dolore emozionale e i pensieri collegati. In questo modo hanno la possibilità di deprimersi per il loro aspetto o di preoccuparsi per il loro futuro, tormentarsi per il passato e tentare di evitare pensieri negativi, sentimenti, tendenze comportamentali e circostanze che li hanno evocati o che potrebbero evocarli nel futuro. Secondo la RFT, tutto ciò è reso possibile dal linguaggio e dalle contingenze sociali riguardanti

l'esperienza e l'espressione delle emozioni (Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller e Langer, 2009).

Per persone con disturbi dell'alimentazione, comportamenti come adottare restrizioni dietetiche, vomitare e abbuffarsi vengono utilizzati al fine di evitare, fuggire e ridurre l'impatto di emozioni e pensieri valutati in maniera negativa, innescati dal ricordo di eventi passati o da preoccupazioni riguardanti eventi futuri (Woods e Kanter, 2016).

Il concetto di *fusione* potrebbe aiutarci ad illustrare perché i pensieri diventano così minacciosi per gli umani, al punto da indurli a intraprendere un comportamento che è chiaramente dannoso per la loro salute e il loro benessere generale (Calzolari e Fioravanti, 2016).

“La fusione cognitiva è un processo che implica l'adesione al contenuto letterale delle nostre esperienze interne. L'evento o lo stimolo e il proprio pensare riguardo ad esso diventano una cosa sola – sono così fusi, da essere inseparabili, creando l'impressione che non si tratti affatto di una costruzione verbale” (citato in Woods e Kanter, 2016, pag. 352). Persone con disturbi alimentari sembrano fondersi con il loro modo di percepire e di descrivere il peso, le sembianze e la forma corporea. Per esempio, se preso alla lettera, il pensiero “*Io sono grasso e senza valore*” sarebbe minaccioso per chiunque (Woods e Kanter, 2016). Quando una persona pensa o dice “*Io sono grasso e senza valore*” invece che “*Io sto avendo il pensiero di essere grasso e senza valore*”, si crea un'associazione tra la mancanza di valore, la grassezza e la persona che si immedesima con quei pensieri. Benché bulimia, anoressia e BED facciano riferimento a diversi schemi di comportamento, pattern rigidi e inflessibili di evitamento esperienziale ed emozionale sembrano essere il comune denominatore che lega i vari disturbi alimentari (Woods e Kanter, 2016).

A differenza degli approcci propri delle prime due generazioni della Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale, l'obiettivo non è tanto quello di aiutare il paziente a sbarazzarsi dell'ansia,

ma quello di portarlo ad accettare di provarla, considerandola una sorta di effetto collaterale al soddisfacimento di ciò che gli sta profondamente a cuore (Bulli e Melli, 2010). Alla luce degli elementi sopra considerati, risulta chiaro come gli approcci di terza generazione si propongano, prima di tutto, di modificare le relazioni che gli individui hanno con le proprie esperienze interne (Calzolari e Fioravanti, 2016).

L'attenzione è posta in particolare nell'aiutare i pazienti a coltivare una relazione accettante e non giudicante nei confronti dei propri eventi interni (pensieri, immagini, emozioni o sensazioni) e a contemplarli come qualcosa di passaggio, che non corrisponde necessariamente alla realtà, né tantomeno definisce la persona. Gli strumenti privilegiati al fine di raggiungere questo obiettivo sono i paradossi, le metafore, le storie e gli esercizi esperienziali (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma e Guerrero, 2004). In questo modo, lo sviluppo di un nuovo modo di relazionarsi con le proprie esperienze interne si accompagnerà ad una diminuzione dell'abituale evitamento esperienziale e ad un conseguente aumento di comportamenti in linea con i propri valori e obiettivi personali.

2.5 Accettazione e *mindfulness*: le strategie per operare il cambiamento

L'accettazione è stata parte integrante della psicoterapia per molti anni. Già Freud nel 1936 affermò che uno dei meccanismi chiave del cambiamento terapeutico fosse quello di permettere ai conflitti repressi nell'inconscio di accedere alla coscienza.

Anche i terapeuti della Gestalt hanno evidenziato l'importanza dell'apertura nei confronti degli eventi interni, mentre le terapie umanistiche hanno fatto dell'accettazione incondizionata del paziente, come anche delle sue esperienze interne, la base dell'intervento psicoterapeutico (Beisser, 1970).

A partire dagli Anni Novanta, differenti terapeuti hanno cominciato ad integrare pratiche di accettazione e di *mindfulness* negli interventi cognitivi e comportamentali di un'ampia gamma di disturbi clinici, come il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Schwartz, 1996), il Disturbo d'Ansia Generalizzata (Roemer e Orsillo, 2007), il Disturbo da Stress Post-traumatico (Wolfsdorf e Zlotnick, 2001), il Disturbo da Uso di Sostanze (Marlatt e Witkiewitz, 2002), i Disturbi dell'Alimentazione (Telch, Agras e Linehan, 2001).

Il termine “approcci di terza generazione” sta a designare un processo attivo di consapevolezza nei confronti delle proprie esperienze interne, così come vengono sperimentate nel qui ed ora. I termini “consapevolezza” e “qui e ora” si allacciano in maniera stretta all'altra strategia appartenente ai approcci di terza generazione: la *mindfulness* (Siegel, 2015).

“Il termine *mindfulness* si riferisce ad uno stato mentale in cui la persona ascolta e osserva le proprie emozioni, le proprie sensazioni fisiche e i propri pensieri, accettandoli così come sono, senza giudicarli, senza cercare di modificarli, né bloccarli” (citato in Kabat-Zinn, 2003, pag. 147).

Le abilità di *mindfulness* aiutano sia a non lasciarsi coinvolgere in abitudini ruminative, che consideriamo inefficaci e aggravanti, sia a non reagire istintivamente (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, et al. 2003). Gli esercizi di *mindfulness* educano proprio ad identificare i pensieri e i giudizi che la nostra mente crea in maniera costante e a ritornare alla consapevolezza della nostra esperienza del presente. Prestando maggiore attenzione alle proprie esperienze interne avviene un aumento della consapevolezza e ciò porta a rinforzare risposte comportamentali più flessibili, efficaci e guidate dai valori personali (Siegel, 2015). Come afferma Kabat-Zinn (1990, pag. 147-148), “i pensieri sono solamente pensieri, non rappresentano la realtà; la consapevolezza che noi non siamo i nostri pensieri porta al distanziamento da questi e alla possibilità di entrarci in relazione per quello che in realtà

sono: semplici eventi mentali, indipendentemente dal loro contenuto o dalla loro carica emotiva”. Le abilità di *mindfulness*, portano dunque, le esperienze alla coscienza e, in questo modo, la disponibilità (la cosiddetta *willingness*) della nostra mente ad accettarle per quello che sono aumenta (Hayes e Wilson, 2003).

Stewart nel 2004 fornisce un resoconto cognitivo interessante del ruolo della distorsione dell’immagine corporea nella comprensione dei disturbi alimentari, che ha implicazioni per un approccio al trattamento basato sull’accettazione (Williamson, White, York-Crowe e Stewart, 2004). Stewart (2004) sostiene che la percezione negativa della propria immagine corporea sia influenzata da pensieri automatici e da rigide credenze. Tale percezione implica un errore abituale d’interpretazione, che risulta selettivo nel sovrastimare la propria taglia corporea (“Io sono obeso”). Di conseguenza, anche quando le persone con disturbi dell’immagine corporea ricevono informazioni diverse circa il loro corpo (ad esempio, il commento di un amico: “Hai un bell’aspetto”), rimangono chiuse di fronte a tali feedback e continuano a focalizzarsi sulla loro esperienza corporea negativa. Stewart (2004) suggerisce un trattamento comportamentale basato sulla *mindfulness*, per aiutare i pazienti a sviluppare un differente modo di relazionarsi all’immagine del proprio corpo, senza fare alcun tentativo di cambiare o sfidare direttamente il nucleo delle credenze: l’obiettivo per i pazienti in terapia con la *mindfulness* è di sviluppare una “prospettiva di osservatore”, sia in termini di forma corporea sia di autostima (Williamson, White, York-Crowe e Stewart, 2004).

Considerato in un’ottica clinico-pratica, l’approccio di Stewart (2004) è interessante e sottolinea l’importanza di aiutare i pazienti con disturbi dell’alimentazione a sviluppare una relazione differente con i propri pensieri e sentimenti.

2.6 Il modello dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

L'ACT è una moderna terapia comportamentale la quale punta in maniera diretta al ruolo dell'alimentazione restrittiva, all'evitamento esperienziale e ai tentativi di controllo degli individui con disturbi dell'alimentazione (Hayes e Wilson, 2003). Questa tipologia di approccio indica che lo sviluppo e il mantenimento del comportamento alimentare disfunzionale ha origine dall'effetto paradossale del controllo e dalle strategie di coping improntate sull'evitamento.

L'ACT usufruisce delle tecniche di defusione cognitiva, ad esempio metafore ed esercizi di mindfulness, per insegnare ai pazienti a reagire meno letteralmente ai pensieri e alle emozioni associati all'alimentazione e a differenziare se stessi dai propri pensieri e sentimenti (Bond, Hayes e Barnes-Holmes, 2006).

La particolarità del modello ACT e dell'impianto teorico e metateorico all'interno del quale è inserito è, da un lato, quella di adempiere all'obiettivo delle scienze empiriche di comprendere i principi di base e quelli applicati in una disciplina coerente e, dall'altro, quella di offrire una lettura integrata del fenomeno della sofferenza umana secondo un continuum che include sia i processi di funzionamento normale sia i meccanismi che portano alle manifestazioni psicopatologiche che le mantengono (Hayes, Strosahl e Wilson, 2011).

Come precedentemente mostrato, da un punto di vista ACT/RFT, infatti, la sorgente primaria di sofferenza psicologica è il modo in cui il linguaggio e le cognizioni interagiscono con le contingenze dirette in modo da produrre l'impossibilità a mantenere o a cambiare un certo comportamento al servizio di finalità a lungo termine e di valore per l'individuo (Hayes, Strosahl e Wilson, 2011). Questo processo porterebbe a un debole o inefficace controllo del contesto sui processi psicologici e del linguaggio stesso e a quella che nel modello viene definita *inflexibilità psicologica* (vedi Figura 1).

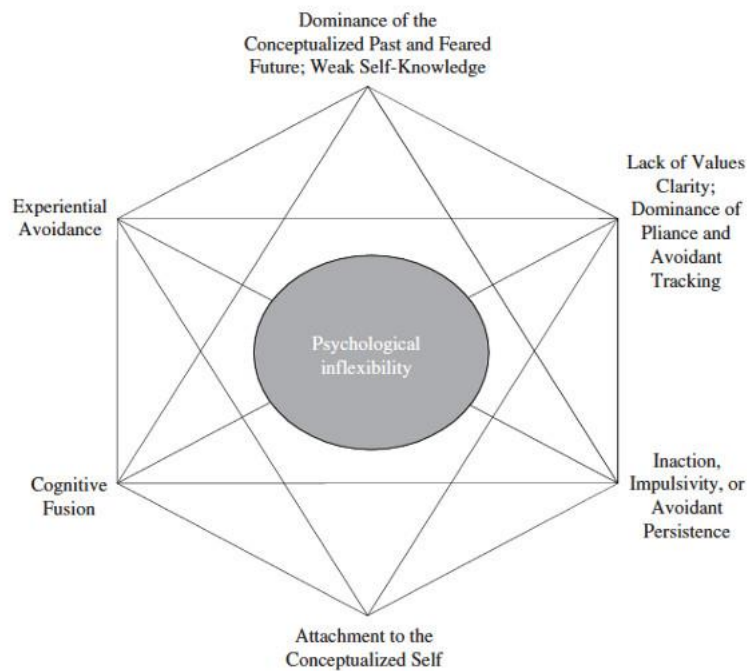


Figura 1 – Il modello ACT della psicopatologia: inflessibilità psicologica (tratto da Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis 2006)

La psicopatologia, quindi, si innesta nel momento in cui gli obiettivi e i desideri di vita significativi a lungo termine vengono abbandonati da finalità guidate dal bisogno di sentirsi bene, di apparire bene e di difendere, nell'immediato, un sé concettualizzato.

Orientati da questi scopi a breve termine, gli schemi comportamentali si restringono, si allontanano dai reali valori della persona e vengono appoggiati in modo improprio ed eccessivo da processi verbali, come regole o reti di relazioni arbitrarie, a loro volta ampiamente assecondate dalla comunità sociale/verbale (Bond, Hayes e Barnes-Holmes, 2006).

L'ACT ha, quindi, come obiettivo generale il raggiungimento di una maggior flessibilità psicologica (vedi Figura 2), intesa come capacità di essere in contatto con il momento presente più consapevolmente e intenzionalmente e di cambiare i propri pattern comportamentali quando questo cambiamento sia in linea con ciò che per l'individuo è importante (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte e Pistorello, 2013).

Il modello a cui Hayes e colleghi fanno riferimento viene denominato *hexaflex* ed è costituito da sei punti (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006; Woods e Kanter, 2016):

- *Accettazione*: rappresenta l'alternativa all'evitamento esperienziale, attraverso l'esercizio consapevole dell'abilità di includere attivamente tutti gli eventi privati senza cercare di modificare la frequenza o la forma, anche quando questi siano fonte di sofferenza.
- *Defusione cognitiva*: le tecniche di defusione cognitiva hanno lo scopo di alterare la funzione dei pensieri e di altri eventi privati e non la loro forma o frequenza, cambiando il modo in cui l'individuo interagisce e si mette in relazione con questi mediante la produzione di contesti in cui viene ridotto il loro ruolo negativo. In questo modo diventa possibile distanziarli e vederli per quello che sono, semplicemente parole, immagini e sensazioni corporee.
- *Contatto con il momento presente*: promuove il continuo e non giudicante contatto con gli eventi ambientali e psicologici così come questi si presentano, in modo da favorire, da parte dell'individuo, l'esperienza diretta del mondo e comportamenti più flessibili e coerenti con i propri valori, invece di indugiare sul passato o preoccuparsi per il futuro.
- *Sé come contesto*: si mira a indebolire l'esclusiva identificazione e l'eccessivo attaccamento della persona a certe emozioni, ricordi o ruoli, favorendo una più ampia adesione al flusso di esperienze personali così come queste accadono; definirsi come il contesto in cui si manifestano i diversi contenuti, favorisce lo sviluppo della flessibilità psicologica, poiché disinnescava la trappola delle etichette che ognuno si dà in base alle proprie esperienze passate.

