

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

**Efficacia della terapia RO DBT in un gruppo di pazienti con
anoressia nervosa: analisi preliminari**

**Efficacy of RO DBT therapy in a group of patients with anorexia nervosa:
preliminary analyses**

Relatrice
Prof.ssa Caterina Novara

Laureanda: Giorgia Armeli
Matricola: 2088984

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT	1
CAPITOLO 1: L'ANORESSIA NERVOSA E I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	2
1.1 INTRODUZIONE AI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	2
1.2 L'ANORESSIA NERVOSA PER IL DSM-5	3
1.2.1 <i>Caratteristiche diagnostiche dell'anoressia nervosa</i>	4
1.2.2 <i>Caratteristiche associate a supporto della diagnosi</i>	6
1.2.3 <i>Prevalenza</i>	7
1.2.4 <i>Sviluppo e decorso</i>	8
1.2.5 <i>Fattori di rischio e prognosi</i>	8
1.2.6 <i>Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza</i>	9
1.2.7 <i>Marker diagnostici</i>	10
1.2.8 <i>Rischio di suicidio</i>	11
1.2.9 <i>Diagnosi differenziale</i>	12
1.2.10 <i>Comorbidità</i>	14
1.3 I MODELLI DELL'ANORESSIA NERVOSA	14
1.3.1 <i>Modelli cognitivi e la teoria transdiagnostica</i>	14
1.3.2 <i>Dual Pathway Model</i>	19
1.3.3 <i>Modelli animali</i>	21
1.3.4 <i>Modello integrato biopsicosociale</i>	22
1.4 LA VALUTAZIONE DELL'ANORESSIA NERVOSA	25
1.4.1 <i>Raccolta anamnestica</i>	25
1.4.2 <i>Indici di gravità dello stato del paziente</i>	26
1.4.3 <i>Misure di valutazione</i>	28
1.4.4 <i>Misure per la pianificazione e valutazione del trattamento</i>	30
1.4.5 <i>Valutazione dell'anoressia nervosa in bambini e adolescenti</i>	32
1.5 IL TRATTAMENTO PER L'ANORESSIA NERVOSA	34
1.5.1 <i>Linee guida NICE per l'anoressia nervosa in adulti</i>	35
1.5.2 <i>Linee guida NICE per l'anoressia nervosa in bambini e adolescenti</i>	37
1.5.3 <i>Consigli dietetici per le persone con anoressia nervosa</i>	39
1.5.4 <i>Linee guida tedesche per l'anoressia nervosa</i>	39
1.5.5 <i>Trattamento CBT-E</i>	41
1.5.6 <i>Trattamento per bambini e adolescenti</i>	43
CAPITOLO 2: TERAPIA DIALETTICO COMPORTAMENTALE RADICALMENTE APERTA (RO DBT)	46
2.1 INTRODUZIONE ALLA RO DBT	46

2.1.1	<i>Ipercontrollo</i>	49
2.1.2	<i>Teoria neurobiosociale</i>	50
2.1.3	<i>Social signaling</i>	52
2.1.4	<i>Principi fondamentali della RO DBT</i>	54
2.1.5	<i>DBT e RO DBT a confronto</i>	55
2.2	STRUTTURA DEL TRATTAMENTO RO DBT	57
2.2.1	<i>Orientamento e impegno</i>	58
2.2.2	<i>Terapia individuale</i>	58
2.2.3	<i>Skills training</i>	59
2.2.4	<i>Abilità di mindfulness</i>	61
2.2.5	<i>Generalizzazione delle abilità</i>	62
2.3	EFFICACIA DELLA RO DBT	63
2.3.1	<i>Prove di efficacia della RO DBT per la depressione cronica</i>	63
2.3.2	<i>Prove di efficacia della RO DBT per l'anoressia nervosa</i>	65
2.3.3	<i>Un recente studio di RO DBT per adolescenti</i>	71
2.3.4	<i>Skills training di apertura radicale per i disturbi da ipercontrollo resistenti al trattamento</i>	72
2.3.5	<i>Sintesi e limiti dei risultati di efficacia della RO DBT</i>	73
CAPITOLO 3: LA RICERCA		76
3.1	OBIETTIVI E IPOTESI	76
3.2	METODO	76
3.2.1	<i>Il contesto dello studio: Percorso DCA presso la Casa della Salute di Forlimpopoli</i>	76
3.2.2	<i>Partecipanti</i>	77
3.2.3	<i>Caratteristiche demografiche</i>	78
3.2.4	<i>Strumenti</i>	79
3.2.5	<i>L'intervento di skills training</i>	84
3.3	PROCEDURA DI ANALISI DEI DATI	86
3.4	RISULTATI	87
3.4.1	<i>Validità dei test utilizzati</i>	87
3.4.2	<i>Descrizione dei partecipanti</i>	88
3.4.3	<i>Risultati pre-post skills training</i>	89
3.4.4	<i>Influenza delle variabili al pre-test</i>	92
3.4.5	<i>Sintesi dei risultati</i>	97
CAPITOLO 4: CONCLUSIONI GENERALI		100
4.1	DISCUSSIONE	100
4.2	CONCLUSIONI GENERALI	103
4.3	IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA E DIREZIONI FUTURE	104
4.4	LIMITAZIONI DELLO STUDIO	105
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI		107

ABSTRACT

Lo studio preliminare si propone di valutare l'efficacia dello skills training Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT) in un gruppo di pazienti ambulatoriali con anoressia nervosa (AN). Il trattamento è durato 14 settimane e le pazienti sono state valutate pre e post trattamento attraverso i seguenti questionari self-report: l'Eating Disorder Examination (EDE-17.0, EDE-6Q) per valutare la presenza e la gravità dei sintomi del disturbo del comportamento alimentare (DCA), il Body Uneasiness Test (BUT) per il disagio relativo all'immagine corporea, la Distress Tolerance Scale (DOS) per la tolleranza alla sofferenza, l'Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) per l'inflessibilità psicologica e l'evitamento esperienziale, la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) per l'alessitimia e il Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) per il perfezionismo.

L'analisi dei dati ha messo in evidenza che lo skills training RO DBT appare efficace per alcuni costrutti legati all'AN, come la gravità dei sintomi, il disagio relativo all'immagine corporea, la tolleranza alla sofferenza, l'inflessibilità psicologica e il perfezionismo autodiretto; tuttavia, per alcuni dati comportamentali, come l'alessitimia e il BMI, non emerge un miglioramento significativo. La scarsa numerosità campionaria, l'assenza di follow-up, la mancanza di studi RCT e il mancato controllo dell'effetto della terapia individuale sullo skills training di gruppo sono limiti importanti che possono aver influenzato i risultati della ricerca, per questo motivo si auspicano ulteriori studi in tal senso.

Capitolo 1

Anoressia Nervosa e i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

1.1 Introduzione ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

Il Ministero Della Salute (2024) descrive i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DCA o DNA) come patologie complesse caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare e da un'eccessiva preoccupazione per il peso con alterata percezione dell'immagine corporea. Viene definito, inoltre, che tali aspetti sono spesso correlati a bassi livelli di autostima e si rimarca come il basso peso viene ritenuto erroneamente un marcatore unico e specifico dei DCA, in quanto anche condizioni di normopeso e sovrappeso, fino all'obesità, possono essere associate alla presenza di DCA.

Se non trattati in tempi e con metodi adeguati, i DCA possono diventare una condizione permanente e compromettere seriamente la salute di tutti gli organi e apparati del corpo (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematologico, scheletrico, sistema nervoso centrale, dermatologico ecc.) e, nei casi gravi, portare alla morte. All'anoressia nervosa è collegata una mortalità 5-10 volte maggiore di quella di persone sane della stessa età e sesso.

Attualmente questi disturbi rappresentano un importante problema di salute pubblica, visto che per l'anoressia e per la bulimia, negli ultimi decenni, c'è stato un progressivo abbassamento dell'età di insorgenza, tanto che sono sempre più frequenti diagnosi in età preadolescenziale e nell'infanzia.

L'esordio precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione, come le ossa e il sistema nervoso centrale.

Data la loro complessità, l'intervento precoce riveste un'importanza particolare; è essenziale una grande collaborazione tra figure professionali con differenti specializzazioni (medici specialisti in psichiatria, in pediatria, in scienza dell'alimentazione e in medicina interna, dietisti, psicologi e psicoterapeuti), ai fini di una diagnosi precoce, di una tempestiva presa in carico all'interno di un percorso multidisciplinare e di un miglioramento dell'evoluzione a lungo termine (Ministero della Salute, 2024).

La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), redatto dall'American Psychiatric Association (2013), classifica i DCA in: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo di alimentazione incontrollata (binge eating disorder), pica, mericismo (rumination disorder) e disturbo alimentare evitante/restrittivo. Esiste anche la categoria di "disturbo della nutrizione o dell'alimentazione altrimenti specificato" che include, ad esempio,

forme incomplete o sottosoglia di anoressia nervosa, bulimia nervosa o disturbo di alimentazione incontrollata ma anche il disturbo con condotte di eliminazione (purging disorder) e la sindrome del mangiare di notte (night eating syndrome). Infine, un'ultima categoria è il disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non specificato (DCA-NAS) che si utilizza per segnalare la presenza di un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione ma non ne specifica le caratteristiche.

1.2 L'Anoressia Nervosa per il DSM-5

Il DSM-5 riporta, per la diagnosi di anoressia nervosa, i seguenti criteri (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno tale da ricondurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria evolutiva e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso che sia inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza indebita del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo attuale.

Viene ulteriormente specificato se di tipo restrittivo o di tipo bulimico/purgativo (DSM-5, APA, 2013). Nel primo caso, nel corso degli ultimi tre mesi, la persona non ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè, vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri). Questo sottotipo descrive casi in cui la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete, digiuni e/o esercizio fisico eccessivo. Nel secondo sottotipo, nel corso degli ultimi tre mesi, la persona ha avuto episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento (cioè vomito autoindotto o abuso/uso improprio di lassativi, diuretici, o clisteri).

Va in oltre specificato se il disturbo è in remissione parziale, per cui tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza, ma il criterio A (basso peso corporeo) non si è mantenuto nel tempo, mentre o il criterio B (intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) o il criterio C (disturbi nella percezione del peso e delle forme del proprio corpo) è ancora soddisfatto; o in remissione totale per cui tutti i criteri per la diagnosi di anoressia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo (DSM-5, APA, 2013).

Infine, è necessario specificare la gravità attuale considerando che il livello minimo di gravità si assegna, per gli adulti, sulla base dell'indice di massa corporea (BMI) attuale o, per i bambini e gli adolescenti, sulla base del percentile di BMI (DSM-5, APA, 2013). Esistono 4 livelli di gravità che derivano dalle categorie della World Health Organization per le magrezze degli adulti (lieve: $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$; moderata: $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$; grave: $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$; estrema: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$) mentre per bambini e adolescenti si dovrebbero usare i percentili di BMI corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato in funzione dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale, e del bisogno di assistenza e sorveglianza.

La maggior parte degli individui con anoressia nervosa del tipo con abbuffate/condotte di eliminazione che si abbuffano, poi adottano condotte di eliminazione come il vomito autoindotto, o l'uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi (DSM-5, APA, 2013). In alcuni casi sono assenti le abbuffate, ma l'individuo mette regolarmente in atto queste metodiche anche per l'assunzione di modiche quantità di cibo. Durante il decorso del disturbo non è raro un crossover dei sottotipi; pertanto, la descrizione del tipo dovrebbe essere usata per descrivere sintomi attuali anziché il decorso longitudinale.

1.2.1 Caratteristiche diagnostiche dell'anoressia nervosa

Il DSM-5 (APA, 2013) descrive tre caratteristiche essenziali dell'anoressia nervosa: persistente restrizione nell'assunzione di calorie; intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso; presenza di una significativa alterazione della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo.

L'individuo mantiene un peso corporeo al di sotto di quello minimo normale per età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica (Criterio A). Il peso corporeo dell'individuo soddisfa frequentemente questo criterio in seguito a una significativa perdita di peso, ma nei bambini e negli adolescenti può esserci alternativamente l'incapacità di raggiungere il peso previsto o di mantenere una traiettoria di sviluppo normale (per es., durante il periodo della crescita in altezza) piuttosto che la perdita di peso.

Il Criterio A richiede che il peso dell'individuo sia significativamente basso (per es., meno del minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno del minimo previsto) ma la valutazione del peso può essere difficile perché il range di peso normale differisce tra gli individui, e sono state pubblicate diverse soglie per definire la magrezza o la condizione di sottopeso.

Il BMI (calcolato come peso in chilogrammi/altezza in metri²) è un utile parametro per valutare il peso del corpo in relazione all'altezza. Per gli adulti, un IMC di $18,5 \text{ kg/m}^2$ è stato utilizzato dai Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

(OMS) come limite inferiore del peso corporeo normale. Perciò, la maggior parte degli adulti con un BMI maggiore o uguale a $18,5 \text{ kg/m}^2$ non dovrebbero essere considerati come individui con un peso significativamente basso.

D'altra parte, l'OMS ha considerato un BMI inferiore a $17,0 \text{ kg/m}^2$ per indicare una magrezza moderata o grave; pertanto, un individuo con BMI minore di $17,0 \text{ kg/m}^2$ dovrebbe probabilmente essere considerato come un individuo di peso significativamente basso.

Infine, un adulto con BMI compreso tra $17,0$ e $18,5 \text{ kg/m}^2$, o anche al di sopra di $18,5 \text{ kg/m}^2$, potrebbe essere considerato come un individuo di peso significativamente basso se la storia clinica o altre informazioni fisiologiche supportano tale valutazione.

Per bambini e adolescenti, è utile stabilire un percentile del BMI-per età. (DSM-5, APA, 2013).

Come per gli adulti, non è possibile fornire degli standard definitivi per decidere se il peso di un bambino o di un adolescente sia significativamente basso. Il CDC ha usato un BMI-per età al di sotto del quinto percentile come indicatore di sottopeso; tuttavia, bambini e adolescenti con un BMI al di sopra di questo parametro di riferimento possono essere giudicati significativamente sottopeso alla luce dell'incapacità di mantenere la traiettoria di crescita prevista.

In sintesi, nello stabilire se il Criterio A è soddisfatto, il clinico dovrebbe considerare le linee guida numeriche disponibili, così come la costituzione corporea dell'individuo, lo storico del peso e qualsiasi disturbo fisiologico.

Il DSM-5 (APA, 2013) riporta che gli individui con questo disturbo mostrano tipicamente un'intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi (Criterio B). Questa intensa paura di diventare grassi non è solitamente alleviata dalla perdita di peso. Infatti, la preoccupazione per l'aumento di peso crescere anche se il peso diminuisce. Individui più giovani con anoressia nervosa, così come alcuni adulti, possono non riconoscere o non accettare la paura dell'aumento di peso. In assenza di un'altra spiegazione per un peso significativamente basso, inferenze cliniche tratte dalla storia collaterale, dati osservativi, reperti organici e di laboratorio, oppure il decorso longitudinale come indicatori di una paura dell'aumento di peso o a supporto di comportamenti persistenti che lo prevengono, possono essere usati per stabilire il Criterio B.

Il Criterio C indica che la percezione e il significato attribuiti al peso e alla forma del corpo sono distorti in questi individui (DSM-5, APA, 2013). Alcuni individui si sentono globalmente sovrappeso mentre altri ammettono di essere magri, ma sono ancora convinti che alcune parti del corpo, in particolare l'addome, i glutei e le cosce, siano "troppo grasse". Possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso corporei, compreso il pesarsi di continuo, il

misurare ossessivamente parti del corpo, e l'uso persistente dello specchio per controllare le zone percepite come "grasse".

Negli individui con anoressia nervosa, i livelli di autostima sono altamente influenzati dalla percezione della forma e del peso del corpo. La perdita di peso viene spesso considerata come una conquista ragguardevole e un segno di straordinaria autodisciplina, mentre l'aumento di peso viene percepito come un'inaccettabile mancanza di autocontrollo.

Nonostante alcune persone con questo disturbo possano accettare di essere magre, spesso non riconoscono le gravi implicazioni mediche del loro stato di malnutrizione. La persona generalmente viene condotta all'attenzione clinica dai familiari, quando si verifica una marcata perdita di peso (o l'incapacità di raggiungere aumenti di peso previsti). Tuttavia, se sono gli individui stessi a ricercare l'aiuto medico, di solito questo avviene per il disagio relativo alle conseguenze somatiche e psicologiche del digiuno. Raramente un individuo con anoressia nervosa appare preoccupato per il dimagrimento di per sé. Spesso, infatti, gli individui con anoressia nervosa mancano di consapevolezza oppure negano il problema e risulta, quindi, importante raccogliere informazioni presso i familiari o da altre fonti per valutare la storia della perdita di peso e le altre caratteristiche della malattia.

1.2.2 Caratteristiche associate a supporto della diagnosi

Per il DSM-5, il semidigiuno dell'anoressia nervosa e le condotte di eliminazione talvolta associate a essa possono portare a condizioni mediche significative e potenzialmente pericolose per la vita (DSM-5, APA, 2013). La compromissione nutrizionale associata all'anoressia nervosa influenza la maggior parte dei principali sistemi organici e può causare una varietà di disturbi.

Sono comuni disturbi fisiologici, compresi amenorrea e anomalie dei parametri vitali. Mentre la maggior parte dei disturbi fisiologici associati alla malnutrizione è reversibile con la riabilitazione nutrizionale, alcuni, compresa la perdita di densità minerale ossea, sono spesso non completamente reversibili.

Comportamenti come vomito autoindotto e uso improprio di lassativi, diuretici ed enteroclismi possono causare un certo numero di disturbi che portano ad anomale evidenze di laboratorio; tuttavia, alcuni individui con anoressia nervosa non mostrano anomalie di laboratorio.

Quando sono gravemente sottopeso, molti individui con anoressia nervosa presentano segni e sintomi depressivi, come umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia e diminuito interesse sessuale. Poiché queste caratteristiche sono riscontrate anche in individui senza anoressia nervosa che sono significativamente denutriti, molti aspetti depressivi possono essere secondari rispetto alle

conseguenze fisiologiche del semidigiuno, nonostante possano essere anche sufficientemente gravi da giustificare una diagnosi aggiuntiva di disturbo depressivo maggiore.

Spesso sono presenti evidenti manifestazioni ossessivo-compulsive, correlate o meno al cibo: la maggior parte degli individui con anoressia nervosa presenta polarizzazione ideativa sul cibo e alcuni collezionano ricette o ammassano cibarie. Lo studio dei comportamenti associati ad altre forme di digiuno suggerisce come ossessioni e compulsioni correlate al cibo possano essere esacerbate dalla denutrizione. Quando individui con anoressia nervosa mostrano ossessioni e compulsioni non correlate al cibo, alla forma o al peso del corpo, può essere giustificata una diagnosi aggiuntiva di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC).

Altre caratteristiche talora associate all'anoressia nervosa comprendono preoccupazione nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, un forte desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità sociale ed espressività emotiva eccessivamente repressa. In rapporto agli individui con anoressia nervosa, tipo con restrizioni, quelli del tipo con abbuffate/condotte di eliminazione presentano maggiori tassi di impulsività e sono più inclini all'abuso di alcol o di altre sostanze.

Un sottogruppo di individui con anoressia nervosa mostra livelli eccessivi di attività fisica. Può accadere che un aumento dell'attività fisica preceda spesso l'esordio del disturbo e, lungo il decorso del disturbo, l'aumentata attività accelera la perdita di peso. Durante il trattamento, l'eccessiva attività può essere difficile da controllare, mettendo così a rischio il recupero del peso.

Individui con anoressia nervosa possono utilizzare farmaci in modo improprio, per esempio manipolando il dosaggio, al fine di ottenere perdita di peso o di evitare aumento di peso. Individui con diabete mellito possono omettere o ridurre le dosi di insulina al fine di minimizzare il metabolismo dei carboidrati.

1.2.3 Prevalenza

Come riporta il DSM-5, la prevalenza a 12 mesi dell'anoressia nervosa tra individui giovani di sesso femminile è approssimativamente dello 0,4%. Poco si sa sulla prevalenza tra i maschi, ma l'anoressia nervosa è molto meno comune nei maschi rispetto alle femmine, con una popolazione clinica che, in genere, riflette approssimativamente un rapporto femmina-maschio di 10:1 (DSM-5, APA, 2013).

Uno studio norvegese di Kjelsås e colleghi (2004) ha sottoposto 1987 adolescenti (1034 ragazze e 953 ragazzi) tra i 14 e 15 anni a un questionario modificato del Survey for Eating Disorders (SEDs) per indagare sulle diagnosi di AN, BN e DCA-NAS. I risultati riguardo l'AN nelle ragazze risultano

simili a quelli dell'AN negli Stati Uniti tra i 15 e 19 anni (0.48%) mentre, per quanti riguarda i ragazzi lo studio riporta un alto numero di DCA. Il rapporto dell'AN tra i due sessi è risultato 1:3.5 in accordo con la ricerca recente per cui la prevalenza dell'AN negli uomini sta aumentando rispetto al passato.

1.2.4 Sviluppo e decorso

L'anoressia nervosa inizia comunemente durante l'adolescenza o la prima età adulta, come riporta il DSM-5 (APA, 2013). Raramente inizia prima della pubertà o dopo i 40 anni, ma sono stati descritti casi di esordio sia precoce sia tardivo. L'esordio di questo disturbo è spesso associato a un evento stressante, come lasciare la propria casa per motivi di studio mentre il decorso e la remissione dell'anoressia nervosa sono estremamente variabili.

I più giovani possono mostrare caratteristiche atipiche, compreso il negare la "paura del grasso". Individui più avanti negli anni hanno maggiori probabilità di vedere una durata più lunga della malattia, e la loro manifestazione clinica può comprendere più segni e sintomi di un disturbo in corso da tempo. Infatti, i clinici non dovrebbero escludere l'anoressia nervosa dalla diagnosi differenziale soltanto sulla base di un'età maggiore.

Molti individui presentano un periodo di comportamento alimentare modificato prima che i criteri per il disturbo siano soddisfatti appieno. Alcuni individui con anoressia nervosa guariscono completamente dopo un singolo episodio, con qualche manifestazione di andamento fluttuante dell'aumento di peso seguito da recidiva; altri ancora vanno incontro a un decorso cronico nel corso degli anni. Può essere richiesto il ricovero in ambiente ospedaliero per recuperare il peso corporeo e per affrontare complicazioni mediche.

La maggior parte degli individui con anoressia nervosa va incontro alla remissione entro 5 anni dalla manifestazione e tra gli individui ricoverati in ospedale, i tassi di remissione complessivi possono essere minori.

Il tasso grezzo di mortalità (TGM) per l'anoressia nervosa è circa il 5% per decennio e il decesso si verifica più comunemente per complicazioni mediche associate al disturbo stesso o in seguito a suicidio.

1.2.5 Fattori di rischio e prognosi

Il DSM-5 riporta differenti fattori rischio, quali fattori temperamentali, per cui gli individui che sviluppano disturbi d'ansia o mostrano tratti ossessivi nell'infanzia sono esposti a un maggiore rischio di sviluppare anoressia nervosa (DSM-5, APA, 2013).

Sono da considerare anche fattori ambientali, infatti la variabilità storica e cross-culturale nella prevalenza dell'anoressia nervosa supporta la sua associazione con culture e ambienti in cui la magrezza è considerata un valore. Anche professioni e occupazioni che incoraggiano la magrezza, come il lavoro di modella/o e l'atletica ai massimi livelli, sono associate a un maggiore rischio. Infine, il DSM-5 riporta anche la presenza di fattori genetici e fisiologici per cui è presente un maggiore rischio di anoressia nervosa e bulimia nervosa tra parenti biologici di primo grado di individui con il disturbo. È stato osservato anche un maggiore rischio di disturbo bipolare e disturbo depressivo tra parenti di primo grado di individui con anoressia nervosa, in particolare parenti di individui con il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione. I tassi di concordanza per l'anoressia nervosa in gemelli monozigoti sono significativamente più alti rispetto a quelli per gemelli dizigoti e, inoltre, è stata descritta una gamma di anomalie cerebrali nell'anoressia nervosa attraverso l'utilizzo di tecnologie di imaging funzionale (risonanza magnetica funzionale, tomografia a emissione di positroni). Non è chiaro il grado in cui queste evidenze riflettano cambiamenti associati alla malnutrizione contro le principali anomalie associate al disturbo.