- *Valori*: hanno un ruolo centrale nel modello ACT in quanto danno senso e dignità alla difficoltà spesso associata al lavoro terapeutico. Sono pattern di attività in continua evoluzione, definiti verbalmente e liberamente scelti dell'individuo, che costituiscono un rinforzo potente e intrinseco per il coinvolgimento dell'individuo nelle attività di valore stesse. In questo contesto, quindi, i valori non sono intesi in senso etico-morale e, per definizione, non possono essere mai raggiunti come oggetti, ma perseguiti momento dopo momento; da questa prospettiva, ogni azione che viene intrapresa viene ricontestualizzata alla luce di ciò che potrebbe guidare quella persona a vivere pienamente la propria vita.
- *Impegno nell'azione*: viene incoraggiato lo sviluppo di pattern comportamentali sempre più flessibili, finalizzati al raggiungimento di obiettivi associati ai valori personali. In questo processo rientrano molte delle tecniche cognitive e comportamentali classiche di attivazione comportamentale e di costruzione di abilità.

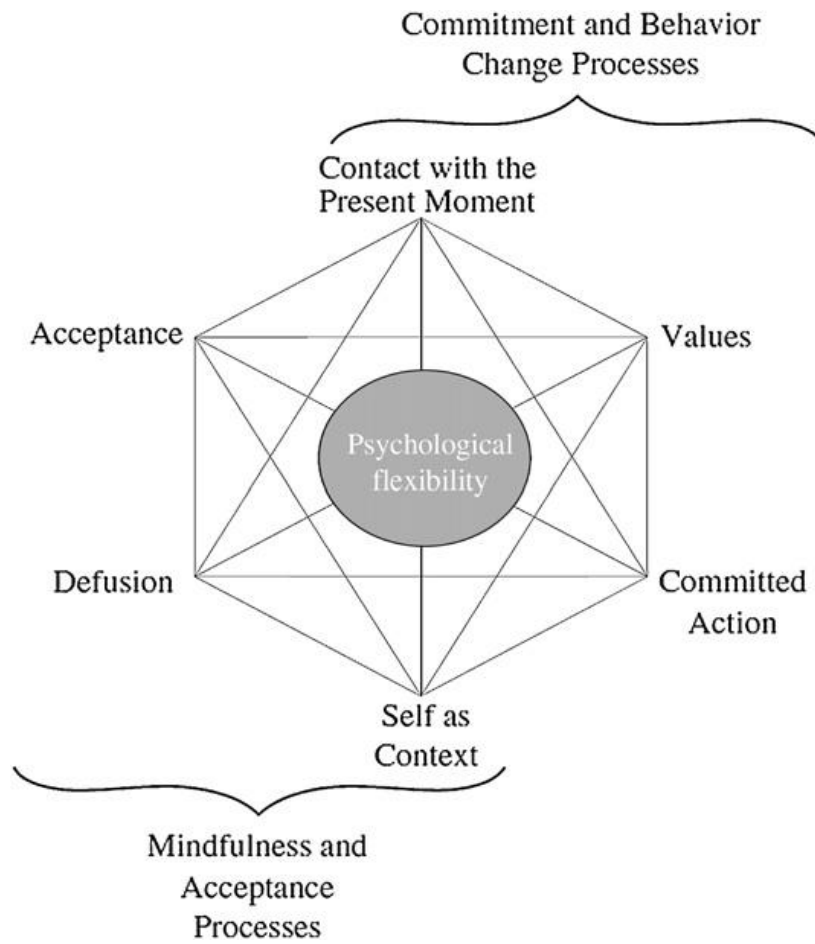


Figura 2 – Il modello ACT della psicoterapia: flessibilità psicologica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis, 2006)

I sei processi chiave del modello ACT, sopra descritti, sono interconnessi e in parte sovrapposti, ognuno supporta gli altri in funzione del raggiungimento di una maggior flessibilità psicologica (McHugh, 2011). Possono, inoltre, essere raggruppati in due insiemi: processi di mindfulness e accettazione in cui sono inclusi accettazione, defusione, contatto con il momento presente e sé come contesto e i processi di modificazione comportamentale e azione impegnata che comprendono i valori, l'impegno all'azione e, di nuovo, il sé come contesto e il contatto con il momento presente (Bowden e Bowden, 2012).

Questi ultimi sono presenti in entrambi i raggruppamenti perché qualsiasi attività psicologica in un essere umano consapevole comprende il presente così come è conosciuto (McHugh, 2011). Le variazioni in queste dimensioni sono viste come mediatori del cambiamento, per cui la persona può spostarsi lungo il continuum considerato nei vari punti dell'*hexaflex* (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006). Perché la terapia sia efficace, i sei processi descritti devono essere incorniciati da una buona relazione terapeutica. Gli elementi essenziali dell'ACT non possono essere semplicemente spiegati al paziente, ma devono essere messi in pratica dal terapeuta stesso, che deve fare da esempio (Hayes, 2016). Il terapeuta non può chiedere ai pazienti di aprirsi all'esperienza di osservare i propri pensieri e le proprie emozioni, se non è lui a farlo per primo. Se il terapeuta di fronte alla sofferenza del paziente non esita né volta le spalle, ma rimane presente e aperto a quell'esperienza, allora grazie a lui il suo paziente sta già entrando in contatto diretto con il processo e lo scopo dell'ACT (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte e Pistorello, 2013). L'apertura del terapeuta verso i suoi stessi vissuti, la messa in pratica degli stessi principi che intende insegnare al suo paziente, favorisce l'instaurarsi di un'alleanza terapeutica intima e potente, che è premessa necessaria al cambiamento (Hayes, 2016).

CAPITOLO 3

REVISIONE CRITICA DELLA LETTERATURA

Per gestire gravi disturbi dell'alimentazione, come anoressia e bulimia nervosa, il trattamento ospedaliero o residenziale è spesso necessario. Questo capitolo non ha l'obiettivo di promuovere un tipo di terapia sull'altra (in questo caso tra ospedaliera e psicologica, ma anche fra CT, CBT e ACT), ma, attraverso studi clinici e sperimentali, quello di valutarne l'efficacia, considerando che entrambe le terapie (psicologica ed ospedaliera) dovrebbero essere integrate per una cura completa. L'intento del capitolo è, dunque, di chiarire quali approcci vengono considerati maggiormente efficaci nel trattamento dei disturbi alimentari, mostrandone l'evidenza attraverso studi clinici confrontati nel tempo.

Diversi orientamenti psicologici e psicoterapici hanno preso in considerazione teorie e trattamenti per facilitare la diminuzione della patologia alimentare. Il trattamento di queste patologie ha subito una sostanziale evoluzione dalla proposta delle prime applicazioni ad oggi.

3.1 Il trattamento basato sulla consapevolezza

Il capitolo 2 si è concluso con la spiegazione del modello ACT nel quale la consapevolezza occupa un tassello centrale.

Nel 2005 gli autori Baer, Fisher e Huss hanno presentato uno studio il cui obiettivo era di arrivare a una chiara evidenza riguardo l'idea che l'allenamento alla consapevolezza potesse influenzare la riduzione dell'abbuffata nelle patologie dei disturbi alimentari. Gli autori hanno

utilizzato la procedura Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), la quale non si pone lo scopo di insegnare le tradizionali procedure di cambiamento cognitivo, come l'identificazione delle distorsioni cognitive, la valutazione dei pensieri o la generazione dei pensieri razionali (Baer, Fisher e Huss, 2005). Non si pone nemmeno l'obiettivo di far apprendere le capacità per modificare le emozioni o per migliorare l'abilità di *problem solving*, e neppure si occupa dell'integrazione delle interazioni interpersonali, o della modificazione dei comportamenti di dieta ed esercizio fisico (Baer, Fisher e Huss, 2005). L'assenza di queste strategie di cambiamento è una differenza importante tra la MBCT e molti altri trattamenti supportati empiricamente per i disturbi alimentari, che includono un numero maggiore di strategie di cambiamento. Gli autori hanno ipotizzato che la MBCT avrebbe portato ad una maggiore capacità di astenersi dal Binge Eating in presenza di pensieri ed emozioni negative. Lo studio è stato pubblicizzato tramite volantini pubblicitari nella comunità e attraverso lettere ai terapeuti locali. Ai potenziali partecipanti, i quali hanno contattato il centro di trattamento dove è stato condotto lo studio, è stato chiesto di completare un'intervista di screening al telefono. I partecipanti sono stati sottoposti a degli screening per AN, BN, Episodio Depressivo Maggiore, abuso di sostanze o dipendenza, ideazione suicidaria o omicida, disturbo borderline di personalità. I soggetti sono stati invitati alla clinica per una sessione di prova per valutare l'assenza dei disturbi sopra elencati e per esaminare se al momento non stavano ricevendo altre forme di psicoterapia. Inoltre, ogni settimana durante il trattamento, i clienti completavano il diario alimentare in cui avevano registrato tutti gli alimenti mangiati, descritto brevemente le circostanze, e annotato se consideravano ogni episodio alimentare un'abbuffata. I partecipanti hanno anche svolto dei compiti a casa riguardanti esercizi di consapevolezza che venivano registrati ogni giorno. All'inizio delle sessioni di trattamento alternate, i clienti hanno completato il Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Da due/quattro settimane dopo aver

completato il trattamento, i soggetti sono tornati per una valutazione post-trattamento, in cui sono state adottate le stesse misure, quelle completate al momento dell'assunzione. Hanno partecipato al trattamento dieci donne la cui età andava dai 23 a 65 anni. Il trattamento è stato condotto da due terapisti i quali hanno osservato le procedure e le strategie descritte nel manuale MBCT (Segal, Teasdale, Williams e Gemar, 2002). Diverse modifiche sono state applicate: sebbene il manuale descriva un programma di otto sessioni, gli autori hanno distribuito il materiale in 10 sessioni, per consentire il confronto in un protocollo cognitivo-comportamentale di 10 sessioni nella ricerca futura. Gli esercizi di consapevolezza sono stati praticati e discussi durante ogni sessione. Nella scansione dedicata al corpo, l'attenzione si è focalizzata sequenzialmente su numerose parti corporee e le sensazioni si sono osservate in modo non giudicante. In presenza di pensieri ed emozioni, questi venivano annotati brevemente e l'attenzione veniva restituita al corpo. Lo stretching e la camminata consapevole incoraggiavano la consapevolezza delle sensazioni durante i movimenti lenti e delicati. Durante i pasti, i partecipanti osservavano le sensazioni e i movimenti associati al mangiare, così come i pensieri e le emozioni che si presentavano. Dopo alcune settimane, le istruzioni per la meditazione sono state ampliate.

Si cercava di includere intenzionalmente la focalizzazione su un problema o una difficoltà legata al *binging* e all'osservazione di sensazioni ed emozioni associate senza cercare in alcun modo di cambiarle o eliminarle. I compiti a casa includevano la pratica quotidiana di uno o più esercizi di consapevolezza. I partecipanti sono stati dotati di audio cassette per la guida alla loro pratica e sono stati incoraggiati a praticare senza nastri durante le ultime settimane. Le diverse sessioni comprendevano esercizi di terapia cognitiva, che insegnavano un atteggiamento accettante, non giudicante e non reattivo verso i propri pensieri. Le relazioni tra le situazioni, i pensieri e le emozioni venivano discusse, con enfasi sul concetto che "i pensieri non sono fatti",

e che gli stati d'animo in corso possono influenzare l'interpretazione degli eventi. Oggetto di discussione era anche il riconoscimento dei pensieri automatici relativi al mangiare. Sono state incluse anche un piccolo numero di strategie di cambiamento comportamentali nella MBCT, per esempio le attività di identificazione relative ai sentimenti di padronanza, progettare piani per ridurre gli stati d'animo negativi e i pensieri associati ad essi. A differenza di approcci più tradizionali, la MBCT non fa alcun tentativo di cambiare il contenuto dei pensieri o gli stati emotivi negativi, permette invece a questi fenomeni di andare e venire proprio come si sono presentati e fare scelte adattive su come rispondere in loro presenza (Kabat-Zinn, 2003). In questo studio del 2005, si era ipotizzato che un approccio consapevole ai pensieri e alle emozioni potesse ridurre le relazioni funzionali tra questi fenomeni e il Binge Eating, così che i partecipanti sarebbero stati in grado di astenersi dal *binging* anche quando lo avrebbero vissuto. Coerentemente con l'ipotesi degli autori, la frequenza del binge eating è stata notevolmente ridotta. La preoccupazione alimentare ha mostrato un miglioramento sostanziale. Però, problemi di forma e peso sono cambiati solo in minima parte. Questi risultati suggeriscono che, dopo il trattamento, i partecipanti erano maggiormente in grado di astenersi dal Binge Eating nonostante abbiano continuato ad avere pensieri ed emozioni negative nei confronti della loro forma e del peso. I risultati di questo studio pilota supportano la discussione teorica nel suggerire che l'allenamento alla consapevolezza possa interrompere le relazioni tra esperienze interne (pensieri, emozioni) e comportamento manifesto, senza puntare direttamente al cambiamento dei pensieri o delle emozioni. Gli autori suggeriscono, per il futuro, di esaminare la consapevolezza e i trattamenti basati sull'accettazione per un'alimentazione disordinata, in quanto si potrebbero confrontare direttamente questi approcci con quelli più tradizionali. Inoltre, si potrebbe confrontare la MBCT rispetto ad altri trattamenti.

A fronte di queste proposte, nel 2014 è stata condotta una meta-analisi in cui viene riscontrato un ulteriore miglioramento nei comportamenti alimentari mediante l'esposizione a training di consapevolezza (O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz e Black, 2014). O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz e Black (2014) hanno pubblicato la prima revisione riguardo la valutazione dell'impatto dell'intervento basato sulla mindfulness nella popolazione con DCA. I risultati dicono che la consapevolezza e la mindfulness sono efficaci nel ridurre il comportamento di abbuffate su una varietà di popolazioni, e possono anche ridurre la fame emozionale o il mangiare emotivo⁵. A fronte di ciò, la meditazione consapevole è considerata come un ulteriore intervento clinico per i disturbi alimentari (O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz e Black, 2014).

3.2 Mindfulness e disturbi alimentari

Sempre nel 2014, Katterman, Kleinman, Hood, Nackers e Corsica, hanno raggiunto risultati positivi per quanto riguarda l'intervento della mindfulness sul comportamento alimentare e nello specifico riguardo l'obesità. Sono state utilizzate varie implementazioni circa i training di consapevolezza, incluse le combinazioni di pratiche cognitivo-comportamentali, programmi basati sull'accettazione e programmi che usavano combinazioni di esercizi di mindfulness. Questo suggerisce che la formazione alla consapevolezza possa essere accessibile in molte forme e adattata alle esigenze specifiche degli individui obesi (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers e Corsica, 2014). In questo modo si forniscono alle persone le capacità per cambiare i loro comportamenti alimentari, sviluppare risposte più adatte al disagio emotivo e migliorare

⁵Il mangiare emotivo (o fame emozionale) è l'utilizzo del cibo per il puro soddisfacimento dei propri bisogni emotivi piuttosto che per soddisfare la fame fisica.

le loro relazioni con il cibo. Attraverso il supporto delle capacità di consapevolezza si può quindi arrivare alla prevenzione e al trattamento dell'obesità (Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh e Begay, 2010). Gli studi futuri, secondo gli autori dello studio, dovrebbero implementare questi interventi in popolazioni diverse da quelle che sono state descritte in letteratura, in quanto sono state prese in considerazione solo donne bianche adulte. I comportamenti alimentari legati all'obesità sono prevalenti tra uomini e donne, ma gli uomini spesso non ricevono cure. Non solo, quindi, si potrebbero applicare questi interventi ai maschi, ma si potrebbero informare le popolazioni circa l'efficacia di questi trattamenti (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers e Corsica, 2014).

Partendo dallo spunto relativo all'utilizzo della mindfulness nei pazienti obesi, nel 2015 Godfrey, Gallo, Afari hanno condotto un'ulteriore meta-analisi usando come parole-chiave: abbuffate, eccesso di cibo, episodio bulimico, ACT, DBT, mindfulness, meditazione, mangiare consapevole. La maggior parte degli studi ha mostrato effetti di grande intensità. La consapevolezza viene definita un processo composto da due elementi centrali: l'attenzione alle esperienze del presente e la posizione di accettazione o apertura verso queste esperienze (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, et al., 2004). Gli interventi basati sulla consapevolezza lavorano sulla costruzione di uno stato di attenzione focalizzata sul presente che enfatizza l'osservazione e l'esperienza, piuttosto che la valutazione e il cambiamento delle esperienze, come pensieri, sensazioni, sentimenti o impulsi (Baer, Fischer e Huss, 2005; Kristeller, Baer e Quillian-Wolever, 2006; Kristeller e Wolever, 2011; Wolever e Best, 2009). Gli interventi inclusi nella meta-analisi riorientano la persona ai suoi valori, che guidano l'individuo a nuovi modelli di comportamento adattivo.

Le precedenti revisioni sistematiche di cui abbiamo accennato nel paragrafo 3.2 (Katterman, Kleinman, Hood, Nackers e Corsica, 2014; O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz e Black, 2014), hanno

esaminato studi utilizzando interventi di consapevolezza per affrontare abbuffate e i risultati correlati come il peso, il controllo glicemico, le voglie e il mangiare emotivo. Nonostante ciò, rimane una lacuna nella letteratura per quanto riguarda la revisione sistematica e la meta-analisi relative all'evidenza degli studi che esaminano l'efficacia dell'intervento mindfulness specificatamente per il disturbo del binge eating (Godfrey, Gallo e Afari, 2015).

Nel caso di questo studio, condotto da Godfrey, Gallo e Afari nel 2015, il protocollo includeva esercizi di consapevolezza, atteggiamento accettante e non giudicante, aumento delle attività in relazione al piacere e alla padronanza, riduzione delle attività correlate a pensieri e stati d'animo negativi, osservando e vivendo sensazioni, pensieri e sentimenti mentre si fa una scelta riferita ai comportamenti da intraprendere. Nel complesso, gli interventi basati sulla consapevolezza sono stati associati ad effetti di grandi o medie dimensioni per quanto riguarda la frequenza di abbuffate e ciò indica efficacia (Godfrey, Gallo e Afari, 2015). Le dimensioni dell'effetto erano relativamente più grandi per gli interventi basati sulla consapevolezza in generale (Khoury, Lecomte, Fortin, Masse, Therien, Bouchard, et al., 2013), il che potrebbe indicare che gli interventi basati sulla consapevolezza sono particolarmente adatti per il trattamento BED. Un problema di valutazione sorge però con l'arrivo del DSM-V (APA, 2013) e i suoi criteri BED modificati. Inoltre, sono necessari trial controllati e randomizzati (Randomized Controlled Trial; RCT) per esaminare l'efficacia di questi trattamenti tenendo conto delle fluttuazioni nel binge eating durante i periodi di follow up o degli effetti della valutazione (Godfrey, Gallo e Afari, 2015). Sono inoltre necessari periodi di follow up più lunghi per esaminare gli effetti a lungo termine dell'intervento mindfulness sul binge eating. Idealmente, questi periodi di follow-up dovrebbero includere una lista d'attesa o altre condizioni di controllo inattive per esaminare se i cambiamenti di abbuffata osservati per periodi più lunghi fanno parte del naturale corso o sono dovuti ad interventi. Secondo gli autori, il lavoro futuro dovrebbe anche eseguire

confronti più dettagliati dei protocolli di trattamento e dei modelli teorici che supportano l'uso di vari trattamenti basati sulla consapevolezza per il binge eating. Un'altra domanda cruciale che rimane senza risposta è quanto siano efficaci gli interventi basati sulla consapevolezza confrontati con i trattamenti CBT standard. L'attenzione sugli studi futuri dovrebbe porsi anche sulla valutazione dei meccanismi di cambiamento di questi interventi sul binge eating. Così facendo la letteratura di ricerca sugli interventi di consapevolezza per l'abbuffata accrescerebbe le future meta-analisi, che potranno essere eseguite per determinare quantitativamente la performance relativa di ogni intervento basato sulla consapevolezza (ad es. DBT vs ACT) e l'impatto di alcune caratteristiche dell'intervento sull'efficacia di questi trattamenti.

3.3 Evidenze a confronto: CBT, IPT e SSCM

Nel 2000 Agras, Walsh, Fairburn, Wilson e Kraemer, conducono uno studio multi-sito su 200 pazienti con bulimia. Dopo 19 sessioni di trattamento con CBT o IPT, il 45% dei pazienti nel gruppo CBT si era completamente rimesso e il 67% era migliorato, benché avesse ancora problemi, mentre solo l'8% dei pazienti IPT si era ristabilito e il 40% era migliorato. Tuttavia, queste differenze non erano più rilevabili dopo un anno al follow-up, in quanto alcuni pazienti nel gruppo IPT continuavano a migliorare e alcuni pazienti nel gruppo CBT erano ricaduti. Il dato di fondo è che gli interventi CBT e IPT eliminano *binging* e *purging* approssimativamente solo nel 25-30% dei casi, raggiungono miglioramenti senza piena remissione in circa il 45% dei casi, e, infine, uno su quattro tra i pazienti si ritira dal trattamento (Mizes e Christiano, 1995; Wilson, Fairburn e Agras, 1997).

Benché ci sia un protocollo standardizzato per i pazienti con bulimia non ne esiste uno per i pazienti con anoressia (Apple e Agras, 1997). Il trattamento per l'anoressia nervosa si focalizza principalmente sul raggiungimento di obiettivi di acquisizione del peso, con diversi studi che

dimostrano tassi di ricaduta fino al 50% dopo gli interventi di recupero dei chili persi (Mizes, 1995). Con valori di remissione molto bassi, i risultati dei trattamenti CBT per l'anoressia sono più poveri rispetto a quelli per la bulimia (Herzog, Dorer, Keel, Selwyn, Ekeblad, Flores, et al. 1999).

Possiamo quindi dire che gli interventi migliori attualmente disponibili spesso falliscono al follow-up, dimostrando alti tassi di ricaduta, senza spesso riuscire a produrre un cambiamento clinicamente significativo (Woods e Kanter, 2016). Si ipotizza che uno dei problemi principali con gli interventi tradizionali sia dovuto all'importanza eccessiva attribuita al ristabilire un'alimentazione normale come primo obiettivo al trattamento, mentre, al contempo, non ci si orienta a sufficienza verso le funzioni delle diverse forme restrittive e anomale del comportamento alimentare (Woods e Kanter, 2016).

A fronte di ciò nel 2011 vengono valutati (Carter, Jordan, McIntosh, Luty, McKenzie, Frampton, et al. 2011) gli effetti a lungo termine di tre differenti psicoterapie: Cognitivo-Comportamentale (CBT), Psicoterapia Interpersonale⁶ (IPT) e Gestione Clinica Specialistica di Supporto⁷ (Specialist Supportive Clinical Management). I risultati mostrano che i partecipanti

⁶ La *psicoterapia interpersonale* (IPT) differisce da altri approcci psicodinamici in quanto è a tempo limitato, si focalizza sulle relazioni presenti del paziente più che su quelle passate, e infine riconosce, ma non si focalizza sui meccanismi di difesa intrapsichici e sui conflitti interni. Scopo della psicoterapia interpersonale è quindi quello di identificare e cambiare il contesto personale maladattivo nel quale i problemi psichici del paziente si sono sviluppati (Wilfley, Welch, Stein, Spurrell, Cohen, Saelens, et al., 2002).

⁷ La *Gestione Clinica Specialistica di Supporto* (SSCM) è una psicoterapia con un promettente potenziale per il trattamento dell'anoressia nervosa. SSCM ha due componenti distinte: la gestione clinica, che comporta

randomizzati CBT hanno avuto un decorso più stabile. Al post-trattamento, i pazienti randomizzati CBT avevano una valutazione intermedia del risultato globale non significativamente diversa da SSCM o IPT e sono migliorati nel follow-up a lungo termine. Studi che hanno coinvolto partecipanti con bulimia nervosa hanno scoperto che IPT è più lenta a produrre miglioramenti su alcune misure rispetto a CBT. Nella meta-analisi del 2011, i pazienti che hanno ricevuto IPT hanno evidenziato miglioramenti a un ritmo più lento di quelli che hanno ricevuto SSCM, ma non a un tasso significativamente più lento di quelli con CBT. È possibile che approcci come IPT e CBT forniscano strategie che possano generalizzare meglio i fattori di stress della vita in un contesto di lungo termine, mentre SSCM si concentri più sull'immediato ripristino del peso e sui problemi attuali che il paziente sceglie di affrontare (Carter, Jordan, McIntosh, Luty, McKenzie, Frampton, et al. 2011).

A oggi è possibile confermare che la terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) e la Psicoterapia Interpersonale (IPT) restano gli approcci più fondati per il trattamento dei disturbi alimentari (Woods e Kanter, 2016). Come è stato evidenziato precedentemente, la CBT utilizza tecniche come automonitoraggio, esposizione e ristrutturazione cognitiva. L'IPT, invece, non mira direttamente ai comportamenti alimentari disturbati, ma si focalizza sull'identificazione e il miglioramento dei problemi interpersonali. Nel 1997 Garner e Needleman hanno osservato che individui con bulimia rispondevano in maniera più veloce alla CBT rispetto all'IPT,

l'alleviamento dei sintomi dell'anoressia nervosa, in particolare l'aumento di peso tramite la ripresa dell'alimentazione, e un approccio di sostegno ai problemi identificati dal paziente come importanti (McIntosh, Jordan, Luty, Carter, McKenzie, Bulik, et al., 2015).

nonostante entrambi gli interventi fossero risultati ugualmente efficaci al follow-up. Gli autori prediligono come intervento standard iniziale la CBT in quanto funziona in modo significativamente più veloce rispetto all'IPT (Woods e Kanter, 2016).

3.3.1 CT e ACT, ABT e SBT

Nel capitolo 2 abbiamo ripercorso la storia delle tre generazioni della psicoterapia. Vediamo ora il confronto fra la terapia CT, facente parte della seconda generazione, e il trattamento ACT facente parte della terza.

Lo studio del 2010 condotto da Juarascio, Forman e Herbert ha confrontato la Terapia Cognitivo Comportamentale standard (CBT) con la Terapia di Accettazione e Impegno (ACT; Hayes, 2004) nel contesto dei disturbi alimentari. Lo studio ha valutato un campione di studenti post-diploma di maturità che hanno preso parte ad uno studio più ampio sull'efficacia relativa di ACT e CT; i soggetti consenzienti sono stati randomizzati e assegnati alla condizione di trattamento CT o ACT.