1.2.6 Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza

L'anoressia nervosa, come spiegato nel DSM-5, si presenta in popolazioni culturalmente e socialmente diverse, nonostante le evidenze disponibili suggeriscano variazioni cross-culturali nel suo verificarsi e manifestarsi (DSM-5, APA, 2013). Probabilmente l'anoressia nervosa è maggiormente prevalente in paesi post industrializzati e ad alto reddito, come gli Stati Uniti, molti paesi europei, Australia, Nuova Zelanda e Giappone, ma la sua incidenza in paesi con reddito minore è incerta.

Mentre la prevalenza dell'anoressia nervosa appare relativamente bassa tra i latinoamericani, gli afroamericani e gli asiatici negli Stati Uniti, i clinici dovrebbero essere consapevoli che l'utilizzo dei servizi di salute mentale tra gli individui con disturbo dell'alimentazione è significativamente più basso in questi gruppi etnici e che i tassi più bassi possono riflettere un bias relativo alle caratteristiche del campione.

La manifestazione di preoccupazioni relative al peso tra individui con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione varia sostanzialmente tra i contesti culturali. L'assenza della manifestazione di un'intensa paura di aumento di peso, talvolta indicata come "fobia per il grasso", sembra essere relativamente più comune nelle popolazioni dell'Asia, dove la ragione sottostante a un regime di restrizione dietetica è comunemente correlata a una lamentele culturalmente più riconosciuta, come il disagio gastrointestinale. Negli Stati Uniti, le manifestazioni senza l'espressione di un'intensa paura di aumento di peso possono essere comparativamente più comuni tra i gruppi latinoamericani.

Uno studio recente (Pike et al., 2021) ha riportato il confronto tra i fattori di rischio per lo sviluppo dell'AN e della BN in Giappone e negli Stati Uniti. Per il confronto cross-culturale relativo ai fattori di rischio dell'anoressia nervosa sono state considerate 60 donne giapponesi con diagnosi di AN e 71 donne statunitensi con AN. Comparando donne giapponesi con le statunitensi, il gruppo delle donne giapponesi ha riportato livelli significativamente più alti delle statunitensi di fattori di rischio relativi alla salute mentale.

Lo studio ha inoltre messo in luce come il tipo di dieta familiare e il sovrappeso in famiglia siano fattori di rischio per le donne statunitensi ma non per le donne giapponesi, e ciò potrebbe riflettere le differenze di peso nelle due popolazioni. Infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2016) stima che il sovrappeso e l'obesità ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) siano drammaticamente alti negli Stati Uniti rispetto al Giappone (rispettivamente 67.6% vs. 27.2%). Può darsi che con l'aumento di peso della popolazione, il disagio legato al peso aumenti il rischio di disregolazione dell'alimentazione sotto forma sia di eccesso di cibo che di diete estreme.

Pike e colleghi (2021) riportano anche che le donne giapponesi mostrano livelli di perfezionismo più elevati rispetto alle donne statunitensi e che questo potrebbe riflettere norme culturali diverse. Infine, lo studio descrive come sia le donne giapponesi che le statunitensi sembrano essere esposte a eventi di vita stressanti comparabili qualitativamente e quantitativamente nell'anno precedente all'insorgenza del DCA. Il risultato suggerisce che l'esposizione ad eventi stressogeni in modo cumulativo ha il potenziale per divenire fattore scatenante per l'insorgenza dei DCA in tutte le culture.

1.2.7 Marker diagnostici

Il DSM-5 descrive quali tipi di anomalie nei dati di laboratorio possono essere osservate nell'anoressia nervosa permettendo poi di aumentare l'affidabilità diagnostica (DSM-5, APA, 2013).

I marker ematici includono la leucopenia, con la perdita di tutti i tipi di cellule ma solitamente con evidente leucocitosi; lievi anemie e trombocitopenie e, raramente, problemi di sanguinamento.

I marker biochimici includono la disidratazione, che può riflettere un aumento dell'azoto ureico nel sangue con comune riscontro di ipercolesterolemia; gli indici di funzionalità epatica possono essere elevati; occasionalmente si rilevano ridotte concentrazioni di magnesio, zinco, fosfati e iperamilasemia. Inoltre, il vomito autoindotto può condurre ad alcalosi metabolica (livello elevato dei bicarbonati plasmatici), ipocloremia e ipopotassiemia, mentre l'abuso di lassativi può causare una lieve acidosi metabolica.

Come marker endocrini si riportano i livelli ematici di T₄ in genere ai limiti inferiori della norma; i livelli di triiodotironina (T₃) ridotti; i livelli di T₄, inversa sono elevati. Sono frequentemente presenti basse concentrazioni di estrogeni nelle femmine e di testosterone nei maschi.

Riguardo l'ECG, è comune la bradicardia sinusale e, raramente, si osservano aritmie. In alcuni individui si osservano significativi prolungamenti dell'intervallo QTc.

Nella massa ossea si osserva spesso una bassa densità minerale ossea, con specifiche aree di osteopatia o osteoporosi e il rischio di fratture è significativamente elevato.

Con l'EEG possono emergere anomalie diffuse, connesse a un'encefalopatia metabolica, che possono conseguire a significative alterazioni dell'equilibrio elettrolitico.

Indagando il dispendio energetico a riposo, si può notare che spesso vi è una significativa riduzione. Per quanto concerne i segni e sintomi fisici, molti sono attribuibili al digiuno. Inoltre, l'amenorrea è spesso presente e sembra essere un indicatore di disfunzione fisiologica e, se presente, è solitamente una conseguenza della perdita di peso, mentre in una minoranza di individui può precedere la perdita di peso. Nelle femmine in età prepuberale, il menarca può essere ritardato. Gli individui con AN possono anche lamentare stipsi, dolori addominali, intolleranza al freddo, letargia o eccesso di energia.

La più notevole evidenza all'esame obiettivo è l'emaciazione. Comunemente sono presenti significativa ipotensione, ipotermia e bradicardia; alcuni individui sviluppano lanugo, una fine e soffice peluria; alcuni sviluppano edemi periferici, più frequenti al momento del recupero del peso o alla sospensione dell'abuso di lassativi e diuretici; raramente petecchie o ecchimosi alle estremità possono indicare una diatesi emorragica; in alcuni individui si evidenzia una colorazione gialla della cute associata a ipercarotenemia. Come può essere osservato in persone con bulimia nervosa, individui con anoressia nervosa che si autoinducono il vomito possono mostrare ipertrofia delle ghiandole salivari, principalmente delle parotidi, così come erosioni dello smalto dentale. Alcuni individui possono presentare cicatrici o callosità sul dorso delle mani, provocate dallo sfregamento contro l'arcata dentaria nel tentativo di provocare il vomito.

1.2.8 Rischio di suicidio

Il rischio di suicidio è elevato nell'anoressia nervosa, con tassi riportati a 12 su 100.000 per anno (DSM-5, APA, 2013). Una valutazione completa degli individui con anoressia nervosa dovrebbe comprendere la ricerca dell'ideazione e dei comportamenti suicidari, così come altri fattori di rischio di suicidio, compresa una storia di tentato/i suicidio/i.

Il tasso di mortalità nei pazienti con anoressia nervosa è da 5 a 10 volte superiore rispetto alla popolazione generale e il suicidio è una delle principali cause di morte, perciò, lo studio di Mereu e

colleghi (2022) ha valutato, attraverso l'intervista clinica C-SSRS (Columbia-suicide severity rating scale), la prevalenza di suicidalità (ideazione, comportamento autolesionistico, tentativi di suicidio) in 100 adolescenti con insorgenza di AN ed è risultato che 27 pazienti presentava tendenza al suicidio espressa con ideazione suicidaria (24%), autolesionismo (19%) e tentativo di suicidio (6%). La tendenza suicidaria dei pazienti tendeva ad associarsi a livelli più alti nei punteggi al questionario EDI-3 (Eating Disorder Inventory). Questo articolo mette, quindi, in luce l'importanza di valutare precocemente il rischio suicidio in pazienti con AN.

È interessante comprendere come fattori qualitativi potrebbero predisporre maggiormente le persone con anoressia nervosa al rischio di suicidio. Ad esempio, lo studio trasversale di Strumila e colleghi (2022) su 153 pazienti con AN, di cui il 92.9% donne, ha riportato che il rischio suicidio (valutato con MINI International Neuropsychiatric Evaluation) tendeva ad essere più elevato ($p = 0.037$) e la storia di tentativi di suicidio era più frequente (29.39% vs 9.85%, $p = .004$) in pazienti con bassi livelli di selenio nel sangue. I risultati di questo studio suggeriscono che nei pazienti con AN, la concentrazione plasmatica di selenio potrebbe essere implicata nella gravità della malattia e nel rischio suicidio.

1.2.9 Diagnosi differenziale

Il DSM-5 propone diverse diagnosi differenziali dell'anoressia nervosa per cui è necessario prendere in considerazione altre cause potenzialmente responsabili di un peso corporeo significativamente basso o della significativa perdita di peso, specialmente nei casi con manifestazioni atipiche (per es., con esordio oltre i 40 anni) (DSM-5, APA, 2013).

Possono essere presenti condizioni mediche (per es., malattie gastroenteriche, ipertiroidismo, carcinomi occulti, sindrome da immunodeficienza acquisita [AIDS]) con cui fare diagnosi differenziale poiché, a fronte di una grave perdita di peso, in genere negli individui con questi disturbi non si verifica uno squilibrio nel modo in cui percepiscono il peso o la forma del proprio corpo, o un'intensa paura di aumento di peso o la persistenza di comportamenti che interferiscono con un appropriato aumento di peso. Una notevole perdita di peso associata a una condizione medica può essere occasionalmente seguita dall'esordio o dalla ricorrenza dell'anoressia nervosa, che può inizialmente essere mascherata dalla condizione medica in comorbilità. Raramente l'anoressia nervosa si sviluppa dopo un intervento di chirurgia bariatrica per obesità.

Per quanto riguarda il disturbo depressivo maggiore, anche in questo caso si può verificare una grave perdita di peso, ma la maggior parte degli individui con disturbo depressivo maggiore non presenta né un desiderio eccessivo di perdere peso, né un'intensa paura di aumentare di peso.

Negli individui con schizofrenia possono manifestarsi bizzarri comportamenti alimentari e può talora verificarsi una significativa perdita di peso, ma raramente essi mostrano la paura di aumentare di peso e la distorsione dell'immagine corporea necessarie per la diagnosi di anoressia nervosa.

Gli individui con disturbi da uso di sostanze possono esperire perdita di peso dovuta a scarso apporto nutrizionale, ma in genere non hanno paura di aumentare di peso e non manifestano distorsione dell'immagine corporea. Dovrebbero essere valutati con attenzione gli individui che abusano di sostanze che riducono l'appetito (per es. cocaina, stimolanti) e che manifestano paura dell'aumento di peso, per la possibilità di anoressia nervosa in comorbilità, dato che l'uso di sostanze può rappresentare un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso (Criterio B).

Alcune caratteristiche dell'anoressia nervosa possono, inoltre, soddisfare parte dei criteri per la fobia sociale, il DOC (disturbo ossessivo-compulsivo) e il disturbo di dismorfismo corporeo. Nello specifico, gli individui possono sentirsi in imbarazzo o a disagio nel mangiare in pubblico come nella fobia sociale; possono manifestare, come nel DOC, ossessioni e compulsioni correlate al cibo; oppure preoccupazioni riguardanti un difetto immaginario nell'aspetto fisico, come nel disturbo di dismorfismo corporeo. Se gli individui con anoressia nervosa hanno paure sociali che sono limitate al solo comportamento alimentare, la diagnosi di fobia sociale non dovrebbe essere posta, ma paure sociali non correlate al comportamento alimentare (per es., eccessiva paura di parlare in pubblico) possono giustificare una diagnosi aggiuntiva di fobia sociale. Similmente una diagnosi aggiuntiva di DOC dovrebbe essere considerata solo se l'individuo mostra ossessioni e compulsioni non correlate al cibo (per es., ossessioni di contaminazione), mentre una diagnosi aggiuntiva di disturbo di dismorfismo corporeo dovrebbe essere considerata solo se la distorsione non è correlata alla forma e alle dimensioni del corpo (per es., preoccupazione di avere il naso troppo grosso).

Gli individui con bulimia nervosa mostrano ricorrenti episodi di abbuffata, seguiti da inappropriate condotte per evitare l'aumento di peso (per es., ricorso al vomito autoindotto), e preoccupazioni per la forma e il peso del corpo. Contrariamente agli individui con anoressia nervosa, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione, gli individui con bulimia nervosa riescono tuttavia a mantenere un peso corporeo maggiore o uguale a quello minimo normale.

Individui con il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo possono, invece, mostrare una significativa perdita di peso o significative deficienze nutrizionali, ma non hanno paura di

aumentare di peso o di diventare grassi, né hanno uno squilibrio nel modo in cui percepiscono la forma e il peso del proprio corpo (DSM-5, APA, 2013).

1.2.10 Comorbidità

Il disturbo bipolare, il disturbo depressivo e i disturbi d'ansia si verificano comunemente in concomitanza con l'anoressia nervosa (DSM-5, APA, 2013). Molti individui con anoressia nervosa riferiscono la presenza di un disturbo d'ansia o di sintomi prima della comparsa del disturbo dell'alimentazione. Il DOC è descritto in alcuni individui con anoressia nervosa, specialmente quelli con il tipo con restrizioni. Anche il disturbo da uso di alcol e altri disturbi da uso di sostanze possono essere in comorbidità con l'anoressia nervosa, specialmente tra gli individui con il tipo con abbuffate/condotte di eliminazione.

1.3 I Modelli dell'Anoressia Nervosa

1.3.1 Modelli cognitivi e la teoria transdiagnostica

Come primo modello psicologico emerge quello di Hilde Bruch (1973), la quale contempera concetti dinamici e cognitivi, giungendo alla conclusione che i vari sintomi dell'AN vanno reinterpretati come manifestazioni di disturbi nel campo percettivo e concettuale, in particolare l'incapacità di riconoscere la fame e le altre sensazioni fisiche, che si associa alla scarsa consapevolezza del proprio corpo. Sottolinea anche l'importanza dello stile di pensiero dei pazienti con anoressia nervosa; per esempio, descrive il “senso paralizzante di inefficienza, che pervade tutto il pensiero e le attività dei pazienti con anoressia nervosa”.

Inoltre, Bruch (1997) riporta la mancanza di risposte adeguate da parte dei genitori verso i bisogni del proprio figlio/figlia da cui ne consegue un'incapacità da parte del bambino di riconoscere e differenziare le proprie sensazioni corporee, tra cui la fame. Riconduce, quindi, la comparsa dell'AN ad un rapporto materno troppo opprimente che non lascia molto spazio ai bisogni del soggetto, dove il disturbo rappresenterebbe un modo per conquistare la propria autonomia.

Bruch fu la prima a porre l'attenzione alle influenze socioculturali, oggi ampiamente studiate.

Dopo Bruch, Vitousek ha riassunto le diverse elaborazioni da parte di altri autori del modello cognitivo-comportamentale spiegando che i sintomi anoressici e bulimici sono mantenuti da un insieme caratteristico di idee sopravvalutate sulle implicazioni personali della forma e del peso del corpo (Vitousek, 1996). Questi atteggiamenti hanno origine nell'interazione di caratteristiche individuali stabili (come perfezionismo, ascetismo e difficoltà nella regolazione degli affetti) con ideali socioculturali per l'aspetto femminile. Una volta formate, le convinzioni influenzano gli

individui che le credono a impegnarsi in comportamenti alimentari e di eliminazione stereotipati, a rispondere a contingenze di rinforzo eccentriche, a elaborare le informazioni in accordo con prevedibili pregiudizi cognitivi e, infine, a essere influenzati da sequele fisiologiche che servono anche a sostenere credenze e comportamenti disordinati.

Fairburn e colleghi (1999) hanno proposto una nuova teoria cognitivo comportamentale sul mantenimento dell'anoressia nervosa (teoria transdiagnostica).

Per la teoria, la caratteristica centrale legata all'esordio dell'AN è il bisogno estremo di controllare l'alimentazione. Inizialmente è presente il bisogno di autocontrollo in generale che è probabilmente causato dal senso di inefficienza e perfezionismo che riportano le persone con AN e che interagisce con una bassa autostima. Le persone che sviluppano poi l'AN potrebbero sperimentare il controllo di vari aspetti della propria vita, come il lavoro, lo sport o altri interessi, ma presto il controllo sul cibo diventa di preminente importanza perché viene vissuto come comportamento di successo in un contesto in cui percepiscono il fallimento in tutte le altre aree di funzionamento.

La necessità di autocontrollo si concentra principalmente sull'alimentazione per diversi motivi: innanzitutto una restrizione dietetica efficace fornisce una prova immediata di autocontrollo e questo non è vero per gli altri domini che sono maggiormente sotto l'influenza degli altri e dell'ambiente; in secondo luogo, ha un effetto potente e immediato sull'ambiente esterno e sugli altri, come la famiglia, soprattutto se già presenti relazioni disfunzionali; inoltre, in alcune famiglie il tema del cibo è altamente saliente e ciò incoraggia la persona a riportare il suo autocontrollo sull'alimentazione; in quarto luogo, il fatto che il disturbo in genere inizi dall'adolescenza può essere rilevante poiché il controllo sul cibo fornisce un mezzo per arrestare o addirittura invertire la pubertà che può costruire di per sé una minaccia all'autocontrollo; infine, è probabile che l'associazione tra restrizione dietetica e controllo sia incoraggiata dall'importanza attribuita nelle società occidentali alla dieta finalizzata al controllo della forma del corpo e del peso.

Per quanto riguarda il mantenimento del disturbo, Fairburn e colleghi (1999) propongono tre meccanismi principali di feedback che rafforzano i tentativi di limitare il consumo di cibo.

Il primo, descritto da Slade (1982) è una conseguenza del fatto che il controllo sul mangiare aumenta direttamente la sensazione di controllo della persona e quindi la sua autostima. La restrizione dietetica coinvolge non solo la quantità consumata ma anche i tipi di cibo consumati e gli orari in cui si mangia, inoltre, alla dieta vengono applicati standard perfezionisti, spesso espressi con regole dietetiche estreme. Il successo iniziale nel limitare l'assunzione di cibo e il conseguente senso di autocontrollo che ne deriva costituisce un potente rinforzo per ulteriori restrizioni, così, il

controllo sul cibo diventa indice sia di controllo che di autostima (Fairburn et al, 1999). In questo modo, le persone con AN controllano tutto ciò che esiste di importante nella loro vita ed evitano, così, di dover affrontare le difficoltà, come i problemi familiari, la creazione di relazioni e l'attività sessuale. A lungo termine, alcuni descrivono la loro identità come intrinsecamente associata alla restrizione dietetica e all'essere anoressici e questo collegamento tra identità e disturbo contribuisce ulteriormente al carattere egosintonico del disturbo.

Il secondo meccanismo è legato alla fame e deriva in gran parte dal modo in cui vengono interpretati alcuni suoi effetti fisici e psicologici. Ad esempio, la fame intensa vissuta da alcune persone può essere percepita come una minaccia al controllo sul cibo mentre l'accresciuto senso di sazietà può essere visto come un fallimento dell'autocontrollo e questi effetti promuovono ulteriori restrizioni dietetiche. Anche la ridotta concentrazione osservata durante il senso di fame può minacciare il senso di controllo della persona poiché le difficoltà di concentrazione portano le persone a percepire gli eventi come imprevedibili e più incontrollabili.

Il terzo (Figura 1) è specifico dei casi osservati nelle società occidentali e deriva dal fatto che il controllo sull'alimentazione, sulla forma e sul peso sono utilizzati come indici complessivi di autocontrollo e autostima. Questo meccanismo opera in società in cui si ricerca la magrezza e si evita il grasso ed è associato alla tendenza di alcuni individui a giudicare la propria autostima in gran parte, o esclusivamente, in termini di forma del corpo e peso. La perdita di peso è il principale indice di autocontrollo e l'obiettivo principale della restrizione è perdere del peso in modo quantificabile. Il controllo attento del proprio peso può ulteriormente perpetuare il disturbo, portando i soggetti a pesarsi frequentemente e a preoccuparsi di fluttuazioni di peso irrilevanti e a mantenere convinzioni distorte sul peso. Spesso, l'assenza di perdita di peso viene interpretata come prova di scarso controllo mentre anche lievi cali di peso rinforzano molto il senso di autocontrollo. Le preoccupazioni sulla forma del corpo portano le persone con AN a pensare che il loro corpo sia troppo grande, così controllano ripetutamente gli aspetti relativi al corpo con scopo di ottenere informazioni oggettive sulla sua forma. È stato dimostrato che la percezione della forma del corpo è soggetta a diverse influenze, incluso l'umore negativo, il consumo di cibo ritenuto altamente calorico e la visione magra delle donne nei media. Anche i bias di conferma hanno una forte influenza poiché le persone tendono a cercare informazioni che rafforzano le loro preoccupazioni e di conseguenza la messa in atto della restrizione alimentare.

Man mano che il peso corporeo diminuisce, le persone con AN scoprono di dover mangiare sempre meno per soddisfare i loro standard perfezionistici di perdita di peso; tuttavia, il tasso di perdita di peso diminuisce e viene percepito come un fallimento nel controllo della dieta. In risposta al senso di fallimento, alcuni diventano sempre più dipendenti da ulteriori comportamenti di controllo del

stata modificata per rappresentare i principali processi che mantengono l'AN di tipo restrittivo. È importante notare il marcato ritiro sociale osservato durante la fame poiché ha effetto di incoraggiare l'eccessiva preoccupazione per sé stessi isolando allo stesso tempo i pazienti da influenze esterne che potrebbero diminuire la loro eccessiva valutazione del cibo, della forma e del peso corporeo e del loro controllo. Nel tipo di AN con abbuffate e condotte compensative, sia la "starvation syndrome" che l'abbuffata contribuiscono al mantenimento del disturbo (vedi Figura 2, a destra), spiegando così la prognosi relativamente sfavorevole di questi pazienti.

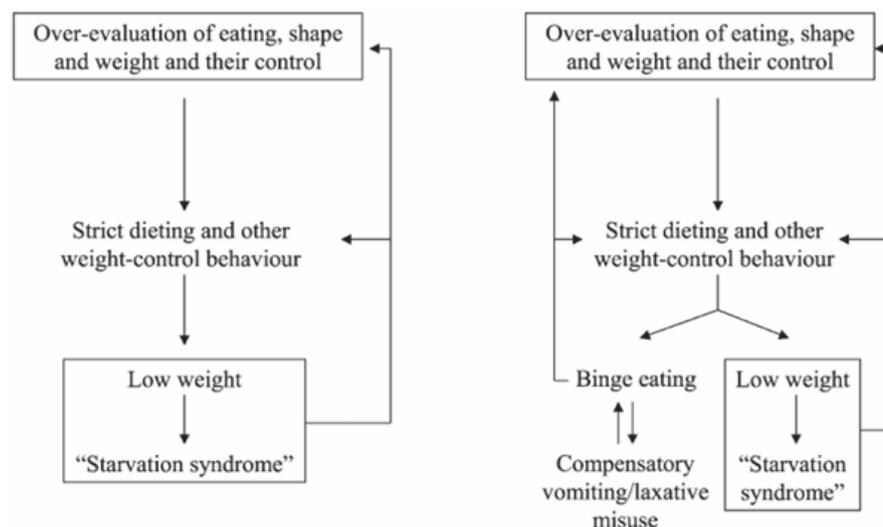


Figura 2. Rappresentazione schematica del modello di mantenimento dell'anoressia nervosa (Fairburn et al., 2003).

Lo schema a sinistra rappresenta il 'tipo restrittivo'; quello a destra rappresenta il 'tipo con abbuffate e condotte compensatorie'.

Il modello di Fairburn è stato uno dei primi modelli applicabili ai DCA ed ha diverse evidenze a supporto. Ad esempio, come afferma anche Slade (1982) l'autocontrollo risulta essere al centro del disturbo da AN e l'estremo bisogno di queste persone di controllare il proprio modo di mangiare fornisce un semplice principio organizzativo che spiega molte caratteristiche del disturbo compresa la resistenza al cambiamento e l'egosintonicità (Fairburn et al., 1999). Inoltre, il modello condivide il punto di vista di Vitousek e Hollon (1990) secondo cui l'eccessiva valutazione della forma e del peso è un fattore di mantenimento importante ed è associato a pregiudizi nell'elaborazione delle informazioni.