Anche se le due terapie hanno condiviso una grande quantità di fattori non specifici e impiegato tecniche comportamentali simili, alcuni aspetti erano considerati unici per una sola condizione. Ad esempio, negli aspetti centrali della condizione CT erano considerati come focus di discussione i pensieri automatici, le credenze fondamentali e gli schemi; l'identificazione delle distorsioni cognitive e la ristrutturazione cognitiva (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans e Geller, 2007). Aspetti principali della condizione ACT, incluse discussioni sull'accettazione esperienziale e sulla volontà, erano l'addestramento alla consapevolezza, il chiarimento dei valori, la tolleranza al disagio e le differenze tra dolore "pulito" e "sporco". I risultati indicano una leggera diminuzione della patologia alimentare nel tempo per il gruppo CT, ma una diminuzione significativamente più marcata della patologia alimentare tra baseline e post-

trattamento nel gruppo ACT. Questi risultati, in combinazione con i calcoli della dimensione dell'effetto, suggeriscono che la CT abbia avuto solo un effetto relativamente modesto sulla patologia alimentare, mentre l'ACT abbia avuto una diminuzione della patologia alimentare molto più grande. È emersa, inoltre, un'evidenza più debole sul fatto che l'ACT fosse più efficace rispetto alla CT nell'aumentare il funzionamento globale, valutato dal medico tra i pazienti con patologia alimentare. Questi risultati suggeriscono che l'ACT sia un trattamento utile per l'alimentazione disordinata e potenzialmente, per i disturbi. Questo studio rafforza studi precedenti, i quali hanno suggerito che le strategie di base ACT, cioè, crescente accettazione, consapevolezza, disponibilità e tolleranza al disagio, siano modalità maggiormente utili per promuovere il cambiamento in una popolazione con questa patologia (Baer, Fischer e Huss, 2005; Kristeller, Baer e Quillian-Wolever, 2006). Sebbene la ricerca futura sia estremamente necessaria, questi risultati suggeriscono che una versione CBT basata sull'accettazione potrebbe essere un efficace trattamento per le persone con patologia alimentare. Un altro motivo per cui l'ACT potrebbe essere stato particolarmente efficace è che più esplicitamente affronta le questioni motivazionali comunemente associate alla patologia alimentare. Un modo in cui l'ACT può aumentare la motivazione dei pazienti a impegnarsi nel trattamento è chiarire obiettivi e valori ad esso legati, e oscurati dal disturbo alimentare (Juarascio, Forman e Herbert, 2010). Aiutando i pazienti a capire meglio, l'ACT può facilitare il desiderio di cambiamento e in ultima analisi portare i pazienti a diventare meno resistenti al trattamento. Dato che molti pazienti con patologia alimentare hanno scarso interesse per il cambiamento, non sorprende che questi individui siano notoriamente resistenti al trattamento. Sebbene questi risultati siano promettenti, sono necessarie indagini future per determinare le specifiche componenti del trattamento (ad esempio, aumento della motivazione, chiarimento dei valori) responsabili degli effetti terapeutici. Sebbene la CBT tradizionale sia attualmente lo

standard attuale di trattamento per i disturbi alimentari, oltre la metà degli individui con bulimia soffre ancora di episodi bulimici e purganti dopo il trattamento, e la sua efficacia non è stata ben stabilita tra i pazienti con anoressia (Juarascio, Forman e Herbert, 2010).

Recentemente è stato condotto uno studio (Forman, Butryn, Manasse, Crosby, Goldstein e Wyckoff, 2016) in cui partecipanti, randomizzati, con l'Acceptance-Based⁸ (ABT), della durata di 12 mesi, hanno dimostrato una perdita di peso significativamente maggiore rispetto a quelli che hanno ricevuto il trattamento comportamentale standard⁹ (SBT). In particolare, la perdita di peso dei soggetti SBT era del 9,8%, mentre la perdita di peso nei partecipanti ABT era del 13,3%, che rappresenta un miglioramento clinicamente significativo del 36%. Inoltre, la probabilità di mantenere una perdita di peso del 10% a 12 mesi era di un terzo maggiore per ABT, cioè 64% contro 49% per SBT. Questi risultati sono coerenti con un ampio *corpus* di letteratura che dimostra come ABT possa produrre perdite di peso clinicamente significative. Questo studio offre preliminari evidenze che i risultati del controllo del peso possano essere migliorati erogando trattamenti comportamentali legati all'accettazione del disagio, al chiarimento dei valori personali e alle decisioni consapevoli (Forman, Butryn, Manasse,

⁸ Gli interventi comportamentali basati sull'accettazione fanno riferimento all'acquisizione di abilità di autoregolamentazione, alla capacità di tollerare stati interni scomodi e all'impegno comportamentale verso valori chiaramente definiti (Forman, Butryn, Manasse, Crosby, Goldstein, Wyckoff, et al., 2016).

⁹ Il trattamento comportamentale standard fa riferimento al modello cognitivo-comportamentale, il quale indica che la modifica del contenuto dei propri pensieri può produrre un cambiamento comportamentale, ristrutturazione cognitiva, costruire l'auto-efficacia e la stima positiva.

Crosby, Goldstein, Wyckoff, et al. 2016). I risultati sostengono che i partecipanti siano maggiormente in grado di adottare e mantenere cambiamenti nei comportamenti di controllo del peso (come raggiungere un obiettivo calorico giornaliero) se imparano specifiche abilità di autoregolamentazione facenti parte dell'approccio ABT. Questo è uno dei primi trial clinici randomizzati che dimostra che l'ABT per l'obesità ha prodotto maggiori perdite di peso rispetto alla forma standard e tradizionale del trattamento comportamentale (Forman, Butryn, Manasse, Crosby, Goldstein, Wyckoff, et al. 2016).

3.4 ACT e CBT applicati ad altri disturbi

Benché nell'ultimo decennio siano stati condotti molti studi che hanno mostrato l'efficacia dell'ACT per il trattamento di una vasta area di problemi psicologici, il dibattito riguardo le prove empiriche e su ciò che lo differenzia dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale rimane ancora controverso e aperto (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006; Ruiz, 2010).

Due studi randomizzati controllati hanno confrontato l'efficacia dell'ACT versus la Terapia Cognitivo-Comportamentale nel trattamento di sintomi relativi alla depressione e/o all'ansia.

Il primo studio condotto nel 2007 da Lappalainen e colleghi, ha messo a confronto 10 sedute individuali di ACT e di Terapia Cognitivo-Comportamentale (N = 28). I partecipanti trattati con l'ACT mostravano un miglioramento dei sintomi, misurati tramite il Global Severity Index della Symptom Check List-90 (Derogatis, 1983), maggiore rispetto ai pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale, sia nel post-trattamento che nel follow-up a 6 mesi (Lappalainen, Lehtonen, Skarp, Taubert, Ojanen e Hayes, 2007). Il miglioramento sintomatologico ottenuto con l'ACT correlava con la diminuzione dell'evitamento esperienziale in maniera più consistente rispetto a quello ottenuto con la Terapia Cognitivo-Comportamentale. Il secondo studio presieduto da Forman Shaw, Goetter, Herbert, Park e Yuen

(2012), ha valutato l'efficacia a lungo termine dell'ACT e della Terapia Cognitivo-Comportamentale in un campione di pazienti con disturbi depressivi e ansiosi (N = 132), trattati con una media di 17 sedute individuali. I due trattamenti risultavano efficaci in maniera equivalente nella riduzione dei sintomi depressivi e ansiosi e nel miglioramento del funzionamento globale e della qualità della vita al post-trattamento. I cambiamenti prodotti dall'ACT correlavano con una diminuzione dell'evitamento esperienziale e con un aumento dell'accettazione, mentre i cambiamenti ottenuti con la Terapia Cognitivo-Comportamentale correlavano con un aumento delle capacità di osservazione e di descrizione, misurati attraverso il Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (Baer, Smith e Allen, 2004). Tuttavia, i miglioramenti valutati nel follow-up a 18 mesi erano mantenuti in misura maggiore nei pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale rispetto a quelli trattati con l'ACT, soprattutto per quanto riguarda i sintomi depressivi e il funzionamento generale.

Uno studio di mediazione condotto successivamente dallo stesso gruppo di ricerca (Forman Shaw, Goetter, Herbert, Park e Yuen, 2012) valutando i dati raccolti seduta per seduta, ha mostrato che un aumento nell'utilizzo delle strategie di cambiamento dei pensieri e delle emozioni (ad esempio, *disputing* e ristrutturazione dei pensieri disfunzionali) era un mediatore del miglioramento sintomatologico nei pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale, mentre un aumento nelle strategie di accettazione (e.g. accettazione dei pensieri e delle emozioni) mediava il miglioramento nei pazienti trattati con l'ACT, suggerendo che i due trattamenti producono cambiamenti terapeutici attraverso processi diversi. Tuttavia, una diminuzione dei pensieri disfunzionali, un aumento della capacità di vedere i pensieri come processi mentali e non come verità assoluta (ovvero la defusione cognitiva) e un incremento nell'impegnarsi in azioni e comportamenti diretti al raggiungimento di un obiettivo (nonostante

la presenza di pensieri ed emozioni negative) mediavano la riduzione sintomatologica in entrambi i trattamenti.

Twohig, Hayes, Plumb, Pruitt, Collins, Hazlett-Stevens, et al. nel 2010, hanno confrontato, tramite la conduzione di uno studio controllato randomizzato, otto sedute individuali di Acceptance and Commitment Therapy con altrettante sedute di rilassamento progressivo in un campione di 79 pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo. L'Acceptance and Commitment Therapy ha prodotto una maggiore riduzione della gravità del disturbo ossessivo-compulsivo (outcome primario), misurata tramite la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann e Hill, 1989), nel post-trattamento e nel follow-up a 3 mesi rispetto al training di rilassamento progressivo.

Nel 2012 Arch e colleghi hanno condotto uno studio randomizzato controllato confrontando 12 sedute di Acceptance and Commitment Therapy con altrettante sedute di Terapia Cognitivo-Comportamentale, in un campione di pazienti affetti da diversi disturbi d'ansia (N = 128). Entrambi i trattamenti hanno prodotto miglioramenti nelle variabili di outcome nel post-trattamento, senza differenze statisticamente significative tra i due. Tuttavia, nel follow-up a 12 mesi l'Acceptance and Commitment Therapy ha consentito un miglioramento più ampio nella gravità dei sintomi rispetto alla Terapia Cognitivo-Comportamentale e i pazienti trattati con questo metodo mostravano livelli più bassi di evitamento esperienziale, mentre i pazienti trattati con Terapia Cognitivo-Comportamentale evidenziavano una migliore qualità della vita (Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose e Craske, 2012).

Gli stessi autori, in uno studio successivo (Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose e Craske, 2012), hanno condotto delle analisi di mediazione per valutare la relazione tra i cambiamenti

seduta per seduta nella sensibilità all'ansia¹⁰, nella defusione cognitiva e nelle misure di outcome nel post-trattamento. Tutti e due i mediatori (sensibilità all'ansia e defusione cognitiva) cambiavano significativamente in entrambi i trattamenti, tuttavia l'ACT produceva miglioramenti più elevati nella defusione cognitiva rispetto alla Terapia Cognitivo-Comportamentale, mentre la sensibilità all'ansia risultava ridotta in egual modo in entrambe le condizioni di trattamento. La defusione cognitiva mediava significativamente la riduzione del rimuginio, dell'evitamento, della depressione e l'aumento della qualità della vita in entrambi i trattamenti. La sensibilità all'ansia aveva un ruolo di mediazione solo nella riduzione del rimuginio in entrambi i trattamenti. Un risultato interessante è che la defusione cognitiva prediceva più fortemente la riduzione del rimuginio nella Terapia Cognitivo-Comportamentale rispetto all'ACT, suggerendo che, anche se la defusione cognitiva non è un elemento esplicitamente discusso nel modello cognitivo-comportamentale, questo processo sembra comunque verificarsi ed essere responsabile dei cambiamenti prodotti dalla Terapia Cognitivo-Comportamentale in egual misura o a un livello maggiore che nell'ACT. Complessivamente, i risultati dello studio mostrano che l'ACT e la Terapia Cognitivo-Comportamentale sembrano funzionare tramite simili processi di mediazione.

Un anno più tardi, nel 2013, Bluett, Homan, Morrison, Levin e Twohig, hanno messo a confronto una singola seduta di Acceptance and Commitment Therapy con una singola seduta di esposizione nel trattamento delle ossessioni (N = 56). In questo caso non sono state rilevate differenze significative tra i due trattamenti nella riduzione dei sintomi ossessivi a distanza di

¹⁰ Con il termine sensibilità all'ansia si indica una predisposizione ad essere più "sensibili" all'ansia, cioè più spaventati, timorosi, reattivi ai sintomi innescati e associati a questa emozione (Taylor, 2014).

una settimana. Il cambiamento nelle credenze disfunzionali è risultato predire la riduzione delle ossessioni in entrambe le tipologie di trattamento.

Nel 2014 Crask e colleghi hanno confrontato 12 sedute individuali di Terapia Cognitivo-Comportamentale e di Acceptance and Commitment Therapy in un campione di pazienti (N = 87) con diagnosi di fobia sociale, mostrando l'assenza di differenze significative nell'outcome (riduzione dei sintomi) tra i due tipi di trattamento, sia a breve termine sia nel follow-up a 1 anno (Craske, Niles, Burklund, Wolitzky-Taylor, Vilardaga, Arch et al. 2014).

Recentemente, nel 2016, è stata condotta una meta-analisi relativa a ricerche volte ad indagare la maggiore efficacia di un approccio sia in relazione a specifici disturbi sia in termini generali, rivolgendo l'attenzione anche allo studio dei processi di cambiamento coinvolti nei due trattamenti (Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren e Ghaderi, 2016).

Dai risultati degli studi valutati all'interno della presente review non emergono differenze rilevanti tra il trattamento cognitivo-comportamentale e l'ACT in termini di efficacia di esito a breve termine, misurata attraverso la riduzione sintomatologica e il miglioramento del funzionamento globale. Tale risultato è trasversale a tutti i disturbi considerati. Tuttavia, si rilevano preliminari evidenze che associano all'ACT il miglioramento di alcuni sintomi specifici, come il rimuginio e l'evitamento esperienziale. Alcune differenze sembrano emergere nella valutazione a lungo termine (12 e 18 mesi): l'ACT risulterebbe più efficace nel mantenimento della risoluzione dei sintomi ansiosi, mentre la Terapia Cognitivo-Comportamentale produrrebbe un maggiore miglioramento a lungo termine dei sintomi depressivi e della qualità della vita. Tuttavia, poiché solo due studi hanno analizzato questo aspetto, è difficile trarre conclusioni certe: ulteriori studi dovrebbero essere condotti per effettuare il confronto dell'efficacia a lungo termine di questi due trattamenti.

Più controversi appaiono i risultati relativi all'efficacia di processo e ai mediatori di efficacia dei due trattamenti. Sebbene alcuni studi evidenzino che i due trattamenti producono cambiamenti terapeutici attraverso processi diversi e, nello specifico, la modifica di pensieri disfunzionali per la Terapia Cognitivo-Comportamentale e l'accettazione dei pensieri e delle emozioni nell'ACT, altri rilevano processi di mediazione simili. In tal senso, un ruolo centrale sembra essere svolto dalla defusione cognitiva, processo caratterizzante dell'ACT, che tuttavia sembra essere responsabile del miglioramento sintomatologico (configurandosi, quindi, come variabile mediazionale) anche nel trattamento cognitivo-comportamentale.

Occorre sottolineare alcuni limiti della presente review, tra cui il numero relativamente esiguo di studi considerati. Inoltre va evidenziato che campioni piccoli e centrati solo su alcuni disturbi limitano la generalizzabilità dei risultati. Ulteriori studi sono necessari soprattutto sull'efficacia di processo per poter delineare le implicazioni cliniche (ad esempio, Arch, Eifert, Davies, Vilardaga, Rose e Craske, 2012; Forman Shaw, Goetter, Herbert, Park e Yuen, 2012).

Nonostante i limiti precedentemente descritti, è possibile trovare negli studi presi in considerazione degli interessanti spunti di riflessione e di discussione rispetto all'ipotesi che meccanismi simili siano alla base dei due modelli. L'ACT concettualizza la psicopatologia, utilizzando un linguaggio della Terapia Cognitivo-Comportamentale, nei pattern di risposta alla sofferenza psicologica che il soggetto mette in atto. Ecco quindi che trova senso e significato, all'interno del modello cognitivo-comportamentale, la distinzione del concetto di dolore che Dionne, Blais, e Monestes (2013), utilizzano per descrivere la psicopatologia nell'ACT. Viene distinto un "dolore pulito" quello normalmente associato a un'esperienza negativa, da un "dolore sporco", che si riferisce alla sofferenza associata allo sforzo della mente per combattere ed eliminare una normale reazione emotiva spiacevole.

Da terapie centrate su aspetti concettuali come la CBT si passa a interventi meditativi ed esperienziali di terza generazione, ovvero focalizzati sulla regolazione emotiva e non sui significati che hanno attivato quella determinata emozione.

Ulteriori studi sono necessari per capire rispetto a quali problematiche e a quali circostanze proporre la tecnica di intervento più efficace per la persona che abbiamo di fronte.

3.5 CBT-E

In questi ultimi anni, alcuni autori, come ad esempio Dalle Grave (2015), hanno portato avanti un'idea di trattamento dei disturbi dell'alimentazione abbastanza differente dalla CBT standard. Benché la Terapia Cognitivo-Comportamentale per la bulimia nervosa (CBT-BN) fosse diventata, successivamente alla sua evoluzione, l'intervento d'elezione per i pazienti affetti da questo disturbo, essa, secondo l'autore, presentava tassi di remissione non ancora soddisfacenti ed era applicata soltanto agli adulti, che rappresentano una minoranza tra i pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione. Per questo motivo, gli autori hanno pensato a una modifica per migliorarne l'efficacia, ma soprattutto per poterla applicare a tutte le categorie di disturbi dell'alimentazione. Questo successivo passo avanti nella terapia ha portato alla costruzione della CBT-E, dove "E" sta per Enhanced, cioè "migliorata".

Nel 2013 Dalle Grave e colleghi hanno condotto uno studio sottoponendo i pazienti alla terapia cognitivo-comportamentale "potenziata" (CBT-E). Sono stati reclutati due campioni di pazienti, uno dal Regno Unito e l'altro dall'Italia.

I pazienti erano novantanove adulti con anoressia nervosa: ciascuno è stato sottoposto a 40 sessioni di CBT-E, per oltre 40 settimane, senza nessun trattamento concomitante (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer e Dalle Grave, 2013). Lo scopo di questo studio era ottenere dati affidabili sul risultato dopo un nuovo trattamento ambulatoriale per l'anoressia nervosa,

una condizione notoriamente resistente al trattamento quando presente negli adulti (Attia e Walsh, 2009).

La CBT-E è un trattamento suddiviso in fasi. Con pazienti sottopeso se ne possono indicare tre: nella prima, l'accento è posto sull'aumento della motivazione al cambiamento nei pazienti. Successivamente, se sono disponibili, i pazienti vengono aiutati a riconquistare peso, mentre allo stesso tempo affrontano il loro disturbo alimentare, insieme alle loro preoccupazioni estreme sulla forma corporea. Nella fase finale, l'accento è posto sull'aiutarli a sviluppare strategie personalizzate per l'identificazione e l'immediata correzione di eventuali battute d'arresto (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer e Dalle Grave, 2013).

Il trattamento nel campione del Regno Unito ha coinvolto sette terapeuti di cui cinque erano psicologi clinici e due erano specialisti del settore psichiatrico. Il sito Italiano aveva quattro terapeuti, tutti e quattro psicologi clinici. Tutti i terapeuti hanno ricevuto sei mesi di formazione iniziale.

I pazienti invece al momento del reclutamento avevano tutti un indice di massa corporea (IMC) di 17.5 o inferiore (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer e Dalle Grave, 2013).

Il 64% dei pazienti è stato in grado di completare questo trattamento ambulatoriale e in questi pazienti c'è stato un sostanziale aumento di peso; anche le caratteristiche del disturbo alimentare sono notevolmente migliorate. Oltre il periodo di follow-up di 60 settimane c'è stato un lieve peggioramento, nonostante un trattamento aggiuntivo minimo. Questi risultati forniscono un forte supporto preliminare per questo uso di CBT-E e giustificano la sua ulteriore valutazione in modo randomizzato nelle prove controllate (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer e Dalle Grave, 2013).

Questo studio aveva alcuni punti di forza. Innanzitutto, il reclutamento di due campioni paralleli, entrambi grandi per gli studi sul trattamento di anoressia nervosa, ha permesso di

determinare se i risultati possano essere robusti. Inoltre, diversamente da molti altri studi, il trattamento CBT-E era l'unico trattamento psicologico somministrato. Da ultimo, i pazienti sono stati seguiti per oltre un anno dopo aver completato la CBT-E, il periodo in cui è più probabile che si verifichi una recidiva (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer e Dalle Grave, 2013). Dati i suoi obiettivi specifici, lo studio presentava tre limiti principali: i risultati non possono essere generalizzati ai pazienti con un BMI inferiore a 15,0 o superiore a 17,5; inoltre, un periodo più lungo di follow-up sarebbe stato auspicabile per determinare la stabilità delle modifiche a lungo termine. Più studi multi-sito, condotti quindi in sedi differenti, sarebbero necessari per confermare che gli effetti di CBT-E siano replicabili. L'altra principale limitazione è che la CBT-E non è stata confrontata con un altro trattamento: non è quindi possibile trarre conclusioni per quanto riguarda l'efficacia di CBT-E rispetto ad altri approcci (Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer e Dalle Grave, 2013).

Per quanto riguarda le critiche, i sostenitori della CBT di terza generazione ritengono che la CBT-E abbia un difetto, il quale ne limita l'efficacia nel tempo: il numero dei pazienti che hanno ricadute dopo il trattamento è molto elevato (Hayes, 2016). Questo si verificherebbe perché la teoria e il trattamento prendono in considerazione la "superficie" del disturbo, tralasciando il contesto in cui si è sviluppato e la storia delle fragilità del soggetto. L'approccio della terapia comportamentale di terza generazione vuole correggere tali errori, prendendo in esame tutti gli aspetti ambientali e soggettivi che originano e mantengono il problema, e ciò viene fatto proprio evitando di focalizzare l'attenzione, soprattutto quella del cliente, sulla condotta alimentare disfunzionale (Hayes, 2016).

3.6 CBT e ACT disturbi alimentari

Tra i pazienti adulti affetti da bulimia nervosa, la CBT produce grandi riduzioni nel BED, nel *purging* e in altri comportamenti compensatori (Fairburn, Bailey-Straebl, Basden, Doll, Jones, Murphy, et al. 2008). La CBT non solo produce rapidi cambiamenti nei modelli alimentari dei pazienti bulimici, ma questi cambiamenti tendono anche ad essere ben mantenuti nel tempo (Fairburn, Bailey-Straebl, Basden, Doll, Jones, Murphy, et al. 2008).

Nonostante l'evidenza che la CBT sia un trattamento efficace per la bulimia nervosa, un ampio sottogruppo (30% -50%) dei pazienti rimane sintomatico abbastanza da degradare la qualità della vita (Wilson e Shafran, 2005). Nel caso degli adulti con anoressia nervosa, la CBT sembra avere poca efficacia, sebbene siano necessari ulteriori studi conclusivi (McIntosh, Jordan, Carter, Luty, McKenzie, Bulik et al., 2005). Pertanto, sebbene sia stato dimostrato che la CBT determini riduzioni statisticamente significative della patologia alimentare, in particolare per chi soffre di bulimia nervosa, un numero considerevole di pazienti con disturbi alimentari non beneficia degli attuali trattamenti.

Una possibile spiegazione riguardo la limitata efficacia della CBT nei disordini alimentari fa riferimento alla mancanza di motivazione per il trattamento (Butler, Chapman, Forman e Beck, 2006). Poiché i disordini alimentari sono altamente ego-sintonici, i pazienti possono essere riluttanti a intraprendere un trattamento con un programma diretto per modificare i pensieri alimentari disordinati e potrebbero non essere disposti a fare i cambiamenti comportamentali suggeriti (normalizzazione del mangiare, riduzione della dieta, ecc.). Invece, può essere utile per i pazienti imparare come cambiare la loro "relazione" con i pensieri alimentari disordinati e sollecitare, cioè, imparare ad accettare la presenza di pensieri e sentimenti angoscianti senza usare queste esperienze momentanee come guida per il comportamento.

Diverse meta-analisi hanno rilevato che l'ACT è costantemente migliore delle condizioni di controllo e almeno altrettanto efficace delle terapie stabilite come CBT o BT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006; Powers, Zum Vörde Sive Vörding, e Emmelkamp, 2009). Tuttavia, l'efficacia di ACT nel trattamento dei disturbi alimentari rimane sottostimata.

Un crescente corpo di ricerca suggerisce che costrutti fondamentali come l'evitamento esperienziale, la consapevolezza e la chiarificazione dei valori siano fondamentali per lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi alimentari. L'elusione esperienziale ha dimostrato di essere particolarmente elevata nelle popolazioni con disturbi alimentari (Cockell, Geller e Linden, 2002), e sembra che i sintomi del disturbo alimentare spesso funzionino come un modo per aiutare il paziente a evitare esperienze interne sgradevoli (Hayes e Pankey, 2002). Gli individui con disturbi dell'alimentazione diventano iperfocalizzati sul loro corpo e sull'assunzione di cibo come mezzo per evitare sentimenti di rifiuto, imperfezione, fallimento, vulnerabilità e intimità (Hayes e Pankey, 2002; Paxton e Diggins, 1997). Anche i pazienti con disturbi alimentari tendono a essere meno consapevoli delle loro emozioni rispetto agli individui sani, il che potrebbe rendere più difficile per questi pazienti disinnescarsi da queste esperienze interne (Merwin, 2011; Merwin, Zucker, Lacy e Elliot, 2010). Poiché si dà molta attenzione al peso, alla forma e al comportamento alimentare, altre aree della vita perdono priorità e conseguentemente anche l'impegno diminuisce. Aiutare i pazienti a chiarire e intraprendere azioni impegnative verso domini di valore al di fuori del loro peso e della loro forma può favorire la motivazione a impegnarsi in una terapia e incoraggiare i pazienti a riprendersi con aree della vita che vanno oltre la guida per la magrezza.

Diversi piccoli studi pilota hanno dimostrato la promessa di interventi CBT basati sull'accettazione come la Terapia Comportamentale Dialettica (Safer, Telch e Chen, 2009), la Terapia Cognitiva Basata sulla Consapevolezza (Kristeller, Baer e Quillian-Wolever, 2006),

nel trattamento del Binge Eating e della Bulimia Nervosa. Inoltre, i pazienti con patologia sottosoglia sottoposti ad ACT hanno mostrato maggiori riduzioni nella patologia alimentare rispetto a quelli trattati con CBT tradizionale (Juarascio, Forman e Herbert, 2010). Tuttavia, nonostante questi risultati positivi, gli unici dati disponibili per ACT come trattamento per i disturbi alimentari sono studi di casi (Berman, Boutelle e Crow, 2009) e un trattamento familiare modificato (Merwin, Zucker e Timko, 2012).