È stato anche suggerito che le preoccupazioni relative alla forma e al peso siano una recente aggiunta cultura-specifica alla psicopatologia dell'AN e ciò è supportato dal fatto che le preoccupazioni non sembrano aver fatto parte della psicopatologia di molti casi riportati negli storici di letteratura (ad esempio Casper, 1983; Shorter, 1987; Habermas, 1992; Parry-Jones e Parry

Jones, 1994). Un ulteriore supporto deriva dalle osservazioni dei medici che lavorano nei paesi in via di sviluppo che hanno segnalato l'assenza di preoccupazioni circa la forma e il peso del corpo tra molti casi di AN (ad esempio, Lee et al., 1993; Khandelwal et al., 1995). Nel loro insieme, queste osservazioni suggeriscono che i problemi di forma e peso potrebbero non essere una caratteristica essenziale dell'AN e, se fosse vero, ciò porrebbe problemi ai resoconti cognitivo-comportamentali esistenti (Fairburn et al., 1999). Pertanto, Fairburn e colleghi (1999) suggeriscono che la teoria basata sul controllo fornisca una spiegazione psicologica alternativa del disturbo e che abbia un potere esplicativo equivalente e compatibile con la nozione di AN in assenza di preoccupazioni sulla forma e sul peso. Il modello viene definito dagli stessi autori come una sintesi in quanto incorpora le caratteristiche fondamentali di entrambi gli studi di Slade con Vitousek e Garner.

La teoria è stata ideata prendendo in considerazione la bulimia nervosa nello specifico; perciò, non è scontato che possa facilmente adattarsi anche all'anoressia nervosa. Tuttavia, se i punti in comune tra AN e BN sono evidenti se indagati con indagini trasversali, diventano ancora più evidenti quando si adotta una prospettiva longitudinale (Fairburn et al., 2003). Nei pazienti che non migliorano dall'AN, il passaggio alla BN è molto frequente e spesso accade che pazienti con BN hanno avuto AN in passato. Generalmente molti aspetti dell'AN rimangono più o meno gli stessi, ma, con i sintomi della fame che svaniscono, aumenta il peso e la paura di ingrassare viene intensificata dagli episodi di abbuffata. Inoltre, nei due disturbi, la psicopatologia di base è essenzialmente la stessa per cui entrambi i gruppi di pazienti danno eccessiva importanza al cibo, alla forma e al peso esprimendo questi comportamenti in modi simili. Infatti, i pazienti con AN limitano l'assunzione di cibo nella stessa maniera rigida ed estrema con cui i pazienti con BN abusano di lassativi, diuretici, vomito ed esercizio fisico.

Analizzando il modello di Fairburn per l'AN si possono, tuttavia, evidenziare alcune limitazioni dello stesso. In primo luogo, si può evidenziare l'enfasi posta dagli autori alla restrizione alimentare come causa primaria dell'AN, trascurando però la distorsione dell'immagine corporea e tratti psicologici che possono essere altrettanto rilevanti. Inoltre, il modello sembrerebbe non tenere conto delle influenze culturali e sociali dell'AN oltre alle interazioni tra fattori biologici, psicologici e ambientali nell'eziologia dell'AN.

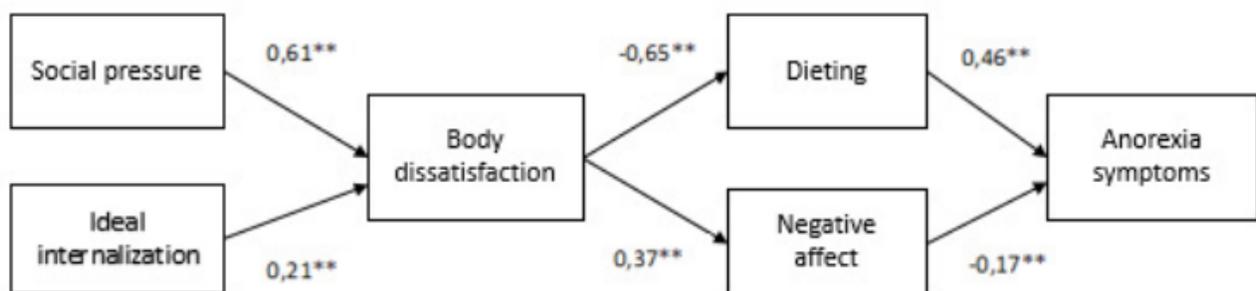
1.3.2 Dual Pathway Model

Stice (1994) ha pubblicato la sua teoria e il Dual Pathway Model per la bulimia nervosa spiegando come i fattori di rischio sociale interagiscano con i fattori psicologici e comportamentali nello

sviluppo dei sintomi dei disturbi del comportamento alimentare (Urvelyte & Perminas, 2015). Il modello descrive come la pressione sociale per il corpo ideale e l'interiorizzazione degli stereotipi portino all'insoddisfazione dell'immagine corporea e che, quest'ultima, induca restrizione alimentare e affettività negativa, che sono le vie finali per lo sviluppo della bulimia.

Ricerche precedenti confermano questo modello ed è stato anche dimostrato che gli stessi fattori socioculturali siano importanti anche per lo sviluppo dell'anoressia. Diversi studi hanno provato che la pressione verso la magrezza, l'interiorizzazione dell'ideale magro, l'insoddisfazione corporea, la dieta e l'affettività negativa siano fattori di rischio non solo per la bulimia ma anche per l'anoressia nervosa (Ahern et al., 2008; Fairburn et al., 1999).

Si può quindi presumere che il Dual Pathway Model della bulimia nervosa possa predire anche i sintomi dell'anoressia nervosa, come riportato dallo studio di Urvelyte, & Perminas (2015) in cui è stato testato sia il modello originale per la BN che quello nuovo per l'AN in 348 ragazze con età media di 15.78. Il modello originale ha mostrato un buon adattamento ($GFI = .995$; $RMSEA = 0,04$) spiegando il 24,1% della varianza nei sintomi dell'anoressia nervosa e rendendo entrambe le due vie finali (di affettività negativa e restrizione dietetica) significativamente correlate ai sintomi di bulimia nervosa. Il modello nuovo, esteso all'anoressia nervosa, ha mostrato un buon adattamento ($GFI = 9,989$; $RMSEA = 0,069$) e spiega il 18,8% della varianza nei sintomi dell'anoressia (Figura 3). Come per il modello originale, sia la via dell'affettività negativa che quella della restrizione dietetica era significativamente correlata ai sintomi dell'anoressia, come mostrato in Figura 3.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Figura 3. Modello esteso all'anoressia nervosa (Urvelyte, & Perminas, 2015).

Differentemente dal modello di Fairburn e colleghi (2003), il Dual Pathway Model prende in considerazione fattori sociali e culturali, come l'internalizzazione dello stereotipo del corpo magro e la pressione sociale, spiegando come questi predicano un'insoddisfazione corporea maggiore arrivando poi a prevedere i sintomi dell'AN (Urvelyte, & Perminas, 2015). I sintomi dell'AN nascono, secondo il Dual Pathway Model, da due percorsi diversi: la restrizione alimentare e

l'affettività negativa, e mediano la relazione tra l'insoddisfazione dell'immagine corporea e i sintomi dell'AN. L'insoddisfazione per il proprio corpo porta ad emozioni negative come rabbia, depressione, paura, incapacità di regolare l'emozioni, e fanno tutti parte dell'eziologia dei DCA. È importante sottolineare che, considerando questi ultimi aspetti, il Dual Pathway Model si discosta dalla descrizione del modello di Fairburn e colleghi (2003) che non considerava affatto i fattori psicologici ed emotivi legati ai sintomi di AN.

1.3.3 Modelli animali

La revisione sistematica di Scharner & Stengel (2021) ha fornito una panoramica dei modelli animali esistenti per l'anoressia nervosa.

Uno di particolare interesse tra i modelli genetici animali è quello *anx/anx* per cui sono state fatte scoperte sugli effetti dei peptidi regolatori della fame/sazietà (Scharner & Stengel, 2021). Gli autori del modello hanno studiato come la mutazione dell'anoressia (*anx*) è una mutazione autosomica recessiva, rilevata nel 1984 da Maltais e colleghi, che causa la fame nei topi. I topi *anx/anx* sviluppano un ritardo della crescita e un basso peso corporeo. Un vantaggio del modello è che, con questa mutazione, gli animali perdono peso corporeo imitando una caratteristica dell'anoressia nervosa, tuttavia, i topi presentano molti altri cambiamenti neurologici oltre all'ipofagia e nel complesso hanno un tempo di sopravvivenza molto breve, perciò, molti ricercatori non lo considerano un modello ben descrittivo dell'anoressia nervosa.

Il modello animale più comunemente utilizzato per studiare l'AN è l'Activity-Based Anorexia Model (ABA) di Christopher G. Fairburn (1993) che riflette alcuni aspetti dell'anoressia nervosa come la perdita del peso corporeo, l'aumento dell'attività fisica, la cessazione del ciclo mestruale nelle femmine e le alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Scharner & Stengel, 2021). Il modello ABA utilizza roditori combinando la restrizione alimentare (di solito limitata a poche ore al giorno) con la possibilità per i roditori di correre su una ruota. La combinazione di questi due fattori porta, nei roditori, a una significativa perdita di peso e l'entità di questa perdita di peso dipende principalmente dalla durata del periodo in cui gli animali hanno accesso al cibo. Sono stati osservati specifici cambiamenti neurocognitivi e comportamentali, compresi cambiamenti nel comportamento di tipo ansioso, per cui una diminuzione di estrogeni potrebbe portare a un aumento dell'ansia. Il livello di comportamento ansioso di un singolo roditore potrebbe essere correlato all'attività fisica nella ruota da corsa.

Nell'ABA si osservano alterazioni della barriera intestinale, incluso un aumento della permeabilità del colon. Inoltre, vengono descritti anche cambiamenti neuroendocrini con aumento dei recettori GABA nell'ippocampo e nell'amigdala, alterazioni e diminuzioni della proliferazione cellulare

nell'ippocampo e una riduzione della densità degli astrociti e del volume delle cellule cerebrali che potrebbe essere completamente reversibile mediante rialimentazione.

I punti critici più frequenti riguardavano la mancanza di fattori psicosociali che giocano un ruolo decisivo nei pazienti con anoressia nervosa e l'acutezza del modello che non riflette la condizione umana per cui l'AN spesso inizia nell'adolescenza ma potrebbe durare per molti anni. Contro questo problema, sono stati creati dei modelli ABA cronici che, al contrario dell'ABA acuto, riflettono meglio la condizione umana. Infine, questo modello non spiega la predisposizione genetica di alcune persone verso l'AN.

È da sottolineare che, allo stesso modo del modello di Fairburn e colleghi (2003), nessuno dei due spiega l'influenza dei fattori psicosociali nell'AN e la possibile predisposizione genetica, mentre considerano la restrizione alimentare come fattore principale dell'insorgenza del disturbo. Tuttavia, anche se il modello ABA descrive ampiamente diversi cambiamenti a livello neurocognitivo, comportamentale e di ansia derivanti dall'eccessivo 'esercizio fisico' (la corsa su ruota), il modello di Fairburn e colleghi descrive una situazione puramente umana aggiungendo che la "*starvation syndrome*" può incrementare l'eccessiva preoccupazione per il cibo, la forma e il peso corporeo portando la persona a controllarli estremamente. Infatti, sebbene i modelli animali possano dare un'importante indicazione di base su cosa possa infierire nell'incremento dei sintomi di AN e spiegarne il meccanismo eziologico, al momento può risultare maggiormente indicato osservare i meccanismi eziologici e di mantenimento dell'AN direttamente nei pazienti.

1.3.4 Modello integrato biopsicosociale

Il modello biopsicosociale sostiene l'esistenza di una interazione tra l'organismo, il suo comportamento passato e il suo ambiente (variabili biologiche, psicologiche e ambientali). Tale modello è stato, per circa vent'anni, considerato il più importante nella spiegazione dello sviluppo dei DCA (Schludt & Johnson, 1990). I disturbi dell'alimentazione sarebbero dunque determinati da più cause che interagiscono e si integrano secondo modalità non ancora completamente chiare. Munro e colleghi (2017) hanno descritto la teoria integrata biopsicosociale dei fattori di mantenimento nell'AN (Figura 4) sviluppando, da idee teoriche derivanti dalla pratica clinica e dalla letteratura, una teoria clinicamente rilevante e valida.

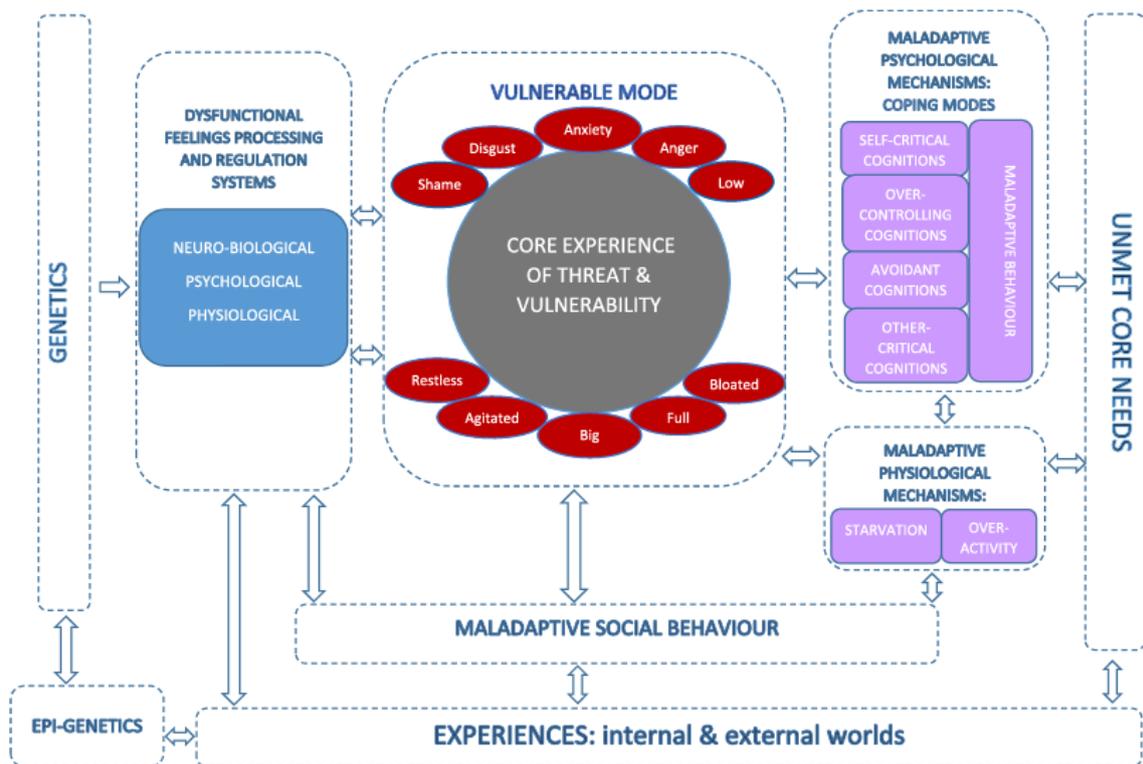


Figura 4. Modello biopsicosociale di mantenimento dell'anoressia nervosa (Munro et al., 2017).

Gli autori suggeriscono 8 fattori chiave centrali per comprendere la resistenza al trattamento e il mantenimento dei sintomi dell'anoressia nervosa: fattori predisponenti genetici o esperienziali; sistemi di elaborazione e regolazione dei sentimenti disfunzionali; sentimenti di vulnerabilità eccessiva; credenze sul "sé temuto"; la fame come meccanismo di regolazione dei sentimenti fisiologici disadattivi; modalità psicologiche disadattive di coping; comportamento sociale disadattivo; bisogni fondamentali fisici e psicologici insoddisfatti.

Hanno sviluppato un quadro dei bisogni di base, comprendendo sia quelli fisici che psicologici, per una comprensione del comportamento basata sui bisogni ai pazienti con AN. I quattro bisogni psicologici fondamentali sono la sicurezza emotiva, il controllo e la competenza, nutrimento, accettazione; mentre i quattro bisogni fisici sono la sicurezza fisica, attività, nutrizione e riposo. Per comprendere come il sistema dei bisogni non riesca a funzionare adeguatamente nei pazienti con AN, bisogna considerare i sistemi neurobiologici, fisiologici e psicologici che normalmente guidano e motivano gli esseri umani a comportarsi in modo sano e adattivo per soddisfare i propri bisogni.

Per quanto riguarda il legame tra sentimenti e bisogni, la sensazione di fame, ad esempio, è un segnale fisico del bisogno di nutrimento ma può essere un indicatore emotivo del bisogno di sicurezza emotiva ("mangiare per calmarsi"). L'articolo di Munro e colleghi (2017) descrive diversi modelli che indagano l'aspetto emotivo e, riassumendo, si può dire che il sano funzionamento dei

sistemi di elaborazione dei sentimenti porta al soddisfacimento dei bisogni fondamentali e ad un individuo prospero e sano. Ciò avviene con lo sviluppo di un repertorio di risposte comportamentali, e quindi della capacità di adattarsi al mutare delle circostanze. Un individuo impara con l'esperienza il modo migliore per alleviare i sentimenti vulnerabili e ottenere o mantenere sentimenti positivi e gratificanti. Al contrario, un funzionamento malsano dei sistemi di elaborazione dei sentimenti porta a bisogni fondamentali insoddisfatti e a un individuo malsano che lotta per farvi fronte.

In generale, l'articolo riporta abbondanti evidenze di sistemi disfunzionali di regolazione e processamento delle emozioni tra le persone con AN, sia che questi siano concettualizzati in termini neuro-biologici, fisiologici o psicologici (Munro et al., 2017). La conseguenza è un'esperienza di eccessivi sentimenti negativi di vulnerabilità e di minaccia, inclusa la sensazione di essere troppo enormi. Pertanto, i sistemi di segnalazione dei sentimenti ingannano l'individuo riguardo i suoi bisogni sottostanti favorendone la convinzione di essere inadeguati, disgustosi e avidi, convincendosi di essere inaccettabili e criticabili dagli altri.

Gli autori suggeriscono che l'approccio misto quantitativo e qualitativo che hanno adottato possa generare una comprensione integrata più olistica della malattia.

È necessario evidenziare come, rispetto al modello di Fairburn e colleghi (2003), gli autori del modello biopsicosociale di mantenimento dell'AN considerano molti più fattori legati ad essa. Infatti, emergono allo stesso modo sia meccanismi fisiologici disadattivi, come la fame (descritta anche da Fairburn) e l'iperattività (che si ritrova anche nel modello ABA, vedi 1.3.3), sia meccanismi psicologici e modalità di coping disfunzionali (come l'autocritica, l'ipercontrollo e l'evitamento delle cognizioni) che i modelli precedenti non tenevano in considerazione. Inoltre, il modello biopsicosociale, come riportato anche dal nome stesso, si interessa, al contrario dei modelli descritti in precedenza, anche alla genetica e all'epigenetica e il loro legame bidirezionale con i sistemi di regolazione ed elaborazione di sentimenti e pensieri disfunzionali. Un'ulteriore innovazione data dal presente modello è la rilevanza dei fattori sociali: i comportamenti sociali disadattivi hanno un legame sia con i sistemi di elaborazione e regolazione dei sentimenti disfunzionali ma anche con le esperienze relative al sé del paziente e ai meccanismi fisiologici disadattivi.

Emerge quindi che i pazienti con AN assumano modalità disadattive di soddisfazione dei propri bisogni e che questo motivi la persona a comportarsi in modo meno sano rispetto a chi non ha l'AN, mantenendone quindi i sintomi.

1.4 La Valutazione dell'Anoressia Nervosa

Secondo le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (2024) prima di iniziare il trattamento per l'AN, è necessario sottoporsi a una valutazione delle condizioni fisiche e psicologiche da parte del medico di famiglia e di specialisti, come psicologi, psichiatri, nutrizionisti, dietisti ed endocrinologi. La valutazione preliminare guiderà la predisposizione di un piano terapeutico.

Per fare diagnosi di disturbo del comportamento alimentare è importante porre al paziente alcune domande sul peso e sulle abitudini alimentari da parte del medico di famiglia.

Inoltre, il peso di una persona con AN è almeno del 15% al di sotto del peso medio per età, sesso, altezza, perciò, l'Istituto Superiore di Sanità inserisce all'interno della prassi di valutazione anche il calcolo del BMI, ricordando che adulti con AN di solito hanno un BMI inferiore a 17,5. Il BMI non viene usato con persone di età inferiore ai 18 anni, per le quali vengono prese a riferimento le tabelle dei percentili.

Il medico di famiglia può non aver bisogno di alcun test per formulare una diagnosi di AN, può essere sufficiente misurare la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, esaminare mani e piedi per vedere se ci sono i segni di eventuali complicanze del disturbo.

Il medico può anche chiedere al paziente di eseguire alcuni semplici esercizi fisici, come passare dalla posizione seduta a quella accovacciata e in piedi, per valutare la forza muscolare.

Le persone con AN possono presentare anche problemi cardiaci, come un battito irregolare (aritmia), perciò alcune volte può essere necessario un elettrocardiogramma (ECG); inoltre, può anche prescrivere degli esami del sangue per controllare le condizioni di salute generali e misurare il livello di alcuni minerali, come il potassio.

Se il medico di famiglia sospetta un caso di AN, può inviare l'assistito a uno dei centri specializzati per il trattamento dei DCA per una valutazione più dettagliata ed un piano terapeutico adeguato.

1.4.1 Raccolta anamnestica

Il Ministero della Salute (2018) sottolinea come, ai fini di una corretta valutazione è importante, oltre all'acquisizione di informazioni anamnestiche, la raccolta di dati sul percorso terapeutico già eventualmente intrapreso, con particolare riferimento a figure sanitarie che conoscono il paziente e possono essere un'importante fonte di informazioni e approfondimenti. Ambiti critici per la raccolta anamnestica sono rappresentati dal peso corporeo e modalità e tempistica della perdita di peso; la frequenza delle mestruazioni; le preoccupazioni per il proprio peso, la forma del corpo e il controllo dell'alimentazione; la paura d'ingrassare in una condizione di sottopeso; la restrizione alimentare calorica persistente caratterizzata da adozione di regole dietetiche estreme e rigide (es. saltare i pasti, ridurre le porzioni, evitare specifici alimenti, contare le calorie, limitare o evitare

l'alimentazione sociale), restrizione alimentare calorica marcata, digiuno, vegetarianesimo e veganesimo allo scopo di perdere peso e/o di modificare la forma del corpo; la riduzione o eccesso di apporto idrico; episodi di abbuffata (oggettivi e soggettivi) e altre abitudini alimentari (per es. masticare e sputare il cibo, ruminare, adottare specifici rituali alimentari, spiluccare); vomito autoindotto (frequenza nelle ultime 4 settimane); un uso improprio di lassativi (tipo e frequenza nelle ultime 4 settimane), di diuretici, ormoni tiroidei, psicostimolanti, farmaci dimagranti e supplementi nutrizionali che favoriscono la perdita di peso, abuso di caffè e di bevande con dolcificanti artificiali (frequenza nelle ultime 4 settimane); autolesionismo; esercizio fisico eccessivo; assunzione di liquidi (per es. acqua, alcol, altro); fumo e uso improprio di sostanze psicoattive; rialimentazione troppo rapida; assunzione di materiale non commestibile (Pica); ideazione suicidaria.

1.4.2 Indici di gravità dello stato del paziente

Le Linee Guida del Ministero della Salute (2018) riportano diversi indici misurabili per indagare la gravità dello stato del paziente e per valutare la possibilità di ricorrere a un ricovero in pronto soccorso o in altre strutture dedicate.

Per quanto riguarda il peso corporeo, il BMI risulta essere un indice importante per la valutazione della gravità dello scadimento dello stato nutrizionale anche se non va considerato come parametro unico e sufficiente per definire la gravità del paziente.

Va indagata inoltre la modalità di perdita di peso considerando, se presente, un rapido calo ponderale (ad es. 1 kg per settimana per almeno 6 settimane o perdita >10% del peso abituale in 2-3 mesi) o costante calo ponderale negli ultimi 3 mesi. Dovrebbero inoltre essere presi in considerazione per la loro gravità rapidi cali ponderali come aggravamento di un quadro già persistente, quindi in soggetti con uno stato di salute già molto compromesso, ma anche rapida e intensa perdita di peso in soggetti precedentemente in sovrappeso o obesi.