Nel 2013, Juarascio e colleghi, hanno esaminato l'efficacia di un trattamento di gruppo basato sull'ACT per i disturbi alimentari, confrontandolo con un gruppo di pazienti con il Trattamento Standard (Treatment As Usual: TAU; Juarascio, Shaw, Forman, Timko, Herbert, Butryn, et al., 2013). I pazienti TAU hanno ricevuto un trattamento residenziale intensivo, mentre i pazienti ACT hanno ricevuto gli stessi servizi e in aggiunta hanno frequentato, a seconda della diagnosi, gruppi ACT per anoressia nervosa o gruppi ACT per bulimia nervosa. Sebbene i pazienti, in entrambe le condizioni di trattamento, abbiano dimostrato forti diminuzioni nella patologia alimentare, ci sono state maggiori diminuzioni tra quelli che hanno ricevuto l'ACT. I pazienti ACT hanno anche mostrato tassi più bassi di riospedalizzazione durante i successivi alla dimissione. Nel complesso, i risultati suggeriscono che l'ACT è un'opzione di trattamento praticabile per le persone con patologia alimentare (Juarascio, Shaw, Forman, Timko, Herbert, Butryn, et al., 2013).

Due anni più tardi, nel 2015, Hill, Masuda, Melcher, Morgan e Twohig, riferiscono i risultati di due donne adulte con BED che volontariamente hanno partecipato a 10 sessioni settimanali di ACT. Il binge eating è stato controllato quotidianamente prima e durante il trattamento. La frequenza media di abbuffata settimanale per entrambe le partecipanti è diminuita nel post-trattamento, e la riduzione si è mantenuta e rimasta al follow-up (Hill, Masuda, Melcher, Morgan e Twohig, 2015). Un partecipante non ha più soddisfatto i criteri per il BED nel post

trattamento, l'altra è rimasta sintomatica al post-trattamento e al follow-up, anche se vi era una riduzione del binge eating nella frequenza e nella quantità di cibo consumato durante un'abbuffata. In entrambe è stato osservato un aumento della flessibilità dell'immagine corporea che corrispondeva ad una riduzione del disturbo. Per quanto riguarda gli esercizi esperienziali, entrambe hanno riferito che gli esercizi sono stati utili per imparare come relazionarsi con esperienze interne negative in modo più adattivo, e hanno anche suggerito che avrebbero voluto impegnarsi di più in questi tipi di esercizi.

Questo studio si aggiunge alla crescente area di ricerca che suggerisce che l'uso delle terapie di consapevolezza e accettazione possa essere particolarmente utile per le preoccupazioni causate dai disturbi alimentari (Baer, Fischer e Huss, 2005; Juarascio, Forman e Herbert; Kristeller, Wolever e Sheets, 2014). Nello specifico, le strategie dell'ACT possono essere particolarmente utili quando si lavora con persone che soffrono di abbuffate perché mirano a un maggior funzionamento mentre promuovono alternative per relazionarsi ai problemi interni (Hill, Masuda, Melcher, Morgan e Twohig, 2015).

Come l'ACT, anche la mindfulness e l'accettazione possono essere interventi di beneficio per il BED, anche se in questi campi sono necessarie ulteriori ricerche (Masuda e Hill, 2013).

3.7 ACT, fame emozionale e immagine corporea

Oltre ai classici disturbi alimentari, l'ACT può essere applicato anche ad un'altra problematica relativa al mangiare: la **fame emozionale** o mangiare emotivo. Come accennato a pagina 75, la fame emozionale ha come base l'ansia. Le motivazioni possono essere molteplici: preoccupazioni, insoddisfazione, solitudine, noia, rabbia. Le situazioni di disagio possono generare attacchi di fame che possono durare pochi minuti o, in alcuni casi, ore; in questo modo

si viene a creare un circolo vizioso che tende a mantenersi (Hill, Masuda, Melcher, Morgan e Twohig, 2015).

Hill, Masuda, Moore e Twohig nel 2015, conducono uno studio in cui presentano i risultati di due adulti con disturbi emotivi problematici che hanno partecipato volontariamente a 10 sessioni settimanali di terapia ACT. Il consumo emotivo è stato monitorato quotidianamente prima e durante il corso del trattamento. Il numero medio di episodi di consumo emotivo riportato settimanalmente tra i partecipanti al pre-trattamento era nove, che è diminuito di uno alla settimana al post-trattamento, ed era due alla settimana al follow-up. Entrambi i partecipanti hanno anche mostrato miglioramenti nella flessibilità dell'immagine corporea e questi miglioramenti sono stati mantenuti a 3 mesi di follow-up.

I laboratori ACT hanno migliorato la flessibilità dell'immagine corporea, hanno ridotto la patologia alimentare tra donne con insoddisfazione del proprio corpo (Pearson, Follette e Hayes, 2012) e hanno ridotto gli episodi di abbuffata migliorando la qualità della vita tra gli adulti con obesità (Lillis, Hayes e Levin, 2011). Le diminuzioni nel binge eating sono state mediate da cambiamenti nell'inflessibilità psicologica (Lillis, Hayes e Levin, 2011). Il trattamento ACT ha avuto successo anche in un contesto di trattamento residenziale per individui con diagnosi di AN e BN; i partecipanti nel gruppo ACT hanno mostrato maggiori diminuzioni nella patologia alimentare e tassi più bassi di ospedalizzazione a 6 mesi.

La prova dell'ACT come trattamento della patologia alimentare sta crescendo ma è ancora limitata, tuttavia anche misurando ripetutamente le variabili lungo tutto il corso del trattamento, come la flessibilità dell'immagine corporea, si possono ottenere informazioni su come i meccanismi di cambiamento ipotizzati corrispondano ai cambiamenti nel comportamento problema e portare ad una comprensione maggiore del disturbo (Hill, Masuda, Moore e Twohig, 2015).

Inoltre, medici, studenti e ricercatori dovrebbero continuare a utilizzare l'ACT con individui provenienti da una varietà di gruppi socioculturali per approfondire ulteriormente la sua utilità in diverse popolazioni. Perché i disturbi alimentari, incluso il mangiare emotivo, sono un problema prevalente tra gli adolescenti e gli adulti, e i trattamenti a breve termine sono importanti. Sebbene i risultati dello studio attuale siano promettenti, sono necessarie ulteriori ricerche (Hill, Masuda, Moore e Twohig, 2015).

Altri autori recentemente (Fogelkvist, Parling, Kjellin e Gustaffson, 2016), hanno suggerito che l'accettazione del disagio migliora la motivazione al cambiamento. Da un punto di vista teorico potremmo ipotizzare che la consapevolezza del momento presente potrebbe ridurre la preoccupazione / fusione con l'immagine dei pensieri del corpo, e che il lavoro sull'azione orientata ai valori potrebbe ridurre la sopravvalutazione del peso e della forma (Fogelkvist, Parling, Kjellin e Gustaffson, 2016). La pratica della consapevolezza potrebbe essere utile nell'aiutare i pazienti a descrivere i loro corpi e quindi a ridurre la percezione del disturbo e le valutazioni negative. Dopo il trattamento, i partecipanti hanno risposto di essere in grado di provare comportamenti precedentemente evitati e prendere provvedimenti verso i loro valori. Hanno riferito di aver adottato una posizione di sé come contesto, ed erano in grado di essere più in contatto con il momento presente, inoltre sono riusciti a vedere i pensieri come pensieri piuttosto che come verità. Molti di loro hanno descritto di essere insoddisfatti del loro corpo, ma hanno anche sottolineato che non era più il focus attorno a cui ruotava la loro attenzione.

Come è stato citato nello studio del 2016, i programmi CBT per i disturbi dell'alimentazione hanno integrato al loro interno interventi mirati all'immagine corporea come parte del complesso intervento terapeutico. Molti di questi includono psicoeducazione, consapevolezza, esercizi di esposizione, mindfulness e ristrutturazione cognitiva. Recentemente, nel 2017, Pinto-Gouveia e colleghi, hanno messo a punto un programma chiamato BEfree per il disturbo

del BED (Pinto-Gouveia, Carvalho, Palmeira, Castilho, Duarte, Ferreira, et al. 2017). Questo programma ha integrato al suo interno tre componenti: psicoeducazione, mindfulness e compassione. Dai risultati emerge che il programma BEfree è efficace nel ridurre e infine nell'eliminare il disturbo BED, oltre a ridurre la psicopatologia, la depressione, la vergogna e il senso critico verso sé stessi. Si è rilevata anche una diminuzione dell'inflessibilità psicologica verso la propria immagine corporea e della fusione cognitiva della propria immagine corporea; si è notato un miglioramento della qualità della vita correlata all'obesità e la compassione per se stessi quando comparata con un gruppo di controllo. I risultati vengono mantenuti dai 3 ai 6 mesi di follow up. Infine, i partecipanti hanno giudicato come utile il programma BEfree per la gestione degli impulsi e per l'esperienza negativa interna.

Questi approcci basati sulla consapevolezza promuovono la capacità di focalizzarsi sulle esperienze interne, con un atteggiamento non giudicante, auto-accettante, che interrompe modelli condizionati e riduce delle risposte automatiche reattive a effetto negativo (Kabat-Zinn, 2005). In una recente meta-analisi, Godfrey, Gallo e Afari (2015) hanno studiato nove interventi di consapevolezza per BED, con effetti grandi o medi, anche se con elevata eterogeneità tra gli studi.

Una di queste terapie basate sulla consapevolezza è la Terapia Focalizzata sulla Compassione (Kristeller & Wolever, 2010). Viene utilizzata per migliorare il controllo dell'alimentazione e per la riduzione di ansia e sintomi depressivi nei pazienti con BED. Inoltre, la Terapia Focalizzata sulla Compassione (Gilbert e Procter, 2006) è un approccio terapeutico che è stato sviluppato per aiutare le persone con alti livelli di vergogna e autocritica.

Aiutare i pazienti a sviluppare auto-compassione, ma promuovendo la responsabilità di adottare modi più adattivi di far fronte a questi complessi processi emotivi, sembra adatto in modo specifico a ridurre il Binge Eating (Kelly, Vimalakanthan e Miller, 2014). Questi approcci

promuovono la flessibilità psicologica, che sembra essere un meccanismo chiave che opera nella psicopatologia dell'alimentazione (Ferreira, Palmeira, e Trindade, 2014; Hill, Masuda e Lutzman, 2013; Moore, Masuda, Hill e Goodnight, 2014; Trindade e Ferreira, 2014), ovvero nel Binge Eating (Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2014). Sebbene gli approcci citati sopra siano diversi, alcuni autori hanno chiesto la loro integrazione nell'Acceptance and Commitment Therapy e nella Cognitive Behavioral Therapy (Heffner, Sperry, Eifert e Detweiler, 2002).

Nel 2017 è stata condotta una meta-analisi (Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfley e Brennan, 2017), che mirava ad esaminare lo stato empirico delle terapie descritte negli studi precedenti. Sono stati osservati rilevanti miglioramenti dei sintomi da pre a post per tutti i trattamenti di terza generazione, incluse la Dialectical Behavior Therapy (DBT), la Schema Therapy (ST), l'Acceptance and Commitment Therapy e la Terapia Focalizzata sulla Compassione (CFT). I dati finora disponibili suggeriscono che la CBT dovrebbe mantenere il suo status di approccio terapeutico raccomandato per BN e BED e di trattamento principale per AN negli adulti, con IPT (vedi pag. 80) considerata come una forte alternativa sostenuta empiricamente.

Nel contesto dei disturbi alimentari, ci sono pochi trattamenti supportati empiricamente, definibili come trattamenti specifici che mostrano efficacia in studi di ricerca controllati (Chambless e Hollon, 1998). Revisioni sistematiche di alta qualità hanno dimostrato che la CBT è efficace per una serie di disturbi alimentari presentati nel breve e nel lungo termine (ad esempio, Brownley, Berkman, Peat, Lohr, Cullen, Bann et al., 2016).

Ci sono evidenze in cui non si sono riscontrate differenze statisticamente significative tra CBT e IPT follow up a lungo termine (Linardon, Wade, De la Piedad Garcia e Brennan, 2017). Le linee guida cliniche internazionali per i disturbi alimentari ora raccomandano l'uso di

trattamenti psicologici che mostrano un forte sostegno empirico, sebbene alcune raccomandazioni siano anche non basate su prove e probabilmente riflettono le particolarità nei sistemi sanitari (ad es. disponibilità di servizi ambulatoriali, quantità di terapisti formati in un particolare orientamento teorico; Hilbert, Hoek e Schmidt, 2017).

Alcuni autori hanno quindi argomentato che è necessaria una più ampia gamma di trattamenti efficaci per i disturbi alimentari (Lavender, Wonderlich, Peterson, Crosby, Engel, Mitchell et al., 2014). In generale, mentre le terapie comportamentali di terza generazione hanno mantenuto molti degli stessi componenti della CBT facente parte della "seconda onda" (ad es. auto-monitoraggio, esposizione e prevenzione delle risposte), vengono utilizzati anche nuovi metodi e nuove ipotesi per ottenere miglioramenti nel funzionamento psicologico e nel cambiamento clinico (Hayes, 2004).

L'efficacia delle terapie di terza generazione per i disturbi alimentari è molto meno chiara. Sono state effettuate due meta-analisi circa le terapie di terza-onda. Innanzitutto, Lenz, Taylor, Fleming e Serman (2014) hanno valutato l'efficacia della DBT per BED e BN calcolando all'interno dei gruppi le dimensioni dell'effetto per i comportamenti del disturbo alimentare. Un *effect-size* di grandi dimensioni è stato osservato all'interno e tra i gruppi, portando gli autori a concludere che la DBT può essere un trattamento potenzialmente efficace per i disturbi alimentari.