Inoltre, va misurata la pressione arteriosa (PA) ed è considerata una persona ad alto rischio se la sistolica <90 mmHg e PA diastolica <60 mmHg, e ad altissimo rischio se la PA sistolica <80 mmHg e PA diastolica <50 mmHg.

Per quanto riguarda la frequenza cardiaca (FC), la persona risulta a rischio alto se FC > 110 bpm e a rischio altissimo se FC < 40 bpm oppure > 120 bpm.

Bisogna poi considerare l'attività cardiaca, misurata con l'EKG, poiché il 50% delle morti in pazienti con anoressia nervosa ha un'eziologia cardiaca, incluse torsione di punta e morte improvvisa. È da considerarsi indicatore di gravità qualsiasi aritmia e il rischio è elevato per valori

di QTc \leq 470 ms nei maschi e QTc \leq 480 ms nelle femmine, mentre il rischio è elevatissimo per QTc $>$ 500 m.

Va misurata anche la glicemia per cui il rischio è alto con valori inferiori a 3.5 mmol/L (60 mg/dl), mentre il rischio è altissimo per valori inferiori a 2.5 mmol/L (45 mg/dl).

La frequenza elevata di comportamenti di eliminazione come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici e clisteri aumenta significativamente il rischio di alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico (es. ipokaliemia) e delle associate complicanze cardiache e renali. Va sempre osservato lo stato di idratazione, sia per le possibili perdite idriche collegate alle condotte di eliminazione, sia perché la restrizione dell'acqua può essere un sintomo del disturbo. La disidratazione è critica per tutti i soggetti, ma particolarmente grave in età pediatrica. Le alterazioni elettrolitiche rappresentano sempre un quadro da considerarsi gravissimo quando associate ad alterazioni metaboliche acute come l'ipoglicemia, l'ipoalbuminemia e bassi livelli di prealbumina. Per quanto riguarda i livelli dei diversi elettroliti vengono riportati diversi gradi di rischio, anche se valori anche di poco sottosoglia devono essere considerati un indicatore negativo. Le alterazioni di K, Mg, P si associano a rischio altissimo se presenti alterazioni dell'ECG.

Per quanto concerne l'urea, il rischio è alto se >7 mmol/L e il rischio è altissimo se >10 mmol/L. Un basso valore può essere indice di malnutrizione proteica.

Vanno misurati anche gli enzimi epatici che, se mediamente o marcatamente elevati portano ad alto rischio (AST e/o ALT $>$ 500U/L).

Si misura anche l'emocromo e si individua il valore dei neutrofili che riflettono un alto rischio se <1500 /mmc e un rischio altissimo se <1000 /mmc.

Per l'albumina si identifica rischio alto se <35 g/L e rischio altissimo se <30 g/L. Una riduzione dei valori di albumina si associa sempre ad una condizione di gravità; un indice più sensibile è rappresentato dalla prealbumina per cui bassi valori (VN 18-38 mg/dl) sono estremamente suggestivi di malnutrizione; in particolare la malnutrizione è lieve per valori compresi tra 12-15mg/dl, moderata per valori compresi tra 8 e 10 mg/dl e severa per valori inferiori a 8mg/dl. Vi può essere un rialzo dei livelli sierici sia dell'isoforma muscolare che di quella cardiaca. Il significato di fatto riflette l'eccesso di attività fisica (raramente correla con danno miocardico).

Altri particolari segni e sintomi indicativi dello stato di gravità del paziente descritte dal Ministero della Salute (2018) sono la storia di amenorrea, l'ipersensibilità al freddo, la stipsi, il segno di Russel (callosità o lesioni sulle nocche o sul dorso della mano prodotte da ripetuti tentativi di autoinduzione del vomito), ipertrofia delle ghiandole salivari e la xerosi e xerostomia.

1.4.3 Misure di valutazione

Sebbene esistano tanti strumenti di valutazione per i DCA, la revisione della letteratura di Anderson e colleghi (2004), descrive strumenti efficaci, ben validati e pratici anche per l'utilizzo nella pratica clinica.

Il primo test descritto è l'*Eating Attitudes Test (EAT)*, Garner & Garfinkel, 1979), un inventario self-report di 40 item, originariamente progettato per misurare i sintomi dell'AN (Anderson et al., 2004). È stata poi sviluppata una versione modificata, l'EAT-26, dopo aver rilevato che 14 item dell'EAT originario non erano necessari. L'EAT e L'EAT-26 sono altamente correlate ($r = 0.98$). L'affidabilità test-retest ($r = 0.87$) e la coerenza interna ($\alpha = 0.86$) sono buone (Gleaves et al., 2014). È stata dimostrata una buona validità concorrente tra l'EAT-26 e una serie di altre misurazioni dei disturbi alimentari: è risultata una correlazione significativa di 0.42 con il costrutto di valutazione delle dimensioni corporee, una correlazione negativa di 0.38 con la stima delle dimensioni corporee ideali, correlazioni positive di 0.44 e 0.57 rispettivamente con la soddisfazione corporea e l'immagine corporea (Garner et al., 1982). Ha una buona validità discriminante, infatti può differenziare le persone con AN, BN e con disturbo da alimentazione ipercontrollata (BED) dai controlli (Anderson et al., 2004). Inoltre, può differenziare le persone con AN e BN da quelle con BED; tuttavia, non può discriminare le persone con AN da quelle con BN. È stato suggerito che i punteggi cut-off di 30 sull'EAT identifichino le persone con atteggiamenti e comportamenti disfunzionali nei confronti del cibo.

È un test semplice da somministrare e da valutare e relativamente veloce da compilare, motivo per cui è uno degli inventari di autovalutazione più comunemente utilizzati negli studi sul trattamento dei DCA. In un contesto clinico, può essere utilizzato come misura di screening per identificare le persone che potrebbero avere notevoli preoccupazioni alimentari e può essere anche somministrato ripetutamente durante il trattamento come misura globale del progresso del trattamento.

Il colloquio clinico rimane lo strumento di valutazione preferito nella diagnosi dei DCA poiché consente domande più dettagliate; perciò, Anderson e colleghi (2004) hanno esaminato due interviste semistrutturate utili durante il colloquio.

L'*Eating Disorder Examination (EDE)*, Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn & Cooper, 1993) è attualmente alla sua dodicesima edizione ed è progettata per valutare la psicopatologia associata ad AN e BN (Anderson et al., 2004). L'intervista valuta due indici comportamentali: l'eccesso di cibo e l'utilizzo di metodi di controllo estremo del peso. Inoltre, indaga quattro sottoscale relative alla restrizione, preoccupazione per il cibo, preoccupazione per la forma del corpo e preoccupazione per il peso corporeo. L'EDE è in cui l'intervistatore, e non il partecipante, valuta la gravità dei sintomi.

Questo è particolarmente importante nel valutare gli episodi di abbuffate, perché il termine “abbuffata” sembra essere definito diversamente dai professionisti e dai pazienti. L’affidabilità tra valutatori è di 0.90, mentre l’affidabilità test-retest risulta di 0.70, eccetto per la scala relativa agli episodi e sintomi bulimici (Rizvi et al., 2000). Inoltre, la coerenza interna è soddisfacente per ogni sottoscala (rispettivamente di 0.75, 0.90, 0.78, 0.67, 0.79).

La versione italiana del test riporta una consistenza interna di 0.66 per la scala della restrizione, 0.65 per le preoccupazioni relative all’alimentazione, 0.77 per la scala delle preoccupazioni per il peso, 0.84 per la scala delle preoccupazioni sulla forma del corpo (Calugi et al., 2015). Per quanto riguarda l’affidabilità tra valutatori della versione italiana, emerge che le correlazioni della sottoscala globale e originale con quelle dei comportamenti legati ai disturbi alimentari sono tutte elevate (0.75-1.00), mentre l’affidabilità test-retest è risultata maggiore di 0.80, ad eccezione della scala di restrizione (0.57). L’EDE riesce a discriminare tra persone con DCA dai controlli e valuta molti dei domini centrali di interesse nei DCA, tra cui abbuffate, comportamenti purgativi, restrizioni e preoccupazioni per l’immagine corporea (Anderson et al., 2004). L’intervista richiede, però, formazione da parte del professionista e il completamento potrebbe richiedere più di un’ora, il che lo rende meno adatto per screening o per un uso clinico di routine. Inoltre, gli studi hanno rilevato discrepanze tra l’EDE e altre misure sui tassi di abbuffate, comportamenti purgativi e problemi di forma corporea e peso. Nonostante queste carenze, l’EDE è fortemente raccomandato come strumento di valutazione quando il clinico ha tempo e risorse disponibili per utilizzarlo.

La seconda intervista semistrutturata proposta dagli Anderson e colleghi (2004) è l’*Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV (IDED-IV*, Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin, & Murphy-Eberenz, 1998), sviluppata ai fini della diagnosi differenziale utilizzando i criteri del DSM-IV, compresi AN e BN, nonché BED e altre sindromi sottosoglia (DCA-NAS). Ha una buona consistenza interna (0.75 per la sottoscala dell’AN) e le correlazioni item-totali per la sottoscala dell’AN variano da moderati (0.52) a alti (0.75), mentre l’affidabilità tra valutatori mostra coefficienti da bassi (0.41) a alti (0.81) per la sottoscala dell’AN (Kutlesic, 1995). Inoltre, l’intervista permette di discriminare tra le diagnosi di DCA. Un punto di forza dell’IDED-IV è che le risposte dei pazienti vengono valutate su scale di gravità direttamente correlate ai criteri del DSM-IV (Anderson et al., 2004). Un punteggio pari o superiore a 3, su una scala da 1 a 5, equivale alla definizione operativa di quel particolare sintomo diagnostico. Seguendo l’intervista, il professionista completa una checklist diagnostica utilizzando le valutazioni di gravità che portano direttamente alla diagnosi differenziale. È molto facile da usare e conduce direttamente alla diagnosi, tuttavia non è uno strumento aggiornato all’attuale DSM-5 e quindi ai nuovi criteri dei

diversi DCA; non permette una valutazione di altre tipologie di DCA, come ARFID, pica e disturbo da ruminazione; non valuta le frequenze specifiche dei sintomi (ad esempio, di abbuffate e di vomito); si focalizza nei criteri diagnostici precludendo necessariamente un assessment più dettagliato di altri aspetti dei DCA (come la preoccupazione per la forma del corpo e del peso e la restrizione cognitiva) o di costrutti rilevanti che non sono inclusi nei criteri diagnostici (Thomas & Roberto, 2015). Per questi ultimi motivi, l'intervista è molto meno utilizzata nella ricerca attuale sui DCA rispetto all'EDE.

1.4.4 Misure per la pianificazione e valutazione del trattamento

Durante la pianificazione e la valutazione del trattamento è importante tenere a mente di valutare tutte le componenti fondamentali del DCA (Anderson et al., 2004), perciò di seguito sono riportate le misure migliori per valutarle nel modo più efficiente.

L'automonitoraggio dell'assunzione di cibo è un metodo utile per ottenere informazioni sul comportamento alimentare. Tipicamente, le informazioni vengono raccolte in variabili come i pattern temporali dell'alimentazione, il tipo e la quantità di cibo mangiato, la frequenza e la topografia degli episodi di abbuffata e del comportamento purgativo e l'umore prima e dopo il pasto. L'automonitoraggio è una componente essenziale della CBT per i disturbi del comportamento alimentare e può essere utilizzato durante il trattamento per monitorare il cambiamento dei sintomi. Tuttavia, alcune limitazioni derivano dal fatto che alcune persone minimizzano o neghino deliberatamente alcuni comportamenti e, inoltre, non esiste un formato standard per l'automonitoraggio. In generale, è uno strumento utile se considerato con la dovuta cautela e dovrebbe essere raccolto di routine durante il trattamento.

Anche l'EDE è una delle migliori misure disponibili per la pianificazione e la valutazione del trattamento e, sebbene presenti alcuni svantaggi per l'uso nella pratica clinica (vedi 1.4.3), può essere estremamente utile.

L'*Eating Disorders Inventory-3 (EDI-3)*, Garner, 2004) è una misura di autovalutazione per identificare i comportamenti disfunzionali presenti negli individui con DCA (Barstack et al., 2023). L'inventario misura la presenza e la gravità dei sintomi associati alle seguenti categorie dei DCA delineate nel DSM-IV (AN, BN, DCA-NAS) e, per quanto riguarda l'AN e BN, i criteri diagnostici continuano ad allinearsi bene anche con il più recente DSM (DSM-5-TR). I 91 item dello strumento sono delineati in 12 scale che producono sei punteggi compositi (vale a dire, rischio di disturbi alimentari, inefficacia, problemi interpersonali, problemi affettivi, controllo eccessivo e disadattamento psicologico generale) che sono determinanti nella creazione di tipologie clinicamente significative e nella definizione di obiettivi di trattamento.

Spesso è utilizzato nel confronto tra i punteggi dello screening di base con i punteggi al termine del trattamento o al follow-up. È stato classificato, nel 2014, come il 52° strumento più utilizzato nella pratica clinica dei counselor ed è lo strumento più popolare per la valutazione dei DCA. Lo studio di Barstack e colleghi (2023) ha raccolto gli aspetti psicometrici dei punteggi dell'EDI-3 nella letteratura da più di 100 studi empirici da 15 anni ad oggi ed è risultato che è presente una buona coerenza interna delle scale ($\alpha=0.89$); tuttavia, è emerso che i punteggi possano cambiare nel tempo senza trattamento, soprattutto per gli uomini. L'affidabilità test-retest (0.54-0.76), che Garner e colleghi (2004) avevano valutato essere 0.94-0.98, nello studio di Barstack e colleghi è simile al gruppo di controllo in lista d'attesa pre-test e post-test, per cui i pazienti migliorano anche quando non sono esposti a un trattamento attivo. L'EDI-3 risulta valida quando applicata a donne bianche poiché maggiormente allineata con i loro valori culturali e credenze, mentre quando i punteggi vengono generalizzati a donne nere e latine è necessaria grande cautela.

Le dimensioni dell'effetto di validità convergente rilevate dallo studio per le sottoscale dell'EDI-3, sono grandi ($r=0.54-0.81$) per la scala del rischio di disturbi alimentari, della spinta alla magrezza, dell'insoddisfazione corporea e della disregolazione emotiva.

Il *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987) è una misura di autovalutazione composta da 34 item e progettata per valutare i sentimenti negativi riguardo la propria dimensione e forma corporea (Anderson et al., 2004). Più risultano alti i punteggi e maggiormente riflettono la disforia corporea, infatti, punteggi pari o superiori a 110 indicano disforia corporea clinicamente significativa. Il questionario ha una buona affidabilità (0.88, $p<.001$; Rosen et al., 1996), un'alta consistenza interna (0.94-0.97; Ghaderi & Scott, 2004) e affidabilità split-half (circa 0.93; Ghaderi & Scott, 2004). Inoltre, è stata rilevata anche un'alta validità attraverso la correlazione alta con la scala dell'insoddisfazione corporea dell'EDI ($r=0.72$; Ghaderi & Scott, 2004) ed è stato dimostrato che il questionario discrimina tra le persone con BN e i controlli, nonché persone in terapia per il disturbo da immagine corporea e i controlli (Anderson et al., 2004). È uno strumento breve e facile da utilizzare durante tutto il processo di trattamento.

Il *Test meals* (Andersen, 1995; Anderson & Maloney, 2001; Anderson, Williamson, Johnson, & Grieve, 2001) è uno strumento per consentire al valutatore di ottenere informazioni dirette sul consumo di cibo, aggirando alcuni dei problemi inerenti all'autodichiarazione del consumo di cibo e risultano utili alle persone che tendono a minimizzare o negare la patologia su altre misure di valutazione (Anderson et al., 2004). Ad esempio, si potrebbe proporre un pasto composto da porzioni standard di ciascuno dei gruppi alimentari e si possono calcolare le calorie complessive per

ogni alimento; lo stesso pasto potrebbe poi essere somministrato periodicamente durante il trattamento. Potrebbe verificarsi un cambiamento nella quantità di cibo e nelle calorie consumate e si può usare questo cambiamento come indice del progresso di trattamento, oltre a fornire un utile indice di restrizione alimentare. Inoltre, si può anche costruire una gerarchia del cibo temuto dalla persona e utilizzata come parte dell'intervento di esposizione. Tuttavia, questi test possono essere difficili da condurre (ad esempio, preparare il cibo) e bisogna essere cauti poiché sono presenti pochissime informazioni riguardo la loro affidabilità, validità o generalizzabilità al momento.

Infine, l'inventario *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*, Beck, Steer, & Brown, 1996) viene utilizzato perché la depressione risulta molto comune nelle persone con disturbi del comportamento alimentare ed è importante che i professionisti valutino regolarmente la sintomatologia depressiva del paziente durante il trattamento (Anderson et al., 2004). È una misura self-report, la sua ultima edizione è del 1996 ed è una delle più utilizzate sul campo anche perché riporta buoni dati psicometrici. Infatti, è emersa un'alta consistenza interna e la media dei coefficienti risulta di 0.91 (tra .89 e .94; Hilsenroth & Segal, 2004) l'affidabilità test-retest è stimata tra 0.48 e 0.86 in pazienti psichiatriche e tra 0.60 e 0.83 in pazienti non psichiatriche mentre Yin e Fan (2000) hanno trovato una media di .72. La validità convergente e discriminante appare ben supportata, infatti, Hilsenroth & Segal (2004) descrivono studi precedenti in cui il BDI-II correla significativamente con altri indici di depressione e costrutti relati alla depressione, inclusi BDI-IA ($r= 0.93$), Hamilton Rating Scale for Depression ($r= 0.71$), BHS ($r= 0.68$).

1.4.5 Valutazione dell'anoressia nervosa in bambini e adolescenti

Nel 2011, Weaver e Liebman hanno descritto come avviene nello specifico la valutazione dell'anoressia nervosa in bambini e adolescenti.

La valutazione iniziale prevede la raccolta dell'anamnesi del paziente e dei genitori e dovrebbe considerare le fluttuazioni di peso, i modelli alimentari, le preferenze o restrizioni alimentari, l'immagine corporea, l'immagine di sé, la perdita di peso, i comportamenti di eliminazione, la storia delle mestruazioni, il peso obiettivo desiderato e i modelli di esercizio. È importante chiarire i fattori di stress che potrebbero aver preceduto l'esordio del disturbo e quelli che sono conseguenti al disturbo mentre ai genitori dovrebbe essere chiesto cosa pensano della causa del disturbo poiché potrebbero aver letto resoconti errati sull'eziologia dei disturbi alimentari.

Oltre alle informazioni sull'alimentazione e sull'esercizio fisico, dovrebbe essere ottenuta un'anamnesi psichiatrica generale che includa l'uso e l'abuso di droghe/alcol; sintomi dell'umore; sintomi di ansia; relazioni/attività familiari e di gruppo dei pari; attività sessuale; immagine di sé;

autostima; rendimento scolastico; interessi extrascolastici; e fattori religiosi, etnici e culturali. È importante ricordare che molti sintomi psichiatrici conseguenti alla malnutrizione diminuiscono con il trattamento della malnutrizione e dell'aumento di peso, così come il disturbo da immagine corporea.

Come strumento di valutazione, diagnosi e trattamento, di solito si utilizza una sessione di pranzo di terapia familiare in cui i valutatori e la famiglia pranzano insieme per valutare le transazioni e i comportamenti associati al cibo e al mangiare. La sessione di pranzo permette di effettuare una visita domiciliare in studio, di modificare le transazioni della famiglia e stimolare il paziente a mangiare, ripristinando così schemi alimentari più funzionali.

Successivamente è necessaria una valutazione fisiologica riguardante il peso e l'altezza, con particolare attenzione al rallentamento della crescita. È necessaria anche l'anamnesi mestruale per le adolescenti o bambine che sono vicine all'età prevista per il menarca poiché l'amenorrea ipotalamica funzionale è spesso risultato dell'AN. Per le adolescenti che hanno avuto il menarca, l'obiettivo di peso dovrebbe essere fissato pari o leggermente superiore al peso di quando la paziente ha perso le mestruazioni. I deficit nutrizionali sono dannosi anche per il mantenimento della massa ossea; perciò, è utile esporre anche aspetti relativi alla possibilità di osteoporosi nella persona.

L'esame fisico obiettivo rivela segni legati al basso peso come perdita di grasso sottocutaneo, perdita di massa muscolare, perdita di forza muscolare, secchezza e pelle squamosa, unghie fragili, capelli secchi e fragili, capelli lanuginosi, polso a riposo inferiore a 60 bpm, pressione sanguigna sistolica inferiore a 110 mm Hg, ipotermia periferica, cianosi periferica ed edema. Oltre a queste evidenze, si indagano anche gli indici precedentemente descritti (vedi 1.4.2).

Nelle fasi acute del disturbo, gli studi sul cervello rivelano anomalie nelle aree attentive, delle funzioni esecutive, della memoria verbale e visiva e delle abilità visuospatiali. Inoltre, anche se ripresi dall'AN, i pazienti mostrano una diminuzione del volume della materia grigia cerebrale rispetto ai controlli (Lambe et al., 1997). Risulta perciò importante anche indagare questi aspetti ed è altrettanto rilevante indagare la famiglia e l'ambiente dove vive la persona con AN.

In conclusione, la valutazione dell'AN infantile e adolescenziale richiede l'integrazione della psichiatria, psicologia, medicina e la comprensione delle reciproche interazioni tra paziente e sistema familiare.

1.5 Il Trattamento per l'Anoressia Nervosa

Il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha pubblicato il 23 maggio 2017 un aggiornamento completo linee guida NICE CG9 del gennaio 2004, le quali fornivano raccomandazioni per identificare, valutare, monitorare, trattare e gestire le comorbidità dei bambini (0-12 anni), dei giovani adulti (13-17 anni) e degli adulti (più di 18 anni) con disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da binge eating).

Innanzitutto, i principi generali di cura descritti dalle nuove linee guida NICE suggeriscono il miglioramento dell'accesso ai servizi, poiché molte persone con DCA trovano difficile discuterne con gli operatori e spesso si sentono vulnerabili allo stigma e alla vergogna, e della comunicazione e dell'informazione sua con i pazienti che con le loro famiglie (NICE, 2017). Un altro principio riguarda il donare supporto alle persone con DCA valutando l'impatto dei fattori ambientali e sociali sul disturbo di ognuno e affrontando i loro bisogni emotivi, educativi, occupazionali e sociali. È necessario anche lavorare con i familiari e i caregiver della persona con DCA poiché anche loro possono provare un grave disagio. Il consenso e la riservatezza risultano fondamentali come anche la formazione dei professionisti che dovrebbero essere competenti per farlo diversamente in base alle fasce d'età. Infine, il principio relativo al coordinamento dell'assistenza alle persone con DCA implica il prestare particolare attenzione a garantire che i servizi siano ben coordinati nel passaggio tra i servizi per l'infanzia a quelli per gli adulti, nel coinvolgimento di più servizi e nell'assistenza della persona in luoghi diversi e in diversi periodi dell'anno.

Secondo le linee guida NICE, la valutazione iniziale prevede la consapevolezza che i DCA si possono presentare in una serie di contesti, tra cui l'assistenza sanitaria primaria e secondaria, l'assistenza sociale, l'educazione, il lavoro. Inoltre, è da tenere presente che il rischio di insorgenza è più alto per i giovani uomini e donne tra i 13 e i 17 anni.

Quando si valuta un DCA bisogna tenere conto del BMI o di un peso insolitamente basso o alto per la loro età, di rapide perdite di peso, di diete o pratiche alimentari restrittive, di familiari o caregiver che segnalano un cambiamento nel comportamento alimentare, del ritiro sociale, di altri problemi di salute mentale, della preoccupazione sproporzionata per il loro peso o la forma corporea, di problemi nella gestione di una malattia cronica che influisce sulla dieta (come diabete o celiachia), di disturbi mestruali/endocrini/gastrointestinali inspiegabili, di segni fisici di malnutrizione o comportamenti compensatori, di dolore addominale, di squilibrio elettrolitico inspiegabile o ipoglicemia, di usura dentale atipica, se prendono parte ad attività associate ad un alto rischio di DCA (ad esempio, sport professionistico, moda, danza), della crescita vacillante o di una pubertà ritardata.