Ad oggi, c'è ancora poca ricerca che esamina l'efficacia di specifiche terapie di terza ondata per persone con disturbi alimentari. Sebbene le terapie di terza ondata siano trattamenti "efficaci" per BN e BED, nessuno di questi soddisfa i criteri per un trattamento con supporto empirico. Ciononostante, ci sono alcune prove che suggeriscono che gli operatori medici stiano cominciando ad applicare sempre più spesso terapie di terza generazione nel trattamento dei disturbi alimentari (Cowdrey e Waller, 2015). Per fornire il miglior servizio possibile ai clienti,

è importante che i medici e i ricercatori lavorino insieme per costruire le prove e testare l'efficacia di questi trattamenti. Lavorare in modo collaborativo è fondamentale per la valutazione dell'efficacia di queste terapie di terza generazione per i disturbi alimentari. Sulla base dei dati disponibili, la CBT mostra il più forte supporto empirico, unitamente all'IPT, che si dimostra un trattamento efficace per alcuni sottogruppi del disturbo alimentare.

LIMITAZIONI E RICERCA FUTURA

Nonostante le diverse prove di efficacia sono necessarie ulteriori ricerche, poiché i dati attuali a supporto dell'ACT, come terapia dei disturbi alimentari, derivano prevalentemente da ambiti clinici. A fronte di ciò si dovrebbe investigare l'efficacia dell'ACT rispetto agli standard di cura correnti. Sarebbe opportuno effettuare ulteriori studi controllati e randomizzati per mostrare gli effetti a breve e lungo termine della terapia, sia con gruppo di controllo che in altre condizioni di cura, ad esempio, la farmacologia e la CBT tradizionale. Oltre a ciò, anche un'analisi componenziale potrebbe essere utile nel determinare i fattori essenziali che rendono l'ACT efficace (Woods e Kanter, 2016). C'è anche il bisogno, ai fini della ricerca, di concentrarsi sull'uso dell'ACT con popolazioni di bambini e adolescenti. Ad oggi, l'attenzione concettuale ed empirica si è focalizzata primariamente sull'applicazione e sul potenziale dell'ACT con varie popolazioni adulte, mentre ancora poco si conosce dell'effettiva applicazione di strategie basate sull'accettazione, con adolescenti, bambini e famiglie. Ciò è particolarmente saliente per gli adolescenti con disturbi dell'alimentazione, in cui questi problemi, spesso, coinvolgono la famiglia e influenzano il suo funzionamento (Rohde, Stice e Marti, 2015). A volte i genitori

tentano di cambiare il comportamento alimentare del figlio innescando un'inutile e intensa battaglia che conduce a un'impasse dove, entrambe le parti in lotta, sono paralizzate nel loro sforzo fallimentare di controllare il comportamento altrui. La ricerca e la clinica futura potrebbero, quindi, concentrarsi sull'adattamento dei protocolli ACT all'età dei pazienti e sul coinvolgimento dei membri della famiglia, oltre che su altri aspetti sistemici. La ricerca con popolazioni adolescenti è particolarmente importante per i disturbi dell'alimentazione, visto il tasso di prevalenza relativamente alto tra le giovani ragazze (Woods e Kanter, 2016).

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la mia famiglia, di cui ne vado fiera e orgogliosa, senza la quale niente sarebbe stato possibile. Grazie per aver investito ancora una volta su di me.

Ringrazio chi ha cercato di tarparmi le ali per avermi dato un motivo in più, ringrazio chi mi ha spinto ad andare oltre, ringrazio le critiche ricevute e quelle che arriveranno.

Ringrazio la Professoressa Annalisa Pelosi per la sua infinita pazienza, per l'aiuto immediato verso i suoi studenti e soprattutto per la dedizione che dimostra nel proprio lavoro.

Ringrazio il Professor Roberto Anchisi per il materiale ricevuto e la sua disponibilità nel prendersi cura di questo lavoro.

Un grazie speciale a G.G che mi ha lasciata entrare nel suo mondo cercando di farmi capire cosa si prova, sarò con te, sempre.

Ringrazio tutti coloro che in questi anni mi sono stati vicini nonostante tutto.

Infine, penso di doverlo a me stessa, mi ringrazio per aver fatto una scelta coraggiosa nonostante i pronostici, per non aver mai mollato, e averci provato fino alla fine.

Il percorso è ancora lungo, tanta strada, tanti ostacoli. Ma è ciò che amo.

Eleonora

BIBLIOGRAFIA

Ágh, T., Kovács, G., Pawaskar, M., Supina, D., Inotai, A., & Vokó, Z. (2015). Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(1), 1-12.

Agras, W. S., Crow, S., Mitchell, J. E., Halmi, K. A., & Bryson, S. (2009). A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 565-570.

Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.

- American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *The American Journal of Psychiatry*, 157(1), 1-39.
- Anchisi, R., Moderato, P., F. Pergolizzi (2017). *Roots and leaves. Radici e sviluppi contestualisti in terapia comportamentale e cognitiva*. Milano: Franco Angeli.
- Apple, R. F., & Agras, W. S. (1997). *Overcoming eating disorders: Client workbook*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 750-765.
- Arnou, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of behavioral medicine*, 15(2), 155-170.
- Arntz, A. (2002). Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 325-341.
- Athey, J. (2003). Medical complications of anorexia nervosa. *Primary care update for ob/gyns*, 10(3), 110-115.
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2009). Behavioral management for anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 500-506.
- Backholm, K., Isomaa, R., & Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 1-8.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of rational-emotive and cognitive-behaviortherapy*, 23(4), 281-300.

- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*(2), 184-200.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 1*(3), 191-198.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist, 46*(4), 368-375.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. In Arkowitz, Beutler, Simon (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 21-36). Boston, MA: Springer.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy, 39*(10), 1213-1225.
- Becker, A. E., Eddy, K. T., & Perloe, A. (2009). Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *International Journal of Eating Disorders, 42*(7), 611-619.
- Beisser, A. (1970). The paradoxical theory of change. *Gestalt therapy now, 77-80*.
- Berman, M. I., Boutelle, K. N., & Crow, S. J. (2009). A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 17*(6), 426-434.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, S. B., Abbey, S., Speca, M., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice, 11*(3), 230-241.

- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
- Booth, R., & Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 207-221.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl11), 37-42.
- Bowden, T., & Bowden, S. (2012). Acceptance and commitment therapy (ACT): An overview for practitioners. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 22(2), 279-285.
- Bowers, W. A. (2001). Cognitive model of eating disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(4), 331-340.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.
- Brambilla, F., Monteleone, P., Bortolotti, F., Dalle Grave, R., Todisco, P., Favaro, A., Santonastaso, P., Ramacciotti, C., Paoli, R., et al. (2003). Persistent amenorrhoea in weight-recovered anorexics: psychological and biological aspects. *Psychiatry Research*, 118(3), 249-257.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 165(6), 409-420.

- Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Wewetzer, C., et al. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 39-44.
- Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2003). Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S39-S46.
- Bulli, F., e Melli, G. (2010). *Mindfulness e acceptance in psicoterapia. La terza generazione della terapia cognitivo comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy?. *Behavior Therapy*, 32(2), 337-369.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 167-175.
- Calzolari, L., & Fioravanti, G. (2016). Acceptance and Commitment Therapy e Terapia Cognitivo-Comportamentale a confronto: una revisione della letteratura. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 22(1), 103-117.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.
- Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C., Bulik, M. C. & Joyce, P. R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for

- anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 647-654.
- Caselli, G., Manfredi, C., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2016). La Terapia Cognitivo-Comportamentale dei Disturbi d'Ansia: una revisione degli studi di efficacia. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 22(1), 81-101.
- Cash, T. F., & Grant, J. R. (1996). Cognitive—Behavioral Treatment of Body-Image Disturbances. In *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 567-614). Springer, Boston, MA.
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 165-173.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18.
- Chin, F., & Hayes, S. C. (2017). Acceptance and Commitment Therapy and the cognitive behavioral tradition: assumptions, model, methods, and outcomes. *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*, 155-173.
- Cockell, S. J., Geller, J., & Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10(5), 359-375.
- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 1-11.
- Cowdrey, N. D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour research and therapy*, 75, 72-77.

- Craske, M. G., Niles, A. N., Burklund, L. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Vilaradaga, J. C. P., Arch, J. J., Saxbe, D. E., & Lieberman, M. D. (2014). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for social phobia: Outcomes and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(6), 1034-1048.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(11), 1141-1164.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary therapies in medicine, 18*(6), 260-264.
- Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine, 22*(2), 153-160.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy?. *Behaviour research and therapy, 51*(1), R9-R12.
- Dalle Grave, R. (2015). *La terapia Cognitivo Comportamentale Multistep per i Disturbi dell'Alimentazione. Teoria, trattamento e casi clinici*. Firenze: Eclipsi.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-570.

- Derenne, J. L., & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic psychiatry, 30*(3), 257-261.
- Dionne, F., Blais, M. C., & Monestes, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic pain. *Sante mentale au Quebec, 38*(2), 131-152.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2004). Attentional biases in eating disorders: A meta-analytic review of Stroop performance. *Clinical psychology review, 23*(8), 1001-1022.
- Dobson, K. S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology, 56*(7), 907-923.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating behaviors, 15*(4), 638-643.
- Dubois, L., Kyvik, K. O., Girard, M., Tatone-Tokuda, F., Pérusse, D., Hjelmberg, J., Skytthe, A., Rasmussen, F., Wright, M. J., et al. (2012). Genetic and environmental contributions to weight, height, and BMI from birth to 19 years of age: an international study of over 12,000 twin pairs. *PLOS one, 7*(2), 1-12.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 24*(8), 1011-1030.
- Ehrlich, S., Geisler, D., Ritschel, F., King, J. A., Seidel, M., Boehm, I., Breier, M., Clas, S., Weiss, J., et al. (2015). Elevated cognitive control over reward processing in recovered female patients with anorexia nervosa. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, 40*(5), 307-315.
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 279-294.

- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(4), 368-385.
- Ellis, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research, 4*(4), 325-340.
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 13*(2), 85-89.
- Ellis, A. (2000). Can rational emotive behavior therapy (REBT) be effectively used with people who have devout beliefs in God and religion? *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(1), 29-33.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy, 70*, 64-71.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour research and therapy, 45*(8), 1705-1715.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet, 361*(9355), 407-416.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK–Italy study. *Behaviour Research and Therapy, 51*(1), 2-8.

- Fairburn, C. G. (2002). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 320-324.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P-J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Farmer, R. F., Nash, H. M., & Field, C. E. (2001). Disordered eating behaviors and reward sensitivity. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 32(4), 211-219.
- Ferreira, C., Palmeira, L., & Trindade, I. A. (2014). Turning eating psychopathology risk factors into action. The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. *Appetite*, 80, 137-142.
- Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 29-37.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Manasse, S. M., Crosby, R. D., Goldstein, S. P., Wyckoff, E. P., & Thomas, J. G. (2016). Acceptance-based versus standard behavioral treatment for obesity: Results from the mind your health randomized controlled trial. *Obesity*, 24(10), 2050-2056.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, 31(6), 772-799.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior therapy*, 43(4), 801-811.

- Forsyth, J. P., Lejuez, C. W., Hawkins, R. P., & Eifert, G. H. (1996). Cognitive vs. contextual causation: Different world views but perhaps not irreconcilable. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 27(4), 369-376.
- Frances, R. J., Miller, S. I., & Mack, A. H. (Eds.). (2005). *Clinical textbook of addictive disorders*. New York: Guilford Press.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K., & Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8), 917-925.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Bemis, K. M. (1982). A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1(2), 3-46.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (Eds.). (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders*, 2, 121-134.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, 3(4), 387-396.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Gillberg, I., Råstam, M., Wentz, E., & Gillberg, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(2), 170-178.

- Godfrey, K. M., Gallo, L. C., & Afari, N. (2015). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 38*(2), 348-362.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, R. G., M., & Charney, D. S. (1989). Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Arch gen psychiatry, 46*, 1006-1011.
- Goldfried, M. (2000). *Dalla terapia cognitivo-comportamentale all'integrazione delle psicoterapie*. Roma: Sovera Edizioni.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(2), 377-384.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy, 28*(2), 285-305.
- Greco, L. A., & Eifert, G. H. (2004). Treating parent-adolescent conflict: is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(3), 305-314.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies: Mindfulness, Acceptance, and Relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 47*(6), 869-885.

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's world hypotheses: a study in evidence. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50(1), 97-111.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54.
- Hayes, S. C., & Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 243-247.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Follette, M.V., e Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the CBT tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavioral Research and Therapy*, 44, 1-25.

- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance-based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(5), 761-773.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*, 40(11), 1887-1897.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with Anorexia Nervosa: a case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232-236.
- Hergenhahn, B.R., & Henley, T.B. (2013). *An introduction to the history of psychology*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., & Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 829-837.

- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 423-437.
- Hill, M. L., Masuda, A., & Latzman, R. D. (2013). Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index. *Eating behaviors*, 14(3), 336-341.
- Hill, M. L., Masuda, A., Melcher, H., Morgan, J. R., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for women diagnosed with Binge Eating Disorder: a case-series study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 367-378.
- Hill, M. L., Masuda, A., Moore, M., & Twohig, M. P. (2015). Acceptance and commitment therapy for individuals with problematic emotional eating: a case-series study. *Clinical Case Studies*, 14(2), 141-154.
- Hoffman, E. R., Bentley, M. E., Hamer, R. M., Hodges, E. A., Ward, D. S., & Bulik, C. M. (2014). A comparison of infant and toddler feeding practices of mothers with and without histories of eating disorders. *Maternal & child nutrition*, 10(3), 360-372.
- Homan, K. (2010). Athletic-ideal and thin-ideal internalization as prospective predictors of body dissatisfaction, dieting, and compulsive exercise. *Body Image*, 7(3), 240-245.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Isnard, P., Michel, G., Frelut, M. L., Vila, G., Falissard, B., Naja, W., Navarro, J. & Mouren-Simeoni, M. C. (2003). Binge eating and psychopathology in severely obese adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 235-243.
- Istituto Nazionale di Statistica (2016). *Incidenza e prevalenza DCA*. Disponibile online presso: <http://www.istat.it/it/salute-e-sanit%C3%A0>

- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 351-355.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), 295-304.
- Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Metzger, E. D., Finkelstein, D. M., Cooper, T. B., & Levine, J. M. (1997). Decreased serotonin function in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 54*(6), 529-534.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification, 34*(2), 175-190.
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A., & Lowe, M. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification, 37*(4), 459-489.
- Kabat-Zinn, J. (2005). Bringing mindfulness to medicine: an interview with Jon Kabat-Zinn, PhD. Interview by Karolyn Gazella. *Advances in mind-body medicine, 21*(2), 22-27.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and practice, 10*(2), 144-156.
- Katsounari, I. (2009). Self-esteem, depression and eating disordered attitudes: A cross-cultural comparison between Cypriot and British young women. *European Eating Disorders Review, 17*(6), 455-461.

- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eating Behaviors, 15*(2), 197-204.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 195-204.
- Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Miller, K. E. (2014). Self-compassion moderates the relationship between body mass index and both eating disorder pathology and body image flexibility. *Body image, 11*(4), 446-453.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, C. M., et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry, 73*(9), 904-914.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Paquin, K. & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review, 33*(6), 763-771.
- Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik, C. M., & Meltzer-Brody, S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International journal of eating disorders, 49*(3), 260-275.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review, 13*(6), 579-592.
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing, 18*(13), 1897-1907.

- Kristeller, J. L., Baer, R. A., & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*, 19(1), 49-61.
- Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness treatment (MB-EAT): Conceptual basis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 19, 49-61.
- Kristeller, J., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2014). Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*, 5(3), 282-297.
- Lambe, E. K., Katzman, D. K., Mikulis, D. J., Kennedy, S. H., & Zipursky, R. B. (1997). Cerebral gray matter volume deficits after weight recovery from anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 537-542.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 31(4), 488-511.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S., Smith, T., Klein, M., et al. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 212-216.
- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal therapy. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 105-120. America: Eric.
- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769-777.

- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*(1), 1-5.
- Lega, L. I., & Ellis, A. (2001). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) in the new millenium: A cross-cultural approach. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy, 19*(4), 201-222.
- Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling & Development, 92*(1), 26-35.
- Lillis, J., Hayes, S. C., & Levin, M. E. (2011). Binge eating and weight control: The role of experiential avoidance. *Behavior modification, 35*(3), 252-264.
- Linardon, J., Wade, T., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). Psychotherapy for bulimia nervosa on symptoms of depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders, 50*, 1124-1136.
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: a systematic review. *Clinical Psychology Review, 58*, 125-140.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph, 137*, 201-201.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 67*(10), 1025-1032.

- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy?. *Clinical psychology review*, 27(2), 173-187.
- Lovell, K., Marks, I. M., Noshirvani, H., Thrasher, S., & Livanou, M. (2001). Do cognitive and exposure treatments improve various PTSD symptoms differently? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 107-112.
- Manlick, C. F., Cochran, S. V., & Koon, J. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 115-122.
- Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive behaviors*, 27(6), 867-886.
- Masuda, A., & Hill, M. L. (2013). Mindfulness as therapy for disordered eating: a systematic review. *Neuropsychiatry*, 3(4), 433-447.
- Masuda, A., Muto, T., Hayes, S. C., & Lillis, J. (2008). Acceptance and commitment therapy: Application to a Japanese client. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, 34, 137-148.
- McFarlane, A. C., McFarlane, C. M., & Gilchrist, P. N. (1988). Posttraumatic bulimia and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 705-708.
- McElroy, S. L., Kotwal, R., & Keck, P. E. (2006). Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar disorders*, 8(6), 686-695.
- McHugh, L. (2011). A new approach in psychotherapy: ACT (acceptance and commitment therapy). *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(sup1), 76-79.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 625-632.

- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., Frampton, M. A., & Joyce, P. R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *162*(4), 741-747.
- Mehler, P. S., & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa—medical complications. *Journal of eating disorders*, *3*(1), 1-8.
- Meichenbaum, D. H. (1995). Cognitive-behavioral therapy in historical perspective. In B. M. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Oxford textbooks in clinical psychology, Vol. 1. Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 140-158). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive behaviour modification. *Cognitive Behaviour Therapy*, *6*(4), 185-192.
- Merwin, R. M. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion regulation: Theory, evidence, and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *18*(3), 208-214.
- Merwin, R. M., Zucker, N. L., Lacy, J. L., & Elliott, C. A. (2010). Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience. *Cognition and Emotion*, *24*(5), 892-902.
- Merwin, R. M., Zucker, N. L., & Timko, C. A. (2013). A pilot study of an acceptance-based separated family treatment for adolescent anorexia nervosa. *Cognitive and behavioral practice*, *20*(4), 485-500.
- Miller, M. N., & Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, *64*(2), 93-110.
- Mizes, J. S., & Arbitell, M. R. (1991). Bulimics' perceptions of emotional responding during binge-purge episodes. *Psychological reports*, *69*(2), 527-532.

- Mizes, J. S., & Christiano, B. A. (1995). Assessment of cognitive variables relevant to cognitive behavioral perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 95-105
- Moderato, P., Presti, G., & Miselli, G. (2008). La terapia cognitivo comportamentale entra nel terzo millennio. *Santo Di Nuovo*, 269-297.
- Moderato, P., Presti, G., Sanavio, E., & Ziino, M. L. (1993). Comportamentismo e analisi e terapia del comportamento in Italia. Brevi note storiche. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 1(2), 167-177.
- Monteleone, P., DiLieto, A., Castaldo, E., & Maj, M. (2004). Leptin functioning in eating disorders. *CNS spectrums*, 9(7), 523-529.
- Montoya, Y. L., Quenaya, A., & Mayta-Tristán, P. (2015). Mass media influence and risk of developing eating disorders in female students from Lima, Peru. *Arch Argent Pediatr*, 113(6), 519-525.
- Moore, M., Masuda, A., Hill, M. L., & Goodnight, B. L. (2014). Body image flexibility moderates the association between disordered eating cognition and disordered eating behavior in a non-clinical sample of women: A cross-sectional investigation. *Eating behaviors*, 15(4), 664-669.
- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of the research and literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(4), 531-543.
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European child & adolescent psychiatry*, 25(8), 903-918.

- Nakazato, M., Hashimoto, K., Shimizu, E., Kumakiri, C., Koizumi, H., Okamura, N., Mitsumori, M., Komatsu, N. & Iyo, M. (2003). Decreased levels of serum brain-derived neurotrophic factor in female patients with eating disorders. *Biological psychiatry*, *54*(4), 485-490.
- O'Dwyer, A. M., Lucey, J. V., & Russell, G. F. M. (1996). Serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration: response to D-fenfluramine challenge. *Psychological Medicine*, *26*(2), 353-359.
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity Reviews*, *15*(6), 453-461.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, *46*(3), 296-321.
- Pallister, E., & Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. *Clinical psychology review*, *28*(3), 366-386.
- Paxton, S. J., & Diggins, J. (1997). Avoidance coping, binge eating, and depression: An examination of the escape theory of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(1), 83-87.
- Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S., & Ghaderi, A. (2016). A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 2-13.
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(1), 181-197.

- Pike, K. M., & Dunne, P. E. (2015). The rise of eating disorders in Asia: a review. *Journal of eating disorders*, 3(1), 1-14.
- Pinhas, L., Toner, B. B., Ali, A., Garfinkel, P. E., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 223-226.
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, Duarte, J., Cuhna, M., Matos, M., et al. (2017). BEfree: a new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1090-1098.
- Pizzo, S., & Massignani, V. (2014). *Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in età evolutiva: Diagnosi, assessment e trattamento*. Trento: Erickson.
- Powers, M. B., Vörding, M. B. Z. V. S., & Emmelkamp, P. M. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(2), 73-80.
- Prevedini, A. B., & Carnevali, D. (2016). Dalla teoria del comportamento all'analisi applicata: quattro modelli in diversi ambiti applicativi. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 24(2), 169-193.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 38(1), 72-85.
- Robins, C. (1999). A dialectical behavior therapy perspective on the case of A. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 60-68.
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198.

- Rose, C., & Waller, G. (2017). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders in primary care settings: Does it work, and does a greater dose make it more effective?. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(12), 1350-1355.
- Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *63*(2), 25-42.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(1), 125-162.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, *12*(3), 333-357.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*(3), 281-299.
- Sassaroli, S., Bertelli, S., Boccalari, L., Sangiorgi, E., Giovini, M., Lamela, C., Rebecchi, D., Scarone, S., Vinai, P., et al. (2007). Contenuti metacognitivi dei disturbi alimentari e interazione con il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio. *Cognitivismo Clinico*, *4*(1), 34-36.

- Schag, K., Schönleber, J., Teufel, M., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2013). Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder—a systematic review. *Obesity Reviews*, *14*(6), 477-495.
- Schwartz, J. M., Stoessel, P. W., Baxter, L. R., Martin, K. M., & Phelps, M. E. (1996). Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *53*(2), 109-113.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *9*(2), 131-138.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, *40*(7), 773-791.
- Shih, P. A. B., & Woodside, D. B. (2016). Contemporary views on the genetics of anorexia nervosa. *European Neuropsychopharmacology*, *26*(4), 663-673.
- Siegel, R., D. (2015). *Qui e ora. Strategie di mindfulness*. Trento: Erickson.
- Siep, N., Jansen, A., Havermans, R., & Roefs, A. (2010). Cognitions and emotions in eating disorders. *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders*, 17-33. Berlin: Springer.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, *14*(4), 406-414.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, *26*(6), 543-548.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(6), 610-619.

- Soukup, V. M., Beiler, M. E., & Terrell, F. (1990). Stress, coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 46*(5), 592-599.
- Squires, C., Lalanne, C., Murday, N., Simoglou, V., & Vaivre-Douret, L. (2014). The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC pregnancy and childbirth, 14*(1), 1-9.
- Steinhausen, H. C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1331-1341.
- Stewart, T. M. (2004). Light on body image treatment: Acceptance through mindfulness. *Behavior Modification, 28*(6), 783-811.
- Stice, E., Spangler, D., & Agras, W. S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely affects vulnerable girls: A longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(3), 270-288.
- Stitzel, E. W. (1948). Avoiding behavior problems; anorexia. *Hahnemann monthly, 83*(4), 159-164.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62*(3), 181-198.
- Suhail, K. (2002). Prevalence of eating disorders in Pakistan: relationship with depression and body shape. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 7*(2), 131-138.
- Taylor, S. (Ed.). (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge. New York: Routledge.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical psychology: Science and practice, 10*(2), 157-160.

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(6), 1061-1065.
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2016). La terapia cognitivo-comportamentale contemporanea: teoria, storia ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane, 38*, 11-48.
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2010). The heritability of eating disorders: methods and current findings. In *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 141-156). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Trindade, I. A., & Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating behaviors, 15*(1), 72-75.
- Turner, H., & Cooper, M. (2002). Cognitions and their origins in women with anorexia nervosa, normal dieters and female controls. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 9*(4), 242-252.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(5), 705-716.
- Uher, R., Murphy, T., Friederich, H. C., Dalglish, T., Brammer, M. J., Giampietro, V., Phillips, M. L., Andrew, C.M., Ng, V. W., et al. (2005). Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating-disordered women. *Biological psychiatry, 58*(12), 990-997.
- Urdapilleta, I., Mirabel-Sarron, C., Meunier, J. M., & Richard, J. F. (2005). Étude du processus de catégorisation chez des patientes aux troubles des conduites alimentaires: une nouvelle approche cognitive de la psychopathologie. *L'Encéphale, 31*(1), 82-91.

- Vartanian, L. R., Polivy, J., & Herman, C. P. (2004). Implicit cognitions and eating disorders: Their application in research and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(2), 160-167.
- Vitousek, K. B. (2002). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 308-313.
- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive therapy and research, 14*(2), 191-214.
- Walsh, B. T., Agras, W. S., Devlin, M. J., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., Kahn, C., & Chally, M. K. (2000). Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 157*(8), 1332-1334.
- Wertheim, E. H. (2002). Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eating Disorders, 10*(4), 321-334.
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American journal of medicine, 129*(1), 30-37.
- Wierenga, C. E., Ely, A., Bischoff-Grethe, A., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Kaye, W. H. (2014). Are extremes of consumption in eating disorders related to an altered balance between reward and inhibition?. *Frontiers in behavioral neuroscience, 8*, 410-421.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Zouchis, Z., Frank, A., Wiseman, et al. (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*(8), 713-721.
- Williamson, A.D., Muller, S.L., Reas, D.L., & Thaw, J.M. (1999). Cognitive bias in eating disorders: implication for theory and treatment. *Behavior Modification, 23*(4), 556-577.

- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738.
- Wilson, G. T. (2004). Acceptance and Change in the Treatment of Eating Disorders: The Evolution of Manual-Based Cognitive-Behavioral Therapy. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 243-260). New York, NY, US: Guilford Press.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 267-274.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York, NY, US: Guilford Press.
- Wilson, G. T., & Shafran, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *The Lancet*, 365(9453), 79-81.
- Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosimann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 85-89.
- Woods. D.G., & Kanter, J.W. (2016). *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale. Modelli e interventi clinici di terza generazione*. Milano: Franco Angeli.
- Wolever, R. Q., & Best, J. L. (2009). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 259-287). Springer, New York, NY.
- Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 169-181.

- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). Moderators and non-specific predictors of treatment outcome for anxiety disorders: A comparison of cognitive behavioral therapy to acceptance and commitment therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 786-799.
- Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *international Journal of Eating disorders, 42*(8), 674-686.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 42*(8), 687-705.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports, 61*(3), 939-953.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry, 2*(12), 1099-1111.