I professionisti della salute mentale dovrebbero valutare quanto segue nelle persone con un sospetto disturbo alimentare: la loro salute fisica, compreso il controllo di eventuali effetti fisici della malnutrizione o di comportamenti compensatori come il vomito; la presenza di problemi di salute mentale comunemente associati ai disturbi alimentari, tra cui depressione, ansia, autolesionismo e disturbo ossessivo-compulsivo; la possibilità di abuso di alcol o sostanze; la necessità di cure di emergenza nelle persone la cui salute fisica è compromessa o che hanno un rischio di suicidio. Infine, se si sospetta un disturbo alimentare dopo una valutazione iniziale, fare immediatamente riferimento a un servizio per disturbi alimentari basato sulla comunità e adeguato all'età per un'ulteriore valutazione o trattamento.

1.5.1 Linee guida NICE per l'anoressia nervosa in adulti

Il trattamento per l'AN suggerito dalle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (2017) prende in considerazione la terapia cognitivo-comportamentale individuale focalizzata sui disturbi alimentari (CBT-ED; Fairburn, 2008), il trattamento dell'anoressia nervosa Maudsley per adulti (MANTRA; Schmidt, Startup, & Treasure, 2018) e la gestione clinica di supporto specialistico (SSCM; McIntosh, 2015) e, inoltre, va aiutata la persona a scegliere quale preferisce spiegando cosa comportano i diversi trattamenti (NICE, 2017).

I programmi individuali CBT-ED per adulti con anoressia nervosa (Fairburn, 2008) consistono in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane, con sessioni bisettimanali nelle prime 2 o 3 settimane; mirare a ridurre il rischio per la salute fisica e qualsiasi altro sintomo del disturbo alimentare; incoraggiare un'alimentazione sana e il raggiungimento di un peso corporeo sano; coprire la nutrizione, la ristrutturazione cognitiva, la regolazione dell'umore, le abilità sociali, la preoccupazione per l'immagine corporea, l'autostima e la prevenzione delle ricadute; creare un piano di trattamento personalizzato in base ai processi che sembrano mantenere il problema alimentare; spiegare i rischi della malnutrizione e del sottopeso; migliorare l'autoefficacia; includere l'automonitoraggio dell'assunzione dietetica e dei pensieri e sentimenti associati; includere i compiti a casa, per aiutare la persona a mettere in pratica nella sua vita quotidiana ciò che ha imparato.

La terapia MANTRA per adulti con anoressia nervosa (Schmidt, Startup, & Treasure, 2018) in genere consiste in 20 sessioni, con sessioni settimanali per le prime 10 settimane e un programma flessibile dopo e fino a 10 sessioni extra per persone con problemi complessi (NICE, 2017). Inoltre, include un trattamento di base sul quaderno di esercizi MANTRA e mira a motivare la persona e incoraggiarla a lavorare con il professionista, il quale dovrebbe essere flessibile nel modo in cui i moduli di MANTRA vengono erogati ed enfatizzati. Quando la persona è pronta, bisogna coprire

l'alimentazione, la gestione dei sintomi e il cambiamento del comportamento. È inoltre importante incoraggiare la persona a sviluppare una "identità non anoressica" e coinvolgere i familiari o i caregiver per aiutare la persona sia a comprendere la loro condizione e i problemi che ne derivano e il legame con il contesto sociale più ampio, sia a modificare il loro comportamento.

Per quanto riguarda l'SSCM (McIntosh, 2015), in genere, consiste in 20 o più sessioni settimanali, a seconda della gravità, (NICE, 2017). Ha lo scopo di valutare, identificare e riesaminare regolarmente i problemi chiave; mirare a sviluppare una relazione positiva tra la persona e il praticante; aiutare le persone a riconoscere il legame tra i loro sintomi e il loro comportamento alimentare anormale; ripristinare il peso; fornire psicoeducazione, educazione e consulenza nutrizionale; includere il monitoraggio della salute fisica; stabilire un obiettivo di intervallo di peso; incoraggiare il raggiungimento di un peso corporeo sano e un'alimentazione sana e consentire alla persona di decidere cos'altro dovrebbe essere incluso come parte della sua terapia.

Se uno dei trattamenti tra CBT-ED, MANTRA o SSCM risultano inaccettabili, controindicati o inefficaci a livello clinico per gli adulti con anoressia nervosa, le linee guida raccomandano di utilizzarne un altro tra i tre considerando quelli con cui la persona non è mai stata trattata prima (NICE, 2017). In alternativa si può utilizzare la terapia psicodinamica focale (FPT; Zipfel et al., 2014) per i disturbi alimentari.

La FPT (Zipfel et al., 2014) per gli adulti con anoressia nervosa consiste in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane e mira a fare un'ipotesi focale centrata sul paziente che sia specifica per l'individuo affrontando: cosa significano i sintomi per la persona, come i sintomi influenzano la persona, come i sintomi influenzano le relazioni della persona con gli altri e con il terapeuta (NICE, 2017).

Nella prima fase, è raccomandato concentrarsi sullo sviluppo dell'alleanza terapeutica tra il terapeuta e la persona con anoressia nervosa, affrontando il comportamento pro-anoressico e le convinzioni ego-sintoniche (credenze, valori e sentimenti coerenti con il senso di sé della persona) e costruendo l'autostima. Nella seconda fase, è importante concentrarsi sulle relazioni rilevanti con altre persone e su come queste influenzano il comportamento alimentare. Nella fase finale, invece, è necessario trasferire l'esperienza terapeutica in situazioni della vita quotidiana e affrontare eventuali preoccupazioni che la persona ha su ciò che accadrà al termine del trattamento.

1.5.2 Linee guida NICE per l'anoressia nervosa nei bambini e adolescenti

Il trattamento psicologico per i bambini e adolescenti riportato dalle linee guida NICE riguarda la terapia familiare focalizzata sull'anoressia nervosa per bambini e giovani (FT-AN; Lock & Le Grange, 2015), erogata come terapia monofamiliare o come una combinazione di terapia monofamiliare e multifamiliare (NICE, 2017). La terapia offre ai bambini e ai giovani la possibilità di partecipare ad alcune sessioni unifamiliari sia separatamente dai loro familiari o ai loro caregiver che insieme ai loro familiari o ai loro caregiver.

La FT-AN (Lock & Le Grange, 2015) per bambini e giovani con anoressia nervosa consiste in 18-20 sessioni nell'arco di 1 anno e nel rivedere le esigenze della persona 4 settimane dopo l'inizio del trattamento e poi ogni 3 mesi, per stabilire come dovrebbero essere le sessioni regolari e quanto tempo dovrebbe durare il trattamento (NICE, 2017). La terapia sottolinea il ruolo della famiglia nell'aiutare la persona a riprendersi e di non incolpare la persona o i suoi familiari, includendo la psicoeducazione sulla nutrizione e sugli effetti della malnutrizione. All'inizio del trattamento, è necessario sostenere i genitori o i tutori ad assumere un ruolo centrale nell'aiutare la persona a gestire la propria alimentazione e sottolineare che si tratta di un ruolo temporaneo. Nella prima fase, il terapeuta mira a stabilire una buona alleanza terapeutica con la persona, i suoi genitori o tutori e altri membri della famiglia, mentre, nella seconda fase, sostiene la persona (con l'aiuto dei genitori o di chi si prende cura di lui) per stabilire un livello di indipendenza adeguato al suo livello di sviluppo. La fase finale volge verso la concentrazione sui piani per la fine del trattamento (comprese eventuali preoccupazioni della persona e della sua famiglia) e sulla prevenzione delle ricadute, inoltre, affronta il modo in cui la persona può ottenere supporto se il trattamento viene interrotto.

L'idea della FT-AN è di considerare anche il sostegno per i membri della famiglia che non sono coinvolti nella terapia familiare, per aiutarli a far fronte all'angoscia causata dalla condizione e si prende in considerazione anche la possibilità di dare ai bambini e ai giovani con anoressia nervosa appuntamenti aggiuntivi separati dai loro familiari o tutori. Bisogna valutare se i familiari o i tutori (a seconda dei casi) hanno bisogno di supporto se il bambino o il giovane con anoressia nervosa sta seguendo la terapia da solo.

Le linee guida NICE (2017) raccomandano che, se la FT-AN risulta inaccettabile, controindicata o inefficace a livello clinico per i bambini o i giovani con anoressia nervosa, è consigliato considerare la CBT-ED individuale o la psicoterapia focalizzata sull'adolescente per l'anoressia nervosa (AFP-AN; Lock, & Le Grange, 2015).

La CBT-ED individuale per bambini e giovani con anoressia nervosa consiste in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane, con sessioni bisettimanali nelle prime 2 o 3 settimane e da 8 a 12 brevi sessioni familiari aggiuntive con la persona e i suoi genitori o tutori (NICE, 2017).

Nelle sessioni familiari e individuali si include la psicoeducazione sulla nutrizione e sugli effetti della malnutrizione. Nello specifico, per le sessioni familiari è va identificato tutto ciò che nella vita domestica della persona potrebbe renderle difficile cambiare il proprio comportamento, trovare il modo di affrontarlo e discutere i piani alimentari.

Ulteriori obiettivi della CBT-ED mirano a ridurre il rischio per la salute fisica e qualsiasi altro sintomo del disturbo alimentare; incoraggiare il raggiungimento di un peso corporeo sano e un'alimentazione sana; coprire l'alimentazione, la prevenzione delle ricadute, la ristrutturazione cognitiva, la regolazione dell'umore, le abilità sociali, la preoccupazione per l'immagine corporea e l'autostima; creare un piano di trattamento personalizzato in base ai processi che sembrano mantenere il problema alimentare; tenere conto delle specifiche esigenze di sviluppo della persona; spiegare i rischi della malnutrizione e del sottopeso; migliorare l'autoefficacia.

È importante, infine, includere l'automonitoraggio dell'assunzione dietetica e dei pensieri e sentimenti associati come anche i compiti a casa, per aiutare la persona a mettere in pratica ciò che ha imparato nella sua vita quotidiana e, in conclusione, affrontare il modo in cui la persona può ottenere supporto se il trattamento viene interrotto.

Invece, la AFP-AN per bambini e giovani consiste in 32-40 sessioni individuali nell'arco di 12-18 mesi, con sessioni più regolari all'inizio, per aiutare la persona a costruire una relazione con il praticante e motivarlo a cambiare il proprio comportamento, e da 8 a 12 sessioni familiari aggiuntive con la persona e i suoi genitori o tutori (a seconda dei casi). Inoltre, vanno riviste le esigenze della persona 4 settimane dopo l'inizio del trattamento e poi ogni 3 mesi, per stabilire come dovrebbero essere le sessioni regolari e quanto tempo dovrebbe durare il trattamento.

Nelle sessioni familiari e nelle sessioni individuali, è necessario includere la psicoeducazione sulla nutrizione e sugli effetti della malnutrizione (come per la CBT-ED), concentrarsi sull'immagine di sé, sulle emozioni e sui processi interpersonali della persona e su come questi influenzano il suo disturbo alimentare.

Successivamente, bisogna sviluppare una formulazione dei problemi psicologici della persona e di come utilizza il comportamento anoressico come strategia di coping affrontare i timori sull'aumento di peso e sottolineare che l'aumento di peso e un'alimentazione sana sono una parte fondamentale della terapia. È necessario, inoltre, trovare strategie alternative per la persona per gestire lo stress.

Le fasi successive al trattamento sono volte ad esplorare le questioni dell'identità e costruire l'indipendenza. Verso la fine del trattamento, è raccomandato concentrarsi sul trasferimento

dell'esperienza terapeutica alle situazioni della vita quotidiana e, nelle sessioni familiari, aiutare i genitori o i tutori a sostenere la persona a cambiare il proprio comportamento e affrontare il modo in cui la persona può ottenere supporto se il trattamento viene interrotto.

1.5.3 Consigli dietetici per le persone con anoressia nervosa

Le linee guida NICE suggeriscono alcuni consigli dietetici per le persone con AN da accompagnare al trattamento psicologico (NICE, 2017). È importante offrire una consulenza dietetica solo nell'ambito di un approccio multidisciplinare; incoraggiare le persone con anoressia nervosa ad assumere un integratore orale multivitaminico e multiminerale adatto all'età fino a quando la loro dieta non ne include abbastanza per soddisfare i loro valori dietetici di riferimento; includere i familiari o i caregiver in qualsiasi educazione alimentare o pianificazione dei pasti per bambini e giovani con anoressia nervosa che stanno facendo terapia da soli; offrire consigli dietetici supplementari ai bambini e ai giovani con anoressia nervosa e ai loro familiari o tutori per aiutarli a soddisfare le loro esigenze dietetiche per la crescita e lo sviluppo (in particolare durante la pubertà). Per quanto riguarda i farmaci, invece, è raccomandabile non offrire farmaci come unico trattamento per l'AN.

1.5.4 Linee guida tedesche per l'anoressia nervosa

Oltre alle classiche linee guida NICE, è interessante considerare come altri paesi si pongano di fronte al trattamento dei DCA con linee guida basate sull'evidenza e innovative. Infatti, le presenti linee guida hanno i seguenti obiettivi: supportare tutti i professionisti coinvolti nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi alimentari, così come i malati e i loro familiari, nella decisione su adeguate misure di cura (prevenzione, diagnosi, terapia e assistenza post-terapia); migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria; ridurre al minimo i rischi; aumentare la sicurezza e l'efficienza del trattamento; evitare metodi diagnostici e terapeutici non indicati (Resmark et al., 2019).

Le linee guida per il trattamento forniscono raccomandazioni basate sulle prove scientifiche attuali e, nei casi in cui non sono disponibili prove scientifiche, le raccomandazioni vengono spesso fornite sulla base dell'opinione di esperti, influenzata da anni di esperienza clinica.

Nell'articolo di Resmark e colleghi (2019) vengono descritte le linee guida tedesche per la diagnosi e il trattamento dei DCA pubblicate per la prima volta nel 2000 in Germania dalla Società tedesca di psichiatria, psicoterapia e psicosomatica (DGPPN). Da inizio 2019 è disponibile una edizione più aggiornata che si rivolge a tutte le fasce d'età e si basa su una ricerca sistematica della letteratura (2008-2017) in cui vengono descritte delle raccomandazioni generali sulla valutazione delle condizioni di comorbidità quando si trattano pazienti con AN.

Per quanto riguarda l'impostazione del trattamento viene descritto che il trattamento ospedaliero dovrebbe avvenire in strutture in grado di offrire un programma di trattamento multimodale specializzato e che, al fine di ridurre la probabilità di recidiva, la fase finale della terapia ospedaliera dovrebbe mirare a garantire che i pazienti mantengano almeno il loro peso per un certo periodo e siano preparati per la transizione verso un contesto ambulatoriale. Inoltre, un trasferimento al trattamento ospedaliero diurno dopo un trattamento ospedaliero a breve termine con sufficiente stabilizzazione fisica dovrebbe essere preso in considerazione per bambini e adolescenti, a condizione che il trattamento ospedaliero diurno specifico per i disturbi alimentari possa essere effettuato dallo stesso team di trattamento, ed è assicurato uno stretto coinvolgimento dei parenti. Le linee guide relative alla psicoterapia dichiarano che i pazienti con AN sono altamente ambivalenti nei confronti del cambiamento perciò affrontare l'ambivalenza e la motivazione al cambiamento è un compito centrale e dovrebbe essere mantenuto durante l'intero processo di trattamento; il trattamento ambulatoriale di prima scelta per i pazienti con AN dovrebbe essere una psicoterapia basata sull'evidenza (trattamento basato sulla famiglia - FBT per bambini e adolescenti; Terapia Psicodinamica Focale - FPT, Terapia Cognitivo Comportamentale per i Disturbi dell'Alimentazione - CBT-E, Modello Maudsley di trattamento dell'anoressia nervosa per adulti - MANTRA o Gestione Clinica Specialistica di Supporto - SSCM per adulti), somministrata da professionisti esperti in disturbi alimentari.

Per la gestione nutrizionale viene raccomandato che nei pazienti con AN da lieve a moderata, un apporto iniziale di energia a basso contenuto calorico con aumento graduale non è richiesto per un aumento di peso sicuro (evitamento della sindrome da rialimentazione), a condizione che sia garantito il monitoraggio medico. Inoltre, si descrive come l'apporto energetico per l'aumento di peso atteso è altamente variabile e dovrebbe essere adattato individualmente ai pazienti e alla fase di trattamento ed essere continuamente monitorato.

Infine, per quanto concerne la farmacoterapia, non vengono raccomandati né i neurolettici né gli antidepressivi per ottenere un aumento di peso nell'AN e ciò vale sia per la terapia iniziale che per la prevenzione delle ricadute. Viene, tuttavia, descritto che, se il pensiero è considerevolmente limitato alla fobia del peso e all'alimentazione e se l'iperattività non è controllabile, un tentativo di utilizzare neurolettici a basso dosaggio (soprattutto olanzapina) può essere giustificato in singoli casi. L'indicazione al trattamento deve essere limitata alla durata dei sintomi sopra menzionati (nessun trattamento a lungo termine) e deve essere applicata solo nel quadro di un piano di trattamento globale e il paziente deve essere informato sulle circostanze dell'uso off-label.

In particolare, le linee guida appena descritte, considerano la CBT-E come specifica per l'AN, terapia che anche in Italia si sta sviluppando. Infatti, la CBT-E è una terapia abbastanza nuova che viene utilizzata anche in percorsi specifici per il trattamento dei DCA, come, ad esempio, nel Percorso DCA (vedi 3.2.1) dell'AUSL della Romagna a Forlimpopoli (FC) dove si utilizza la CBT-E in terapia individuale per trattare AN, BN e DCA-NAS.

1.5.5 *Trattamento CBT-E*

La terapia cognitivo-comportamentale per l'anoressia nervosa (CBT-E) è stata progettata per ridurre l'alto tasso di recidiva che tipicamente segue la dimissione dall'ospedale e lo studio di Dalle Grave e colleghi (2020) ha cercato di comprendere l'efficacia della CBT-E nel trattare pazienti adolescenti e adulti con AN in un contesto clinico reale e se i cambiamenti siano mantenuti in un periodo di follow-up di 60 settimane. Inoltre, lo studio mirava ad evidenziare eventuali differenze tra adulti e adolescenti che avevano ricevuto la CBT-E.

Dai risultati emerge che il BMI al follow-up a 20 settimane era significativamente più alto rispetto al follow-up a 60 settimane, tuttavia, la psicopatologia generale e il deterioramento clinico sono migliorati significativamente dal livello basale al follow-up a 60 settimane, sia in adulti che adolescenti. Inoltre, in entrambi i gruppi, i punteggi globali delle sottoscale EDE-Q e i punteggi globali BSI (Brief Symptom Inventory) e CIA (Clinical Impairment Assessment) hanno mostrato lo stesso schema: diminuiscono tutti significativamente durante il trattamento e mostrando poi una decelerazione nel tasso di cambiamento a 20 settimane seguito da un leggero aumento a 60 settimane. I punteggi EDE-Q della scala "Restrizione" sono diminuiti durante il trattamento e ha mostrato un aumento in entrambi i follow-up, mentre la scala "Preoccupazione per la forma del corpo" ha mostrato una diminuzione continua fino al follow-up di 20 settimane e una successiva decelerazione nel tasso di variazione a 60 settimane.

Lo studio cercava di valutare se il BMI fosse, dopo il trattamento CBT-E, maggiore o uguale a 18.5 (per gli adulti) o se il percentile di BMI per età corrispondesse a un BMI adulto maggiore o uguale a 18.5 (per gli adolescenti). Inoltre, veniva valutato anche se il punteggio globale di EDE-Q fosse di <1DS sopra la media della popolazione (cioè <2,77). È risultato che i due gruppi (adolescenti e adulti) hanno mostrato tassi simili sia per quanto riguarda il BMI che per l'EDE-Q in ogni momento e, nello specifico, il 49,2% degli adolescenti aveva un BMI pari o superiore al 95% dell'IBW (peso ideale atteso) previsto alla fine del trattamento. Inoltre, ai follow-up a 20 e 60 settimane, il 47.8% e il 35.6% avevano rispettivamente un BMI pari o superiore al 95% del loro IBW previsto.

È emerso anche che, sebbene un gran numero di pazienti presentasse episodi di abbuffate oggettive ed esercizio fisico eccessivo al livello basale, circa il 40% ha raggiunto una risposta completa a fine del trattamento e non ha più riportato questi comportamenti.

Infine, i dati mostrano che la percentuale media di pazienti adulti che ha avuto un buon esito di BMI al follow-up a 60 settimane (66.7%) era superiore a quella riportata nei pazienti al follow-up a 12 mesi dopo la terapia intensiva in trattamenti ospedalieri o giornalieri in due siti del Nord America. Inoltre, la media del 48.9% dei pazienti adolescenti in totale remissione a 60 settimane di follow-up è maggiore della media del 32% riscontrata in uno studio randomizzato con 82 adolescenti a 12 mesi di follow-up.

Lo studio, oltre ad essere stato condotto in un contesto clinico reale includendo una coorte ampia e rappresentativa reclutata da un'unità di degenza del Sistema Sanitario Nazionale italiano e restituendo, quindi, risultati generalizzabili, è il primo a confrontare pazienti adolescenti e adulti con anoressia nervosa utilizzando un trattamento basato su stesse procedure e ha dimostrato che la CBT-E ospedaliera è ben accettata e la risposta è promettente negli adolescenti e anche negli adulti.

Un limite dello studio descritto precedentemente è che la CBT-E non veniva confrontata con altri trattamenti, perciò, Atwood & Friedman (2020), hanno effettuato una revisione sistematica di studi randomizzati dalla quale è emerso che la CBT-E per individui con AN non è più accettabile di altre terapie con cui è stata confrontata, ad eccezione per il TAU (trattamento routinario) che ha mostrato un attrito significativamente maggiore rispetto alla CBT-E. Inoltre, non vi è alcuna indicazione che la CBT-E produca tassi di abbandono inferiori a quelli riportanti in letteratura per la CBT-BN (terapia cognitivo-comportamentale per la bulimia nervosa) e non vi è nessuna prova chiara che l'abbandono del trattamento differisca a seconda della diagnosi di DCA.

La revisione ha rilevato che la maggior parte degli studi ha dimostrato dimensioni dell'effetto grandi per i cambiamenti nella psicopatologia del disturbo del comportamento alimentare in seguito alla CBT-E. Ad esempio, in 6 studi che hanno reclutato un campione omogeneo composto da partecipanti con diagnosi di AN, la CBT-E ha prodotto un aumento significativo del BMI con ampi effetti. Sono stati anche osservati cambiamenti simili nel BMI in gruppi CBT-E a confronto con gruppi FPT (terapia psicodinamica focale) e TAU e le differenze tra i tre gruppi non erano significative, tuttavia la CBT-E si è rivelata superiore in termini di velocità di ripristino del peso. Nel confronto con altre terapie (SSCM e MANTRA), la CBT-E si è rivelata superiore nell'aiutare i pazienti a raggiungere un peso "sano", ovvero un BMI > 18.5 kg/m² e determina un aumento significativo della percentuale di pazienti con BMI > 18.5 kg/m².

Gli autori riportano che la letteratura suggerisce che le versioni ampie e mirate della CBT-E producono risultati statisticamente comparabili in termini di tassi di remissione, riduzioni delle abbuffate e dei comportamenti di eliminazione e miglioramenti nella gravità della psicopatologia di base. Esistono, tuttavia, prove preliminari che suggeriscono che per i pazienti che presentano uno o più processi di mantenimento della patologia aggiuntivi delineati nella teoria trans-diagnostica, la CBT-E può produrre risultati di remissione superiori.

Sulla base della revisione, gli effetti della CBT-E sembrano essere generalmente ben mantenuti anche al follow-up ma sarà importante per la ricerca futura determinare se i tassi di recidiva siano migliorati seguendo la CBT-E, in particolare rispetto alla CBT-BN. In generale, i risultati supportano l'implementazione della CBT-E come trattamento transdiagnostico per adulti e adolescenti con DCA, come riportato anche da Dalle Grave e colleghi (2020).

Per quanto riguarda le unità ambulatoriali ospedaliere specializzate in DCA, è stato rilevato dallo studio di Frostad e colleghi (2018) che più di due terzi dei pazienti che hanno completato il trattamento CBT-E hanno raggiunto un peso normale dopo 12 mesi e che la metà dei pazienti che ha interrotto il trattamento prematuramente non ha recuperato allo stesso livello di coloro che lo hanno completato.

Inoltre, anche in questo studio, si è verificato un effetto relativamente ampio della terapia CBT-E sul BMI in un sottogruppo di pazienti con AN grave e ha permesso ai pazienti, che in precedenza sarebbero stati ricoverati, di vivere la loro vita normalmente mentre ricevevano il trattamento.

1.5.6 Trattamento per bambini e adolescenti

Le linee guida pratiche per il trattamento dei pazienti con DCA forniscono prove empiriche per il trattamento ospedaliero dei DCA negli adolescenti (Peterson & Fuller, 2019). Gli aspetti critici della cura includono il ripristino dell'equilibrio di liquidi ed elettroliti, il miglioramento dello stato nutrizionale, il monitoraggio e l'applicazione di quanto prescritto. attività fisica, monitoraggio dei segni vitali e del peso, monitoraggio dell'assunzione di cibo e liquidi, della produzione di urina e dei movimenti intestinali.

Le linee guida elencano ulteriori obiettivi per il trattamento dell'AN, tra cui: riportare i pazienti a un peso sano; trattare eventuali complicazioni fisiche; migliorare la motivazione del paziente a collaborare e partecipare al trattamento per ripristinare modelli alimentari sani; fornire educazione riguardante l'alimentazione e le sane abitudini alimentari; aiutare i pazienti a rivalutare e modificare le cognizioni, gli atteggiamenti, le motivazioni, i conflitti e i sentimenti disfunzionali fondamentali; trattare eventuali comorbidità psichiatriche associate, inclusi deficit dell'umore, regolazione degli

impulsi, autostima e problemi comportamentali; ottenere il sostegno della famiglia e fornire consulenza e terapia adeguate; prevenire le ricadute.

Molte strutture sanitarie che trattano adolescenti con disturbi alimentari dispongono di linee guida istituzionali per garantire coerenza nella cura dei pazienti.

Gli adolescenti affetti da AN sono spesso resistenti al trattamento e pensano che il loro peso sia normale, perciò, il recupero psicologico per i pazienti con AN include il miglioramento dell'autostima, lo sviluppo di migliori relazioni interpersonali e il ritorno a uno stile di vita sano. Gli interventi psicosociali ambulatoriali possono essere efficaci per questa popolazione di pazienti, compreso il trattamento familiare che include 10-20 sessioni di terapia familiare nell'arco di un periodo di 6-12 mesi e consente ai genitori di farsi carico del ripristino del peso del loro adolescente. Infatti, il trattamento dell'AN ad esordio nell'infanzia e nell'adolescenza è simile a quello di altre malattie psichiatriche infantili perché la famiglia deve essere coinvolta (Weaver & Liebman, 2011). Il coinvolgimento familiare intensivo è altamente specifico nel trattamento per l'AN, con obiettivi terapeutici e fasi della terapia particolari. Sono stati condotti anche studi controllati presso il Maudsley Hospital di Londra e Russell e colleghi (1987) hanno scoperto che la terapia familiare dopo il ricovero ospedaliero, con un'enfasi sui modelli di interazione familiare riguardo al mangiare, insieme all'indicazione ai genitori di assumere il controllo congiunto sull'alimentazione del bambino, era migliore nei pazienti più giovani (<18 anni) e con meno cronicizzazione rispetto alla terapia individuale. I miglioramenti terapeutici erano ancora rilevabili ad un follow-up di 5 anni e la terapia familiare ha prodotto esiti favorevoli per i pazienti con AN ad esordio precoce con breve durata di malattia (Weaver & Liebman, 2011).

Nel trattamento di adolescenti con AN è possibile utilizzare anche la terapia cognitivo-comportamentale. L'idea di adattare la CBT-E per il trattamento delle adolescenti è nata circa 10 anni fa presso l'Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda, partendo dall'osservazione che le giovani con disturbi dell'alimentazione hanno la stessa psicopatologia specifica delle adulte e questo ha portato a ipotizzare che le adolescenti potessero beneficiare di un trattamento, come la CBT-E, ideato per affrontare in modo specifico la psicopatologia dei DCA (Dalle Grave, 2021). Inoltre, la CBT-E ha molte caratteristiche che la rendono adatta a soddisfare le esigenze delle pazienti più giovani. Innanzitutto, è un trattamento psicologico che include numerose strategie per ingaggiare la paziente, una caratteristica di vitale importanza per la gestione delle adolescenti, che di solito sono molto ambivalenti nei confronti della prospettiva di iniziare una cura. Inoltre, la CBT-E adotta un approccio collaborativo finalizzato a migliorare il senso di controllo del paziente in generale: una modalità relazionale che si adatta

bene alle esigenze delle adolescenti con disturbo dell'alimentazione nelle quali il perseguimento del controllo, dell'autonomia e dell'indipendenza sono temi di grande rilevanza. La CBT-E è anche semplice da comprendere e da ricevere e prevede un approccio flessibile e individualizzato facilmente adattabile alle necessità delle adolescenti, che possono trovarsi a stadi diversi di sviluppo fisico e cognitivo della loro vita.

Il passo successivo è stato valutare quali fossero le caratteristiche distintive delle adolescenti con disturbi dell'alimentazione e come adattare la CBT-E per questa fascia d'età. Questo lavoro ha portato a sviluppare un trattamento che, pur essendo derivato dalla CBT-E, introduce importanti cambiamenti. In particolare, sono state incluse specifiche procedure per (i) affrontare la natura fortemente egosintonica della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione presente in questa fascia di età, (ii) coinvolgere i genitori nel trattamento e (iii) valutare e gestire i *sudden gains*, spesso osservati negli adolescenti. Inoltre, abbiamo adattato il trattamento per forme più intensive di cura, come la terapia ambulatoriale intensiva e il ricovero riabilitativo.

La CBT-E per adolescenti è stata valutata dal gruppo di ricerca in pazienti con DCA di età compresa tra i 12 e i 19 in diversi studi e i risultati indicano che la CBT-E ambulatoriale è risultata ben accettata dai pazienti adolescenti con anoressia nervosa; è completata da circa due terzi dei partecipanti e produce miglioramenti della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e della psicopatologia generale. La remissione dell'anoressia nervosa viene raggiunta da circa il 50% dei pazienti al follow-up di 12 mesi. Inoltre, La CBT-E ambulatoriale sembra più efficace negli adolescenti rispetto agli adulti e quella ospedaliera per gli adolescenti con anoressia nervosa sembra particolarmente efficace: circa l'80% dei pazienti raggiunge un peso normale entro 12 mesi di follow-up. Sembra promettente anche per gli adolescenti che non sono sottopeso e sembra produrre risultati simili alla FBT in termini di recupero di peso e miglioramento della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e della psicopatologia generali al follow-up di 6 e 12 mesi.

I risultati promettenti descritti sopra hanno influenzato la politica sanitaria internazionale e le linee guida NICE del 2017 hanno indicato la CBT per le adolescenti come alternativa al trattamento basato sulla famiglia (FBT) per l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa e all'auto-aiuto guidato per il disturbo da binge-eating.

Infine, è bene raccomandare che le strutture sanitarie dovrebbero utilizzare un approccio multidisciplinare che comprenda un gruppo di infermieri, uno psicoterapeuta, un pediatra e un dietista, mentre i farmaci, a quest'età, dovrebbero essere riservati alle comorbilità e agli adolescenti che non migliorano con interventi psicosociali (Peterson & Fuller, 2019).

CAPITOLO 2

Terapia Dialettico Comportamentale Radicalmente Aperta (RO DBT)

2.1 Introduzione alla RO DBT

La RO DBT è un trattamento evidence-based sviluppato specificamente per i problemi di ipercontrollo (Lynch, 2021). Alla base di questo approccio vi è l'idea di apertura radicale che ne rappresenta sia il principio filosofico fondante che la principale abilità il cui sviluppo viene perseguito attraverso questo trattamento. L'idea è che ognuno ha bisogno che gli altri ci indichino i nostri punti ciechi ed è la ricerca della verità ciò che conta, non il suo raggiungimento. L'apertura radicale presuppone che i pregiudizi che ognuno ha interferiscano con la capacità di essere aperti e imparare da cose nuove, così bisogna cercare attivamente le aree della vita che desideriamo evitare o che potremmo trovare 'scomode' con l'intenzione di cambiare, se necessario. La RO DBT, di conseguenza, sostiene che è essenziale non solo rivelare agli altri la nostra esperienza interiore e le nostre opinioni, ma anche e contemporaneamente riconoscere il nostro potenziale di fallibilità. Il cambiamento basato sul principio della RO DBT migliora le relazioni perché porta umiltà e disponibilità ad imparare ciò che il mondo ha da offrire.

Secondo Lynch (2021), il benessere psicologico deriverebbe dalla confluenza di tre fattori inerenti all'apertura radicale: la *ricettività ed apertura* alle nuove esperienze e a feedback contrastanti in modo che possa avvenire l'apprendimento; il *controllo flessibile*, in modo che possa avvenire l'adattamento alle condizioni ambientali mutevoli; l'*intimità e connessione sociale* con almeno un'altra persona. Per raggiungere ciò, la RO DBT si focalizza primariamente sull'implementazione delle abilità di espressione sociale delle emozioni (social signaling). La RO DBT, infatti, si basa sulla teoria neuroregolatoria delle emozioni e sulle funzioni comunicative volte alla loro espressione, descrivendo il meccanismo mediante cui l'ipercontrollo condurrebbe al disagio psicologico. Si sfrutta la ricerca sulle emozioni di base che dimostra le relazioni neuroinibitorie tra il sistema nervoso parasimpatico e il sistema nervoso simpatico, e insegna al paziente tecniche di regolazione bottom-up progettate per riportarlo a uno stato in cui le influenze del biotemperamento sono meno potenti, e dove le sue capacità regolatorie top-down sono di conseguenza meno impoverite.

La RO DBT teorizza che, nel tempo, la sensibilità temperamentale alle minacce interagisce con i feedback dell'ambiente enfatizzando l'autocontrollo e la minimizzazione degli errori, il che si traduce in una compromissione della capacità degli individui di sentirsi sicuri (Ben-Porath, Duthu, Luo, Gonidakis, Compte & Wisniewski, 2020). Pertanto, la RO DBT presenta una

concettualizzazione unica dei comportamenti alimentari restrittivi come 'controllo inibitorio disadattivo' che consente agli individui con AN restrittiva di diminuire le emozioni negative. A sostegno di ciò consideriamo lo studio di Haynos e colleghi (2017) che mirava ad indagare le traiettorie di grandi o piccole dimensioni delle emozioni negative e positive in relazione agli episodi di restrizione alimentare in donne con AN, ed è emerso come il senso di colpa aumentava significativamente prima della restrizione e diminuiva dopo. Questo risultato suggerisce che l'alimentazione restrittiva può funzionare per regolare il senso di colpa, un'emozione negativa, tra gli individui con AN. Pertanto, l'alimentazione restrittiva può ridurre il senso di colpa attraverso il miglioramento del senso di autocontrollo o di realizzazione e, inoltre, Kaye e colleghi (2013) descrivono come la restrizione può produrre dei cambiamenti fisiologici che servono a smorzare e diminuire l'esperienza di senso di colpa.

La RO DBT è un programma di trattamento manualizzato che riflette la struttura della DBT standard e, più nello specifico, si tratta di terapia individuale, skills class di gruppo, coaching telefonico e riunioni di gruppo per i terapeuti (Gilmartin, 2019). Attraverso questa modalità, il programma affronta quattro aree centrali dell'ipercontrollo: scarsa reciprocità e apertura, basso controllo flessibile, poca espressione emotiva e consapevolezza, relazioni distaccate e distanti.

L'area di scarsa reciprocità e apertura è manifestata dalla difficoltà ad accettare feedback inattesi, dall'evitamento dell'incertezza e dall'ipervigilanza. Si teorizza che ciò derivi da un'elevata sensibilità al rischio, tipica del temperamento ipercontrollato. Anche se è probabile che questa elevata sensibilità alle minacce abbia aiutato i nostri predecessori a evitare minacce e a mantenere la sicurezza, ciò può avere un impatto sulla capacità di una persona di sentirsi sicura nelle situazioni sociali e quindi, ridurre la connessione con i pari e la difficoltà ad accettare il feedback, può avere un impatto negativo sulla capacità di una persona di riparare le relazioni. Per affrontare questo problema, lo skills training RO DBT insegna competenze per aumentare la reciprocità e l'apertura a nuove esperienze attraverso la discussione di gruppo e la pratica in vivo. Le competenze aiutano le persone a valutare una situazione e a rispondere in un modo più coerente ai loro obiettivi e valori individuali, concentrandosi anche sull'apprendimento e sulla pratica delle abilità interpersonali che consentono loro di riparare le relazioni e accettare il feedback degli altri in modo più efficace.

Il poco controllo flessibile viene solitamente manifestato da bisogni compulsivi relativi all'ordine, dall'iperperfezionismo, dalla pianificazione e compulsioni, da comportamenti rigidi governati da regole e certezza morale. Questi individui tendono ad avere un'aspettativa di base che esista un modo "giusto" di svolgere compiti o di comportarsi in certe situazioni, e incontrano difficoltà ad affrontare le situazioni se loro o qualcun altro non seguono le loro "regole". Inoltre, le persone che

presentano un'alimentazione restrittiva tendono ad avere regole rigide riguardo al mangiare, che impattano negativamente sul loro benessere. Lo skills training RO DBT si concentra sull'insegnamento di strategie di consapevolezza per identificare gli impulsi a seguire regole che potrebbero essere in conflitto con gli obiettivi di valore identificati all'inizio del trattamento e sull'uso dell'urge surfing (cavalcare l'impulso) e del rilassamento fisico per gestire efficacemente questi impulsi.

Un'altra area di difficoltà di questi pazienti, descritta sempre da Gilmartin (2019), è quella dell'espressione emotiva e di consapevolezza, infatti, tendono a dimostrare un'espressione inibita o falsa (ad esempio, sorridere quando sono angosciati) e una minimizzazione o una ridotta consapevolezza dell'angoscia. Di conseguenza, i pazienti spesso riferiscono difficoltà nel provare divertimento, riportano un umore persistentemente depresso o ansioso, o trovano estenuante il bisogno compulsivo di reprimere le emozioni. Ciò successivamente contribuisce all'isolamento sociale poiché gli altri considereranno quella persona come minacciosa o inaffidabile. Inoltre, la disinibizione emotiva influisce sulla capacità di una persona di comprendere, elaborare e risolvere i problemi derivanti dalle emozioni. Pertanto, oltre ad aiutare le persone a comprendere e sperimentare le proprie emozioni, un obiettivo centrale dello skills training RO DBT è l'espressione emotiva adeguata al contesto per aumentare la loro esperienza di divertimento.

La quarta area di deficit di competenze, per una persona caratterizzata da un elevato ipercontrollo, consiste nella tendenza a sperimentare relazioni distaccate e distanti, un marcato confronto sociale, sentimenti di invidia e amarezza, nonché difficoltà nel validare gli altri. Di conseguenza, queste persone spesso riferiscono sentimenti di solitudine e frustrazione, poiché percepiscono di non riuscire ad "adattarsi" agli altri. Da un punto di vista teorico, questa condizione rappresenta un elemento cruciale che conduce a stati di malumore e disperazione. Lo skills training si concentra sull'aumento della connessione sociale, sul modo in cui le emozioni vengono segnalate agli altri e su come i clienti interagiscono con gli altri in contesti sociali. Inoltre, vengono sviluppate abilità che migliorano la comunicazione di un individuo dei propri desideri e bisogni con gli altri affinché costruiscano relazioni e intimità.

Ciascuno dei quattro moduli della DBT è stato adattato per insegnare abilità che permettono di affrontare comportamenti problematici guidati dall'ipercontrollo (Ben-Porath et al., 2020). Pertanto, piuttosto che concentrarsi sul ripristino del peso, la RO DBT insegna agli individui delle abilità che mirano ai problemi di ipercontrollo, ritenuti alla base di comportamenti, emozioni e cognizioni disfunzionali. Per intraprendere la terapia RO DBT è necessario considerare il recente manuale di Thomas R. Lynch del 2021 che descrive la RO DBT per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo.

2.1.1 Ipercontrollo

Secondo il Manuale RO DBT di Lynch (2021), l'ipercontrollo maladattivo è caratterizzato dai seguenti quattro deficit fondamentali: a) *Scarsa ricettività e apertura*, che si concretizza nella ridotta apertura a feedback insoliti, inattesi o contrastanti, evitamento di incertezze o rischi imprevedibili, sospettosità, ipervigilanza rispetto a potenziali minacce, marcata tendenza a sottovalutare o respingere riscontri cruciali; b) *Scarso controllo flessibile*, espresso dall'esigenza compulsiva per la struttura e l'ordine, iperperfezionismo, elevato obbligo e dovere sociale, ripetizione, premeditazione e pianificazione compulsiva, approach coping e desiderio compulsivo di risolvere i problemi, comportamento rigido e governato da regole, alta certezza morale (convincimento che esista un solo modo "giusto" di fare qualcosa); c) *Pervasiva inibizione dell'espressione emotiva e ridotta consapevolezza emotiva*, evidenziata dall'inibizione emotiva inappropriata al contesto (ad esempio, mostrare un volto inespressivo in risposta a un complimento) o da espressioni emotive false o incongruenti (ad esempio, un sorriso in risposta all'angoscia o manifestazione di preoccupazione quando non si avverte effettivamente alcuna ansia), costante sottovalutazione dell'ansia e ridotta consapevolezza delle sensazioni corporee; d) *Scarsa connessione sociale e intimità*, che si manifesta attraverso la freddezza e il distacco nelle relazioni, sensazione di essere diversi dalle altre persone, frequenti confronti sociali, forte invidia e risentimento, ridotta empatia. L'idea centrale che viene descritta anche al paziente è che l'elevata sensibilità alla minaccia su base biotemperamentale rende più difficile per un paziente ipercontrollato entrare nel suo sistema di sicurezza sociale neurobiologico. L'esperienza di sentirsi al sicuro attiva un'area del cervello del sistema nervoso parasimpatico associata a contentezza, cordialità e coinvolgimento sociale, che innerva i muscoli della partecipazione sociale coinvolti nella modulazione del tono della voce, nelle espressioni facciali, nell'ascolto del linguaggio umano e nel mantenimento del contatto visivo. Tuttavia, quando l'ambiente è percepito come minaccioso, diventa dominante l'area associata al comportamento di mobilitazione (risposta di lotta o fuga del sistema nervoso simpatico), la quale aumenta la frequenza cardiaca e diminuisce l'attivazione dei muscoli striati del viso e della testa, riducendo in tal modo la capacità dell'individuo di interagire con il mondo sociale.

L'eccessivo controllo è tipico nell'AN, principalmente nel sottotipo restrittivo ma anche nei pazienti con comportamenti di abbuffata/eliminazione (Isaksson et al., 2021b). È infatti un meccanismo importante per lo sviluppo e il mantenimento dell'AN, tuttavia, spesso i trattamenti per l'AN in generale sono troppo rigidi e concentrati eccessivamente su cibo e peso con troppa poca enfasi sui bisogni psicologici e sociali della persona.

Uno studio di Baudinet, Simic, Griffiths, Donnelly, Stewart, & Goddard (2020) ha indagato se l'ipercontrollo fosse associato ai sintomi dei DCA restrittivi negli adolescenti ed è emerso che i sintomi del DCA al momento della valutazione erano significativamente correlati con i fattori di ipercontrollo, tra cui la connessione sociale ($r = -0.67$), la reattività alla ricompensa ($r = -0.54$) e l'inflessibilità cognitiva ($r = 0.52$). Questo risultato supporta l'idea della RO DBT per cui sia importante un trattamento per le persone con DCA che si focalizzi sui tratti legati all'ipercontrollo e non solo al peso e al cibo.

Infatti, per i pazienti ipercontrollati l'autocontrollo socialmente risulta un fattore ammirevole ma anche una manifestazione di sofferenza personale che spesso non viene riconosciuta (Lynch, 2021). I pazienti ipercontrollati stabiliscono elevati standard personali per sé e per gli altri e sono esperti nel non apparire devianti all'esterno. Sono perfezionisti e tendono a vedere gli errori ovunque, compreso in sé stessi, e a lavorare più duramente degli altri per prevenire problemi futuri e questo, di conseguenza, li fa soffrire. Pertanto, la RO DBT invece di evidenziare cosa c'è di sbagliato in un singolo paziente, parte dall'osservare ciò che è salutare in ognuno e poi usa queste osservazioni per guidare gli interventi di trattamento. L'idea centrale della RO DBT descritta da Lynch (2021) è che i pazienti ipercontrollati e iperperfezionisti abbiano più probabilità di trarre beneficio da un trattamento che insegni loro a ricercare attivamente il benessere.

2.1.2 Teoria neurobiosociale

La teoria neurobiosociale per i disturbi da ipercontrollo decostruisce la regolazione delle emozioni in tre componenti che seguono una sequenza temporale (Lynch, Hempel, & Dunkley, 2015): i fattori di codifica percettiva (regolazione dei recettori sensoriali) che precedono i fattori di modulazione interna (regolazione centrale cognitiva) che, a loro volta, si traducono in segnali sociali o in espressioni comportamentali esterne (regolazione della selezione delle risposte). Separare la regolazione comportamentale palese dalla regolazione cognitiva centrale interna aiuta a spiegare perché una persona può sentirsi ansiosa interiormente ma non mostrare alcun segnale "palese" esterno di ansia.

Lynch e colleghi (2015) descrivono la teoria secondo cui l'ipercontrollo disadattivo si sviluppi e venga mantenuto attraverso una combinazione di tre fattori generali associati al benessere socio-emotivo (vedi Figura 5): predisposizioni bio-temperamentali e genetiche (natura), influenze familiari-ambientali (educazione) e autocontrollo-tendenze di controllo (coping). Nello specifico, si ipotizza che le predisposizioni bio-temperamentali per un'accresciuta sensibilità alle minacce, una ridotta sensibilità alla ricompensa, elevate capacità di controllo inibitorio e un'attenzione superiore per i dettagli interagiscano con le prime esperienze familiari/culturali e che, queste, enfatizzino gli

errori come intollerabili e l'autocontrollo come imperativo, risultando in uno stile di coping eccessivamente controllato che limita le opportunità di apprendere nuove competenze e di stabilire stretti legami sociali.

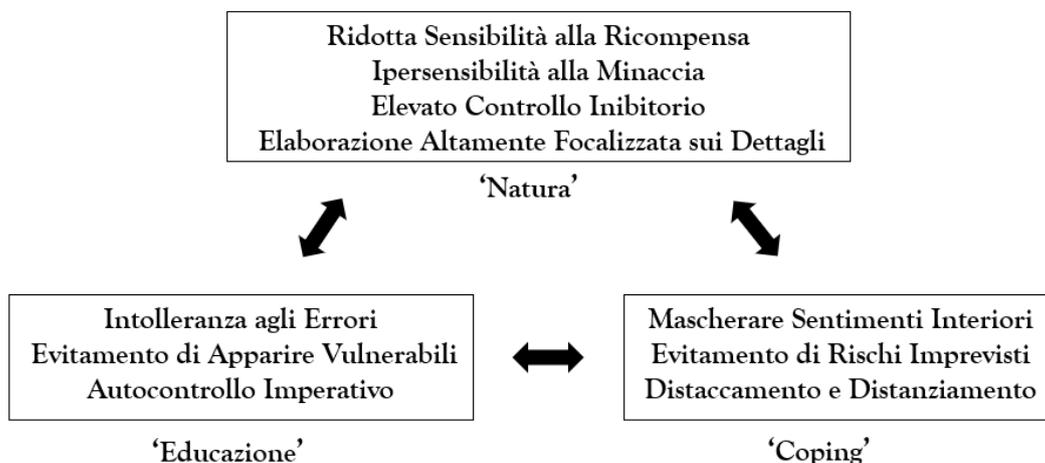


Figura 5. Teoria neurobiosociale per i disturbi da ipercontrollo (Lynch et al., 2015)

Maggiore sensibilità alle minacce temperamentali dell'ipercontrollo, ridotta sensibilità alla ricompensa ed elaborazione altamente focalizzata sui dettagli influenza la percezione rende più probabile che stimoli nuovi non solo vengano rilevati ma anche valutati come pericolosi a livello dei recettori sensoriali: ad esempio, quando si cammina in un roseto, è più probabile che il cervello ipercontrollato noti le spine e non i fiori (Lynch et al., 2015).

Le predisposizioni biotemperamentali eccessivamente controllate sono spesso esacerbate dall'esperienza culturale o familiare-ambientale. L'ambiente iniziale di una persona con ipercontrollo è caratterizzato spesso da punizioni di errori, di imprecisioni, di richieste di affetto, di manifestazioni di emozioni e/o spontaneità giocosa. Al contrario, spesso questo ambiente premia l'elevata tolleranza al dolore e all'angoscia, la resistenza alla tentazione, risultati e vittorie elevate, una rigida aderenza alle regole e l'individuazione di errori. Come risultato di queste transizioni “natura-cultura” emerge, poi, un coping ipercontrollato.

Una componente importante della teoria è che gli individui con ipercontrollo spesso portano involontariamente stati d'animo e comportamenti associati in situazioni sociali che hanno la funzione di isolarli dagli altri. L'accresciuta sensibilità alle minacce rende più difficile entrare nel sistema di sicurezza sociale basato sulla neurologia. Quando un individuo non si sente sicuro, il sistema nervoso autonomo si attiva: l'eccitazione difensiva e le risposte di lotta o fuga diventano dominanti. Le espressioni facciali si congelano e si perde la capacità di interagire in modo flessibile con gli altri. Per la persona con ipercontrollo, l'eccitazione difensiva e l'espressione congelata (o eccessivamente pro-sociale e non sincera) sono comuni. Questi comportamenti sono in parte

influenzati da un'accresciuta sensibilità alle minacce bio-temperamentali e in parte influenzati dal feedback sociale fin dalla tenera età, il che implica che è imperativo controllarsi ed evitare di apparire incompetenti. Di conseguenza, lavorano molto duramente per evitare errori, diventano sempre più sensibili alle critiche percepite e basano la propria autostima sul confronto tra la loro performance e quella altrui. Ciò può portare a stili di interazione rigidamente controllati e avversi al rischio che interferiscono con la formazione di legami sociali. Sfortunatamente, il comportamento ipercontrollato estremo suscita negli altri proprio ciò per cui è stato “progettato”, per questo le persone tendono ad evitare gli individui con controllo eccessivo e non trovano bello avere vicino il loro stile di espressione emotiva limitato, falso e inibito. Di conseguenza, la persona si trova sempre più sola il che esacerba il disagio psicologico.

2.1.3 Social signaling

La ricerca ha ripetutamente dimostrato, come descritto da Gilbert e colleghi (2020), che la mancanza di connessione sociale fisica e psicologica è associata a peggiori esiti sia di salute mentale che di salute fisica, inclusa la mortalità. Inoltre, è stato studiato come la connessione sociale predica la salute mentale (piuttosto che viceversa) e come l'isolamento sociale è causalmente implicato nello sviluppo e nel mantenimento della depressione. Perciò, la RO DBT sottolinea l'importanza di focalizzarsi sul social signaling, ovvero sulla comunicazione sociale e sulla connessione psicologica con gli altri, similmente alla psicoterapia interpersonale (IPT), ed è il primo trattamento a enfatizzare il social signaling come meccanismo primario di cambiamento. Infatti, la RO DBT mira a comportamenti osservabili (i segnali sociali) per aumentare la connessione psicologica con le altre persone.

Un segnale sociale è definito come qualsiasi azione o comportamento evidente, indipendentemente dalla sua forma, intensione o consapevolezza dell'esecutore, che viene prodotto in presenza di un'altra persona. Esempi di social signaling potrebbero essere alzare gli occhi al cielo, allontanarsi, sorridere.

Il social signaling è stato sempre importante per la specie umana poiché ha permesso di sviluppare legami stretti, condividere risorse e lavorare a stretto contatto con individui non geneticamente imparentati ed è stato utilizzato come modo rapido per comunicare le intenzioni agli altri (O'Mahen, & Lynch, 2018). Infatti, gli altri percepiscono i segnali sociali disadattivi, come espressioni emotive incongruenti o represses, come inaffidabili o non autentiche, che a sua volta ostacolano lo sviluppo di vicinanza sociale. Non è quindi solo importante segnalare apertura verso gli altri, ma anche farlo in modo autentico senza mascherare comportamenti.

Gli individui ipercontrollati mostrano poca variabilità nel modo in cui esprimono le loro emozioni, sia per quanto riguarda la valenza, sia per l'intensità e la loro bassa sensibilità alla ricompensa riduce le manifestazioni spontanee di eccitazione o gioia, così, O'Mahen, & Lynch (2018) riportano due stili di social signaling ipercontrollati, ognuno con la stessa funzione di bloccare le emozioni che fanno sentire la persona vulnerabile. Il primo è rappresentato da espressioni inibite e piatte mentre il secondo è espresso da modalità eccessivamente prosociali, non sincere e finte. Gli individui ipercontrollati potrebbero nutrire orgoglio per la loro innata capacità di autocontrollo e controllo dell'espressione emotiva in qualsiasi situazione. Per questi motivi, spesso le persone con alto ipercontrollo non amano essere al centro dell'attenzione, a meno che non abbiano avuto il tempo di prepararsi e solitamente nessuno al di fuori dei parenti stretti è consapevole del disagio psicologico interiore della persona; perciò, risulta anche poco probabile che cerchino un trattamento di salute mentale.

Come descritto da O'Mahen, & Lynch (2018), la RO DBT ipotizza che il meccanismo di cambiamento verso un'espressione aperta delle emozioni porti alla fiducia e alla connessione sociale con gli altri, inoltre mira ad insegnare agli individui con ipercontrollo come modificare il loro social signaling in modo da esprimere apertamente le emozioni e le vulnerabilità, il che si tradurrà poi in un aumento di connessione sociale.

Un ulteriore aspetto di social signaling affrontato con la RO DBT è il modo in cui questo influisce sulla relazione terapeutica. La terapia, infatti, include strategie per il terapeuta per aiutare a formare una relazione con un individuo con un temperamento ipercontrollato e segnali sociali disadattivi. Ciò consente alla persona di sperimentare una connessione interpersonale e affrontare il problema dell'abbandono della terapia quando sperimentano disagio, conflitto o percepiscono il trattamento poco rilevante.

Nella pratica RO DBT si mettono in luce come funziona il social signaling e le caratteristiche non verbali legate all'apertura radicale. Viene insegnata la differenza tra i diversi tipi di sorrisi, che siano più o meno autentici, sociali o di cortesia, cooperativi (a bocca chiusa) ma anche il battito di sopracciglia e il suo significato di accettazione sociale (Lynch, 2021). Inoltre, viene messa in luce la modalità di segnalare apertura e rilassatezza, cosa che i pazienti con alto ipercontrollo faticano a mostrare, come anche il contatto e i gesti di connessione (come cenni del capo, poggiare le mani su una spalla). Emergono anche temi come la presa in giro, la non dominanza, l'irriverenza giocosa, la riconciliazione, sottomissione e imbarazzo. Le persone che seguono la RO DBT difficilmente riescono a gestire il social signaling ipercontrollato maladattivo ed è quindi necessario permettere

loro di apprendere quando i sorrisi sono beffardi e come modificarli, come anche i segnali sociali indiretti, ambigui e di bassa intensità che portano spesso incomprensioni con gli altri.

2.1.4 Principi fondamentali della RO DBT

Il Manuale RO DBT di Lynch (2021) riporta come la terapia sia evoluta nel tempo ed è stata influenzata da una vasta gamma di modelli e approcci filosofici, eziologici e terapeutici, in particolare la filosofia dialettica e la terapia dialettico comportamentale, gli approcci basati sulla mindfulness, la CBT, la terapia della Gestalt, il colloquio motivazionale, la teoria delle emozioni di base, le neuroscienze affettive, la teoria della personalità e dello sviluppo, la teoria evoluzionistica e il Sufismo Malamati, corrente spirituale islamista che include il principio di segretezza delle pratiche spirituali, di evitamento della fama e del riconoscimento, di accettazione del biasimo e di autocritica e umiltà.

Il primo principio riguarda l'idea che l'uomo è tribale per natura, nello specifico, infatti, indica che la sopravvivenza della nostra specie ha richiesto lo sviluppo di capacità che consentissero la formazione di legami sociali duraturi, la condivisione di preziose risorse e la cooperazione in gruppi o tribù. Il secondo principio riportato dal Manuale di Lynch (2021) è che il benessere psicologico prevede la confluenza di tre fattori: l'apertura (ricettività), la flessibilità e la connessione sociale. L'espressione apertura radicale rappresenta la convergenza di queste tre capacità e costituisce il principio filosofico nucleare e la competenza essenziale della RO DBT. Il terzo principio enfatizza l'importanza del social signaling, ovvero il fatto che nei disturbi da ipercontrollo si suppone che i deficit di segnalazione prosociale siano la fonte primaria della solitudine dei pazienti. Il quarto riguarda le differenze fenotipiche e genotipiche tra i gruppi di disturbi le quali, quindi, necessitano approcci diversi di trattamento. Il quinto indica che l'ipercontrollo è un paradigma multidimensionale che prevede complesse transazioni tra aspetti biologici, ambientali e stili individuali di coping. Nel sesto principio viene descritto come nelle persone con disturbi da ipercontrollo, i deficit e gli eccessi biotemperamentali irrigidiscono le risposte comportamentali riducendo, pertanto, la capacità di adattamento flessibile alle condizioni ambientali in continuo mutamento. Il settimo principio esalta l'idea che ci voglia tanta forza di volontà per disattivare la forza di volontà. L'ottavo principio definisce che l'apertura radicale parte dal presupposto che non vediamo le cose per come sono ma piuttosto per come siamo. Il nono riporta che un segreto per uno stile di vita sano è coltivare una sana messa in discussione. L'ultimo principio descrive che l'apertura radicale e l'auto-indagine sono esperienziali e non possono essere coltivate esclusivamente su base intellettuale. I terapeuti devono esercitare l'apertura radicale per poterla modellare per i loro pazienti.

2.1.5 DBT e RO DBT a confronto

La Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) è stata introdotta da Marsha Linehan nel manuale di trattamento del 1993 per il disturbo borderline di personalità e, in particolare, per chi ha tendenze suicide elevate (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007). Successivamente, è stata estesa anche ad altri disturbi, come quelli da uso di sostanze e del comportamento alimentare (Gilbert et al., 2020). Per il disturbo borderline di personalità, la DBT è stata valutata come efficace in 7 casi di RCT (Koons et al. 2001; Linehan et al. 1991, 1993, 1994, 1999, 2002, 2006; Turner 2000; Verheul et al. 2003), ma l'efficacia è stata rilevata anche per individui con DCA (Safer et al. 2001, Telch et al. 2001).

La terapia bilancia accettazione e cambiamento, con l'obiettivo generale di aiutare i pazienti non solo a sopravvivere, ma anche a costruire una vita degna di essere vissuta (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007). Il principio guida della DBT è la teoria biosociale, chiarita dalla Linehan, che afferma che la disregolazione emotiva e comportamentale del paziente viene scatenata e rafforzata dalla transizione tra un ambiente educativo invalidante e una tendenza biologica verso la vulnerabilità emotiva. In pratica, questa teoria incoraggia i terapeuti DBT a vedere i comportamenti dei pazienti come reazioni naturali ai rinforzi ambientali e, il trattamento, si concentra sul rinforzo di comportamenti più adattivi fornendo, allo stesso tempo, un ambiente validante ai pazienti.

La DBT è un trattamento completo progettato per svolgere cinque funzioni (migliorare le capacità, aumentare la motivazione, migliorare la generalizzazione all'ambiente, strutturare l'ambiente, migliorare le capacità e la motivazione del terapeuta) attraverso interventi erogati in quattro modalità terapeutiche. La prima modalità di terapia prevede una relazione diadica tradizionale tra paziente e terapeuta individuale e, quest'ultimo, supervisiona il progresso verso gli obiettivi terapeutici, integra diverse modalità terapeutiche e di gestione dei comportamenti e delle crisi. La terapia DBT individuale è organizzata attorno alla seguente gerarchia di obiettivi: (a) eliminazione di comportamenti potenzialmente letali, compreso il suicidio e tentativi di autolesionismo intenzionale; (b) eliminazione del comportamento che interferisce con la terapia, inclusa l'assenza o il non fare i compiti; (c) migliorare comportamenti e fattori determinanti alla ridotta qualità della vita, tra cui la mancanza di una casa, la dipendenza dalla droga o altri gravi aspetti dei disturbi. La seconda modalità di terapia è un intervento più didattico che insegna quattro serie di abilità primarie: consapevolezza, tolleranza al disagio, regolazione delle emozioni ed efficacia interpersonale. La terza modalità si concentra sull'aiutare i pazienti a generalizzare le abilità e quindi a integrare le competenze e i principi insegnati nella DBT alla vita reale. La quarta riguarda un team di consulenza progettato per supportare i terapeuti nel lavoro con pazienti difficili, ad esempio riducendo il burnout, fornire terapia al terapeuta o migliorare l'empatia.

La DBT consiste in sessioni settimanali di terapia individuale, sessioni settimanali di gruppo, in base alle necessità può anche essere svolta come coaching telefonico e come riunioni di consultazione del team medico (Gilbert et al., 2020). Tratta in modo transdiagnostico i disturbi caratterizzati da elevata impulsività e disregolazione emotiva, o con “basso controllo” disadattivo. Come descritto da Gilbert e colleghi (2020), anche la RO DBT è una terapia psicosociale basata sull’evidenza che nasce dalla terapia dialettico comportamentale standard e, inoltre, è anch’essa una terapia transdiagnostica; tuttavia, tratta i disturbi all’estremità opposta dello spettro. Piuttosto che focalizzarsi sui disturbi da basso controllo, la RO DBT considera i disturbi caratterizzati da coping disadattivo e ipercontrollato. Similmente alla DBT, l’intervento si basa sul comportamentismo e sulla filosofia dialettica, l’intervento dura 30 settimane e prevede una terapia individuale settimanale simultanea e un corso sulle abilità (skills class) di due ore e mezza, con opzioni di coaching telefonico e riunioni di consultazione del team medico.

Sebbene sia un quadro simile, la RO DBT differisce dalla DBT per diversi aspetti fondamentali (Gilbert et al. 2020). Innanzitutto, il contenuto della terapia individuale delle sessioni di skills class differisce drasticamente dalla DBT: la RO DBT affronta classi generali di comportamento, o temi comportamentali, che aiutano a guidare il trattamento e identificare obiettivi correlati alle tendenze sottostanti di controllo eccessivo, tra cui 1) comportamento iper-focalizzato sui dettagli ed eccessivamente cauto, 2) comportamento rigido e governato da regole, 3) comportamento inibito e falsa espressione emotiva, 4) connessioni e relazioni sociali distanti e distaccate e 5) maggiore tendenza verso i confronti sociali, invidie e amarezze.

In secondo luogo, il problema principale affrontato nel trattamento DBT è la disregolazione emotiva e il comportamento dipendente dall’umore, mentre la RO DBT mira alla solitudine emotiva derivante da una scarsa apertura e da una segnalazione sociale disadattiva.

In terzo luogo, e correlato, il meccanismo di cambiamento nella DBT avviene prendendo in considerazione le tendenze di azione disadattive che derivano dalla disregolazione emotiva, mentre per la RO DBT avviene mirando al social signaling.

In quarto luogo, la DBT deriva da una prospettiva buddista Zen, mentre la RO DBT incorpora pratiche del Sufismo Malamati, di matrice islamica.

In quinto luogo, il ruolo del terapeuta è diverso: nella DBT si concentra sull’aiutare il cliente a non agire in base agli impulsi e ad essere più organizzato; mentre nella RO DBT il terapeuta è meno direttivo e insegna al cliente come essere più rilassato, spontaneo ed esprimere le emozioni in modo più vulnerabile e aperto.

Infine, nella RO DBT si enfatizza l'indagine di sé, la scoperta di sé e una propensione verso le emozioni scomode ai fini dell'apprendimento, mentre nella DBT l'enfasi è più sulle contingenze esterne e sulla ricerca di modi per tollerare o regolare le difficoltà emozionali.

Per la RO DBT, la solitudine emotiva è considerata il problema principale e deriva da una scarsa apertura (ad esempio, rigidità) e da un deficit nel social signaling quindi, entrambi sono meccanismi da potenziare per un aumento del benessere nella persona (Isaksson, Ghaderi, Wolf-Arehult, Öster, & Ramklint, 2021b). Durante il trattamento si pratica e rinforza la capacità di adattarsi apertamente alle richieste situazionali ed esprimere le emozioni, inoltre, viene utilizzato un approccio aperto, auto-rivelante, genuino e un atteggiamento terapeutico rilassato per modellare il social signaling adattivo e aumentare il coinvolgimento del paziente.

La RO DBT è un trattamento sviluppato per persone con eccessivo controllo, identificate nello spettro dei disturbi come l'AN, la depressione cronica e i disturbi di personalità del cluster A e C. Gli obiettivi a lungo termine sono quelli di permettere alla persona di creare relazioni intime e ridurre la solitudine emotiva, piuttosto che concentrarsi principalmente sul ripristino del peso e sui sintomi dei DCA.

2.2 Struttura del trattamento RO DBT

Il protocollo di trattamento RO DBT include sessioni settimanali di terapia individuale di un'ora e lezioni settimanali di skills training di due ore e mezza, che si svolgono complessivamente nell'arco di circa trenta settimane (Lynch, 2021b). Il supporto telefonico e/o la disponibilità dei terapeuti al di fuori della terapia individuale e gli incontri settimanali di consultazione/supervisione sono consigliati ma non obbligatori. La RO DBT riconosce che i clinici e i setting di trattamento potrebbero aver bisogno di apporre modifiche a questa struttura raccomandata in funzione delle esigenze di un particolare paziente e/o dei vincoli ambientali, ad esempio, aggiungendo sedute di terapia individuale, permettendo ai pazienti di ripetere le lezioni di skills o adattandola pragmaticamente alle limitazioni ambientali o economiche.

La RO DBT utilizza un processo a tre fasi per affrontare la comunicazione indiretta e le richieste mascherate. In primo luogo, il terapeuta individuale introduce il problema creato dal mascheramento dei sentimenti interiori durante la fase di trattamento di orientamento e impegno, ponendo quindi le basi per la futura definizione degli obiettivi. Secondariamente, per facilitare l'identificazione dei bersagli di social signaling indiretti, il terapeuta è invitato a domandarsi ripetutamente, nel corso del trattamento, in che modo i social signaling del paziente potrebbe impattare sulla connessione sociale. Inoltre, i pazienti ipercontrollati sono incoraggiati a unirsi collaborativamente ai loro terapeuti nello sviluppo di un senso di curiosità sul proprio stile di social

signaling, attraverso l'uso dell'auto-indagine. In terzo luogo, le lezioni di skills di apertura radicale affrontano esplicitamente il social signaling indiretto e maladattivo attraverso l'insegnamento di abilità progettate per modificarlo in modo specifico.

Di seguito sono riportate alcune fasi della RO DBT descritte più nello specifico.

2.2.1 Orientamento e impegno

La prima fase di orientamento e impegno descritta nell'articolo di Lynch e colleghi (2015) richiede fino a 4 sessioni e comprende cinque componenti chiave: 1) confermare l'ipercontrollo come problema principale; 2) ottenere un impegno da parte della persona a discutere i desideri dell'abbandono del trattamento prima dell'abbandono stesso; 3) orientare la persona verso la teoria neurobiosociale RO DBT per l'ipercontrollo; 4) orientare la persona verso il meccanismo chiave di cambiamento, ovvero l'aumento dell'apertura e connessione sociale.

Uno degli obiettivi principali è identificare in modo collaborativo i fattori che potrebbero impedire alla persona di vivere secondo i propri obiettivi, differenziando tra valori, che sono i principi che una persona considera importanti nella vita e guidano il comportamento, e obiettivi, i mezzi attraverso i quali viene raggiunto un valore personale.

In questa fase, inoltre, si definiscono gli obiettivi terapeutici individualizzati legati ai cinque temi precedentemente descritti.

2.2.2 Terapia individuale

Gli obiettivi del trattamento RO DBT in terapia individuale sono organizzati secondo una gerarchia di importanza (Lynch, 2021b): 1) ridurre i comportamenti potenzialmente letali che mettono a rischio la vita, come il comportamento suicidario, l'ideazione suicidaria e l'autolesionismo; 2) riparare le rotture dell'alleanza terapeutica, per cui il paziente si sente incompreso e/o percepisce il trattamento come non rilevante per i suoi specifici problemi, non si sente coinvolto nella terapia ed emergono cambiamenti nel movimento, velocità o nel flusso dei comportamenti del paziente durante la seduta; 3) ridurre i deficit di social signaling e le manifestazioni disadattive, evidenziando un'espressione emotiva inibita e falsa, un comportamento eccessivamente cauto, iperfocalizzato sui dettagli, rigido e governato da regole, uno stile relazionale freddo e distaccato e frequenti confronti sociali con invidia e/o risentimento.

I pazienti con ipercontrollo sono esperti nel mascherare i sentimenti, perciò, si prevede che una forte alleanza terapeutica non si sviluppi prima di metà trattamento (cioè 14° sessione), indipendentemente da quanto dichiara la persona.

Per quanto riguarda i temi comportamentali relativi all'ipercontrollo si parla di espressione inibita delle emozioni e quindi al deficit di social signaling legato all'espressione emotiva. Inoltre, ci si focalizza sull'iper-vigilanza e sull'eccesso di prudenza, definiti come deficit di social signaling derivanti dal biotemperamento di ipercontrollo verso un'elevata sensibilità alle minacce, una vasta sensibilità alla ricompensa e un'elaborazione altamente focalizzata sui dettagli. Si considera anche il comportamento rigido e governato da regole, come deficit di social signaling derivante da bisogni compulsivi di ordine e struttura, e anche il distaccamento relazionale legato a scarsa apertura ed evitamento dei conflitti. Infine, ci si focalizza sul tema dell'invidia e amarezza, definiti come deficit di social signaling legati allo sforzo compulsivo, all'alta tendenza al confronto e alta dominanza. In generale, quindi, il target del trattamento danno la priorità alle problematiche di social signaling che riducono la connessione sociale rispetto alle esperienze problematiche "interne". Gli obiettivi della terapia individuale vengono monitorati quotidianamente nelle 'diary cards' e aggiornati regolarmente.

2.2.3 Skills training

La struttura completa dello skills training di apertura radicale si può trovare nel manuale "*RO DBT skills training: La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo*" di Thomas R. Lynch del 2021. Il principale scopo dello skills training di apertura radicale è quello di impartire nuova conoscenza e incoraggiare l'auto-scoperta (ovvero, educare piuttosto che guarire) (Lynch, 2021b). Analogamente alla RO DBT individuale, gli obiettivi e gli scopi del trattamento nelle lezioni di skills training di apertura radicale possono essere organizzati gerarchicamente.

In primo luogo, si dona importanza all'insegnamento delle skills di apertura radicale: social signaling, apertura, risposta flessibile, connessione sociale. Il secondo obiettivo riguarda l'occuparsi dei 'grossi' segnali sociali maladattivi in aula, come attacchi personali o mancato completamento dei compiti a casa. Infine, è necessario affrontare tutti gli altri comportamenti maladattivi in privato tramite induzione terapeutica della responsabilità sociale come ritardi, mancata partecipazione e rotture dell'alleanza terapeutica.

Idealmente, i pazienti dovrebbero iniziare a frequentare le lezioni di skills training nella terza settimana di terapia individuale RO DBT. Pertanto, durante la seconda seduta individuale, i terapeuti dovrebbero delineare la logica e la struttura delle lezioni di skills training e ottenere l'impegno a prender parte alla prossima lezione in programma. Le lezioni dovrebbero includere dai 7 ai 9 partecipanti, con due istruttori.

Ogni lezione di skills training è progettata per svolgersi entro due ore e mezza e include un breve esercizio di mindfulness (da uno a 10 minuti circa), la revisione dei compiti a casa (indicativamente di 40 minuti in totale) una breve pausa (da 10 a 15 minuti) e un nuovo insegnamento (di circa 50 minuti) con l'assegnazione dei compiti a casa (5 minuti circa).

La Tabella 1 fornisce una panoramica del programma delle lezioni sulle competenze RO DBT.

Settimana/Lezione	Titolo della lezione
1	L'apertura radicale
2	Comprendere le emozioni
3	Attivare la sicurezza sociale
4	Migliorare l'apertura e la connessione sociale attraverso la gentilezza amorevole
5	Cimentarsi in nuovi comportamenti: se non è divertente, non è un gioco
6	Come ci aiutano le emozioni?
7	Comprendere il coping ipercontrollato
8	La tribù conta! Comprendere il rifiuto e le emozioni autocoscienti
9	Il social signaling conta!
10	Utilizzare il social signaling per vivere secondo i propri valori: Flexible Mind is DEEP
11	Mindfulness Training, parte 1: gli stati ipercontrollati della mente
12	Mindfulness Training, parte 2: le abilità del «cosa»
13	Mindfulness Training, parte 3: l'abilità fondamentale della mindfulness del «come»: con l'auto-indagine
14	Mindfulness Training, parte 4: le abilità del «come»
15	Integrità personale, parte 1: dire ciò che si pensa veramente
16	Integrità personale, parte 2: Flexible Mind REVEALS
17	Efficacia interpersonale: la gentilezza innanzitutto
18	Essere assertivi con una mente aperta
19	Usare la validazione per segnalare inclusione sociale
20	Promuovere la connessione sociale, parte 1
21	Promuovere la connessione sociale, parte 2
22	Imparare dal feedback correttivo
23	Mindfulness Training, parte 1: gli stati ipercontrollati della mente
24	Mindfulness Training, parte 2: le abilità del «cosa»
25	Mindfulness Training, parte 3: l'abilità fondamentale della mindfulness del «come»: con l'auto-indagine
26	Mindfulness Training, parte 4: le abilità del «come»
27	Invidia e rancore
28	Cinismo, amarezza e rassegnazione
29	Imparare a perdonare
30	Settimana di integrazione di apertura radicale

Tabella 1. Skills training di apertura radicale (Lynch, 2021b)

2.2.4 Abilità di mindfulness

Come descritto da Lynch e colleghi (2015), le abilità di mindfulness nella RO DBT includono nuovi stati mentali relativi all'ipercontrollo (mente rigida, mente flessibile, mente fatalistica) e nuova abilità del "cosa" e del "come" (ad esempio, abilità del partecipare senza pianificare; abilità di autoindagine; abilità di consapevolezza dei giudizi severi). I nuovi stati mentali di consapevolezza rappresentano modalità comuni di coping dell'ipercontrollo, che possono essere sia adattive che disadattive in base alle circostanze.

Negli individui con ipercontrollo sono comuni due stati mentali entrambi disadattivi e si verificano in seguito a feedback disconfermanti o quando si confrontano con delle novità. Infatti, quando contestati o incerti, le risposte delle persone con ipercontrollo sono volte a minimizzare, respingere o smentire il feedback al fine di mantenere un senso di ordine e controllo e, questo stile di comportamento, secondo la RO DBT viene definito *mente rigida*. La mente rigida applica una forte resistenza e un'energica opposizione al cambiamento con l'idea che il cambiamento non sia necessario perché si conosce già la risposta. L'opposto della mente rigida è la *mente fatalistica*, espressa attraverso silenzi prolungati, amarezza, rifiuto di partecipare e/o improvvisa acquiescenza o sospensione del comportamento diretto. Questo tipo di mentalità è volto alla chiusura e rimuove le responsabilità personali con rinuncia a resistere e riportare il proprio punto di vista, considerando il cambiamento come non necessario o impossibile perché non esiste una risposta.

La *mente flessibile* costituisce invece la sintesi tra stati mentali rigidi e fatalistici: implica essere radicalmente aperti alle possibilità di cambiamento per imparare, senza rinnegare il proprio passato o lasciare tutto in mano agli altri. Questo tipo di mentalità celebra l'indagine su sé stessi e incoraggia la "sana insicurezza" e le sfide compassionevoli delle percezioni della realtà.

Come abilità di mindfulness del "cosa" si parla del "continuum della consapevolezza", un'abilità che fornisce un mezzo strutturato per la persona che è eccessivamente controllata per esercitarsi a rivelare sentimenti interiori a un'altra, senza pianificare in anticipo ciò che desidererebbe dire (Lynch et al., 2015). Un'ulteriore abilità è denominata "partecipare senza pianificare" che implica imparare a partecipare appassionatamente con gli altri senza il bisogno ossessivo di farlo "bene". Le pratiche di questa abilità dovrebbero essere imprevedibili, iniziando senza alcuna forma di preavviso, e brevi (ad esempio, 60 secondi di durata). La natura breve della pratica rende meno probabile il sorgere di autocoscienza e più probabile che i singoli membri sperimentino un senso di connessione positiva o coesione con la classe, che si generalizza poi al di fuori.

Come abilità del "come" sono state aggiunte due nuove abilità. La prima è la "autoindagine" che implica la ricerca attiva delle cose che si vogliono evitare o che potrebbero risultare scomode, al

fine di coltivare la volontà di “sbagliare” – con l’intenzione di cambiare se necessario.

L’autoindagine celebra i problemi come opportunità di crescita, piuttosto che come ostacoli che impediscono di vivere pienamente. La premessa fondamentale alla base dell’autoindagine deriva dal fatto che non sapremo mai tutto e quindi commetteremo errori e che, per imparare dai nostri errori, dobbiamo prestare attenzione al nostro errore. La seconda nuova abilità è la “consapevolezza dei giudizi severi” la quale insegna che il cervello è programmato per valutare la misura in cui “ci piace o non ci piace” ciò che ci accade in ogni momento; pertanto, giudichiamo sempre e i nostri giudizi influenzano le relazioni e il mondo in cui esprimiamo il nostro social signaling. La RO DBT incoraggia i pazienti a utilizzare l’autoindagine per apprendere come i giudizi influiscono sulle relazioni e sul social signaling.

2.2.5 Generalizzazione delle abilità

Nella DBT standard, per migliorare la generalizzazione delle abilità si utilizza il coaching telefonico, tuttavia i pazienti con ipercontrollo sono meno propensi a utilizzare questa modalità (Lynch et al., 2015). Nella RO DBT i pazienti imparano a inviare messaggi di testo al loro terapeuta quando utilizzano un’abilità che ha funzionato oppure per esercitarsi nel comunicare qualcosa di sé quando sperimentano nuove intuizioni o apprendimenti seguendo la pratica di autoindagine. Inoltre, la RO DBT incoraggia i terapisti ad invitare le famiglie, i partner e gli operatori familiari a partecipare al trattamento attraverso l’educazione riguardo la teoria neurobiosociale collegandola alle strategie di trattamento usate con il paziente, attraverso un training esplicito in stile RO DBT per facilitare la generalizzazione delle abilità e modellando ed incoraggiando il pensiero dialettico. Infine, si incoraggia la famiglia/partner/operatori del paziente ad utilizzare uno spirito di apertura radicale e di autoindagine quando sorgono problemi o sfide.

2.3 Efficacia della RO DBT

Gli studi iniziali che hanno indagato la RO DBT mostrano risultati promettenti per la depressione resistente al trattamento e per l'AN, sia come trattamento ospedaliero che considera l'intero programma RO DBT, sia come trattamento ambulatoriale quando la DBT standard si combina con lo skills training della RO DBT, e sia come skills training aggiunto a un programma di trattamento diurno per adolescenti (Isaksson, Ghaderi, Ramklint, & Wolf-Arehult, 2021a). Tuttavia, la RO DBT non è mai stata valutata come un programma di trattamento su vasta scala, comprendente tutte e quattro le parti del trattamento (formazione delle competenze, terapia individuale, gruppi di consultazione e coaching telefonico), in un contesto ambulatoriale per l'AN.

Gli studi sul trattamento dell'AN tendono ad essere sottodimensionati e metodologicamente insoddisfacenti a causa della bassa prevalenza dell'AN, degli alti tassi di abbandono (30-70%) e di questioni etiche che rendono sostanzialmente impossibile l'uso del placebo come condizione di confronto (Isaksson et al., 2021a).

In alternativa ai disegni di gruppo utilizzati per ricerche legate agli effetti di un trattamento, Isaksson e colleghi (2021a), suggeriscono anche il disegno sperimentale a caso singolo (SCED). In uno SCED, ogni individuo fornisce i propri dati di controllo per un confronto intra-soggettivo, consentendo inferenze sulla causalità senza campioni di grandi dimensioni e studi controllati randomizzati. Il metodo è stato raccomandato per studiare gli effetti dell'intervento nei pazienti con DCA e per migliorare la validità interna ed esterna e consentire inferenze sulla causalità, si raccomandano baseline multiple e repliche. Non esiste un gold standard sul numero di repliche necessarie, tuttavia, ne sono state raccomandate almeno tre.

2.3.1 Prove di efficacia della RO DBT per la depressione cronica

Il Manuale di Lynch (2021) riporta tre studi randomizzati controllati (RCT) che hanno esaminato la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia della RO DBT per il trattamento dell'ipercontrollo maladattivo e della depressione cronica.

I primi due erano studi pilota (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003; Lynch & Cheavens, 2007) che utilizzavano versioni adattate della DBT standard modificate per trattare la depressione e le caratteristiche legate all'ipercontrollo maladattivo, con l'obiettivo di produrre un manuale completo di trattamento RO DBT. Sono stati reclutati campioni di adulti di mezza età e anziani con depressione, poiché in base alle ricerche precedenti risultava che i gruppi di questa età presentassero maggiore probabilità di coping ipercontrollato.

Dalla valutazione post-trattamento del primo studio (Lynch et al., 2003) emerge che il 71% dei soggetti sottoposti alla RO DBT-E (versione adattata di DBT standard al trattamento di depressione

e problemi di ipercontrollo combinata col trattamento farmacologico) era in remissione, a differenza del 47% dei partecipanti che aveva ricevuto solo la condizione MED (terapia farmacologica con antidepressivo). A sei mesi di distanza, il 75% dei partecipanti alla RO DBT-E era in fase di remissione, rispetto a solo il 31% dei partecipanti al programma MED, una differenza ritenuta significativa ($d=0.98$). Sono emerse diminuzioni equivalenti della depressione post trattamento nel gruppo trattato con RO DBT-E ($d=2.51$) e nel gruppo MED ($D=2.24$). Il gruppo RO DBT-E ha mostrato una sostanziale riduzione dei punteggi al BDI (Beck Depression Inventory) dal pre-trattamento al post-trattamento, un cambiamento mantenutosi durante il follow-up. Solo i partecipanti alla condizione RO DBT-E hanno dimostrato un miglioramento significativo nello stile di personalità disfunzionale associato ai timori di non essere apprezzati dagli altri, inoltre, hanno mostrato un significativo miglioramento nel coping adattivo a seguito di eventi stressanti, e questi cambiamenti sono stati mantenuti a sei mesi di follow-up. I miglioramenti nel coping totale sono stati associati alle sensazioni di essere meno sopraffatti, più propensi a cercare sostegno sociale, e meno inclini a riversare su altri le proprie frustrazioni. Il limite principale del primo studio RCT era la piccola dimensione esigua del campione, con solo 17 partecipanti randomizzati per ogni condizione.

Per quanto riguarda il secondo studio RCT (Lynch & Cheavens, 2007), i risultati evidenziarono che il 71% dei partecipanti alla RO DBT-E2 (RO DBT-Early, manuale 2) era in remissione post-trattamento, rispetto al 50% dei partecipanti alla condizione di controllo: una tendenza che si manteneva a tre mesi di follow-up e che si riduceva a sei mesi di distanza. I partecipanti alla RO DBT-E2 dimostrarono un significativo miglioramento del disturbo di personalità rispetto al controllo MED, e questi vantaggi si mantennero al follow-up semestrale. Lo studio ha consentito di sviluppare ulteriormente il nuovo manuale di trattamento e i risultati di entrambi i due RCT hanno fornito risultati preliminari a supporto delle prime versioni della RO DBT, compreso il consenso per la sua fattibilità, accettabilità e utilità clinica.

Il terzo studio descritto nel Manuale RO DBT di Lynch (2021) era un RCT multicentrico di grandi dimensioni (250 partecipanti) con tre siti indipendenti, progettato per estendere la generalizzabilità del trattamento reclutando adulti di tutte le età con depressione refrattaria. I partecipanti vennero assegnati a due gruppi sperimentali: 162 alla RO DBT e 88 al TAU. Da questa sperimentazione sono emerse la scala di autovalutazione di aderenza alla RO DBT e nuove misure volte a facilitare l'identificazione dei pazienti ipercontrollati.

Un ulteriore studio recente di Gilbert e colleghi (2023) ha testato se il cambiamento nell'inflessibilità psicologica e nel funzionamento interpersonale sono associati al cambiamento dei sintomi depressivi nella RO DBT. Sono stati campionati 250 partecipanti adulti e assegnati al trattamento RO DBT o alla condizione di trattamento routinario. Lo studio RCT ha mostrato che l'effetto della RO DBT nella

diminuzione dei sintomi depressivi è stato mediato dai cambiamenti nell'inflessibilità psicologica e funzionamento interpersonale dopo 3 mesi di inizio trattamento (95% CI [-2.35, -0.15]; [-1.29, -0.04], rispettivamente), a fine trattamento (95% CI [-2.80, -0.41]; [-3.39, -0.02]), e solo dall'inflessibilità psicologica a 18 mesi post-trattamento (95% CI [-3.22, -0.62]). I risultati supportano la teoria RO DBT per cui sia importante focalizzarsi sui processi legati al controllo eccessivo disadattivo ed evidenziano che il funzionamento interpersonale e, in particolare, la flessibilità psicologica possono essere meccanismi che riducono i sintomi depressivi refrattari nella RO DBT.

2.3.2 Prove di efficacia della RO DBT per l'anoressia nervosa

Per quanto riguarda la RO DBT per l'AN, il Manuale di Lynch (2021) specifica come fin dall'inizio, i terapeuti che aderiscono alla RO DBT devono trasmettere l'idea che il paziente è molto più di un disturbo alimentare. Infatti, l'approccio è stato appositamente progettato per consentire al terapeuta di occuparsi dei problemi psicologici del paziente e, al tempo stesso, evitare che la terapia possa rafforzare il comportamento maladattivo del paziente rendendolo la massima priorità del trattamento.

Nella RO DBT, gli approcci all'AN basati sulla mindfulness si concentrano sull'insegnare ai pazienti la pratica del cavalcare l'impulso sulle loro tendenze di avversione al cibo. In questa pratica, l'obiettivo non è il godimento consapevole del cibo da parte della persona quanto piuttosto focalizzare l'attenzione sulle sensazioni, emozioni e cognizioni avverse del paziente associate all'ingestione di cibo e al non rispondere a tali impulsi come se fossero una crisi. Al contrario, il paziente è incoraggiato a osservare spassionatamente le tendenze di risposta di avversione alimentare e a ricordare che questa pratica è simile alle tecniche usate dai marinai per superare il mal di mare, o dai piloti di jet per tollerare una forte nausea.

Pochi sono gli studi empirici sulla RO DBT e uno di questi è quello di Lynch, Gray, Hempel, Titley, Chen, & O'Mahen che, nel 2013, hanno preso in considerazione 47 individui con diagnosi di anoressia nervosa di tipo restrittivo (con BMI medio al ricovero di 14.43) che hanno ricevuto il programma di trattamento ospedaliero basato sulla RO DBT di 21,7 settimane per osservare gli effetti della terapia.

Ne è risultato che 72% ha completato il programma dimostrando aumenti sostanziali del BMI (variazione media del BMI = 3,57), corrispondente ad una grande dimensione dell'effetto ($d = 1,91$). Inoltre, il 35% di coloro che hanno completato il trattamento erano in remissione completa e il 55% in remissione parziale, con un tasso di risposta complessivo del 90%. Gli stessi individui

hanno dimostrato miglioramenti ampi e significativi nei sintomi psicopatologici legati al DCA ($d = 1,17$), nella qualità della vita correlata al DCA ($d = 1,03$) e nella riduzione del disagio psicologico ($d = 1,34$).

La RO DBT è stata quindi associata a miglioramenti significativi nell'aumento di peso, a riduzioni dei sintomi dei disturbi alimentari, a diminuzioni della psicopatologia correlata ai DCA e ad aumenti della qualità di vita correlata ai DCA in un campione gravemente sottopeso.

I risultati forniscono un supporto preliminare per la RO DBT nel trattamento dell'AN restrittiva, suggerendo l'importanza di un'ulteriore valutazione che esamini i risultati a lungo termine utilizzando la metodologia di studi randomizzati controllati.

Anche Chen e colleghi (2015) hanno riportato i risultati di due serie di casi di DBT (con aggiunta di un modulo di skills training) per nove pazienti ambulatoriali adulti con AN. Alla fine del trattamento, il primo gruppo (con AN o AN subclinica) ha riportato un miglioramento del BMI con aumento medio della dimensione dell'effetto. Il secondo gruppo (con DCA-NAS e sintomi di AN) ha riportato un miglioramento pre-post trattamento del BMI, che ha prodotto un effetto ampio mantenuto anche ai follow-up a 6 e 12 mesi. In generale, le analisi dei dati hanno dimostrato tassi significativi di aumento di peso e di ripresa del ciclo mestruale per il 62% del campione entro la fine del trattamento, inoltre sono risultate ampie dimensioni d'effetto per l'aumento del BMI ($d = 1.12$), che si mantenevano sia al follow-up a sei mesi che a distanza di un anno (Lynch, 2021). Infine, i miglioramenti nei punteggi totali dell'Eating Disorder Examination alla fine del trattamento hanno prodotto una dimensione d'effetto di $d = 0.46$, che si manteneva al follow-up a sei mesi ($d = 0.45$) ma diminuiva al follow-up a dodici mesi ($d = 0.34$).

L'aggiunta del modulo di skills training, che mirava alla rigidità e all'aumento dell'apertura e connessione sociale, potrebbe aumentare l'efficacia della DBT per l'AN; tuttavia, nessun RCT è stato ancora condotto utilizzando la RO DBT (Ben-Porath, D. et al., 2020).

Data l'assenza di una condizione di lista d'attesa o di un gruppo di confronto nei due studi esistenti sulla RO DBT per i DCA, è impossibile concludere se questi miglioramenti dei sintomi siano dovuti al tempo, alla maturazione, agli effetti non specifici inerenti alla degenza generale/fuori dal servizio oppure al trattamento del paziente o all'intervento effettivo della RO DBT.

Un ulteriore articolo di Hempel e colleghi (2018) aveva lo scopo di fornire una panoramica su come la RO DBT è stata implementata in una varietà di cliniche. I pazienti trattati nelle cliniche sono sia adulti che giovani con differenti problemi di salute mentale, tra cui la depressione e i DCA.

È stato rilevato che, ad esempio, il Servizio di Salute Mentale di St. Patrick a Dublino, ha pubblicato un articolo relativo all'approccio RO DBT basato sulle sole abilità mostrando che i

miglioramenti sulla gravità globale dei sintomi psicologici, sulla sicurezza sociale e sull'uso efficace delle strategie di coping sono significativi rispetto al trattamento routinario.

L'ospedale universitario di Uppsala ha, ad esempio, intervistato otto partecipanti alla fine del trattamento RO DBT i quali hanno riferito di aver sperimentato cambiamenti in aree della loro vita non direttamente legati al loro DCA, come l'agire nelle situazioni sociali e l'aumento di calore e vicinanza nelle relazioni utilizzando le abilità RO DBT. La maggior parte di questi pazienti ha descritto un forte miglioramento nei sintomi dei DCA, nonostante questi non fossero il focus del trattamento e riferivano che avevano trovato molta utilità in altre abilità della RO DBT, come l'attenzione alla comprensione delle emozioni e dei segnali sociali, la capacità di diminuire l'inibizione emotiva, la capacità di gestire modalità fatalistiche e rigide di pensiero/comportamento e le abilità progettate per attivare il sistema di sicurezza sociale. La RO DBT è stata vissuta come un "cambiamento di vita" e le competenze hanno motivato i pazienti a continuare la scoperta di sé e lavorare con la consapevolezza. Emerge, inoltre, che la natura transdiagnostica della RO DBT abbia portato alla sua implementazione in un'ampia gamma di contesti terapeutici e di culture. Infine, nonostante le difficoltà ad apprendere e integrare un nuovo trattamento in un servizio già esistente, l'esperienza collettiva suggerisce che ne valga la pena.

In conclusione, si può dire che la ricerca sull'applicazione del modello RO DBT per l'AN restrittiva sia agli inizi, impedendo conclusioni o raccomandazioni solide riguardo alla sua efficacia (Ben-Porath et al., 2020). Tuttavia, si può prendere in considerazione la RO DBT quando il paziente presenta AN e non ha ricevuto miglioramenti da altri approcci maggiormente studiati.

Uno degli scopi dello studio di Baudinet e colleghi (2020) era quello di valutare i risultati del trattamento di gruppo presso il Maudsley Hospital, con durata media di 13.40 settimane, da quando sono state introdotte le skills class della RO DBT. Il trattamento considerato dallo studio si proponeva esclusivamente di sostenere gli adolescenti e le loro famiglie per raggiungere la fase in cui può essere sufficiente ed efficace un trattamento ambulatoriale, ma non è stato progettato per raggiungere la piena guarigione.

Dai risultati emerge che il 70,8% degli adolescenti ha avuto un risultato Buono-Intermedio sulla scala Morgan-Russel, una scala che classifica l'esito alla dimissione. Per la scala, un Buon esito fa riferimento a un peso superiore all'85% del BMI mediano (mBMI) quando erano presenti le mestruazioni o nel periodo pre-menarca (quindi, sotto i 15 anni) e in assenza di sintomi bulimici; mentre un esito Intermedio indica un peso superiore all'85% dell'mBMI quando non erano già più presenti le mestruazioni o con sintomi bulimici in media inferiori a 1 volta a settimana durante l'ultimo mese.

Alla dimissione sono stati anche riportati miglioramenti significativi nella spinta alla magrezza, nell'umore depressivo, nella connessione sociale e nell'espressività emotiva; tuttavia, non sono stati osservati cambiamenti nel perfezionismo o nel temperamento negativo. Il cambiamento maggiore osservato nello studio riguardava il miglioramento nell'espressione delle emozioni ($d = 0.97$) che è un obiettivo fondamentale del trattamento RO DBT ed è anche considerato uno dei meccanismi tramite cui si migliora la connessione sociale e la sintomatologia psichiatrica.

Lo studio di Baudinet e colleghi (2020), tuttavia, non includeva un trattamento di RO DBT pura poiché non copriva tutte le 30 skills class della versione originale, inoltre è possibile che non sia trascorso abbastanza tempo per mettere in pratica le competenze imparate e osservare, così, cambiamenti più significativi. Un'importante direzione futura sarebbe quella di ottenere dati di follow-up post-trattamento per determinare la misura in cui i miglioramenti dei sintomi riportati persistano.

La ricerca sull'impiego della RO DBT con pazienti adulti con AN continua, infatti, recentemente, Isaksson e colleghi (2021a) hanno effettuato uno studio su 13 partecipanti in cura presso l'Ospedale Universitario di Uppsala con AN o AN atipica (AAN, cioè che soddisfacevano i criteri per AN come la significativa perdita di peso, ma il peso era ancora nell'intervallo normale) e un'età maggiore o pari a 18 anni. I pazienti inclusi avevano un BMI maggiore o uguale a 16 e sono stati esclusi pazienti con cut-off inferiore a 17 rispetto alla valutazione del prototipo di Lynch per la RO DBT, poiché rappresentavano pazienti che non avevano ipercontrollo. In totale, sono state incluse 12 pazienti con AN e una paziente con AAN (BMI medio 17,5; DC = 0,84).

Il trattamento comprendeva un programma di intervento di 40 settimane, comprendente terapia individuale, formazione in classe, coaching telefonico (quando necessario) e riunioni settimanali del team di consultazione per i terapeuti. Per affrontare le difficoltà derivanti dall'AN, sono state utilizzate le abilità della RO DBT come l'autoindagine, l'espressione aperta delle emozioni e l'apprendimento dal feedback, in combinazione con una posizione terapeutica concreta che enfatizzava gli obiettivi del paziente.

La terapia individuale consisteva in una fase di coinvolgimento di sei settimane, comprendente due sessioni (una a settimana per due settimane) che servivano a orientare l'individuo verso la RO DBT e otto sessioni (due a settimana per quattro settimane) incentrate sui primi passi verso abitudini alimentari e peso normali. La fase di coinvolgimento è stata seguita dalla fase due, comprendente 30 sessioni individuali e 30 sessioni di formazione sulle competenze, durante le quali l'obiettivo principale era migliorare l'apertura, la flessibilità e la connessione sociale, per continuare a

ripristinare il peso, ridurre al minimo la solitudine e creare una vita che valesse la pena condividere con gli altri.

Il supporto pasti ambulatoriale non veniva offerto come impostazione predefinita, ma poteva essere offerto per tre pasti al giorno per un massimo di 16 giorni se un paziente non era in grado di apportare modifiche alle proprie abitudini alimentari. Questo è stato il caso di tre dei 13 pazienti, che in seguito hanno tutti abbandonato lo studio. I partecipanti non hanno ricevuto alcun trattamento ED aggiuntivo tra il trattamento e le misurazioni di follow-up.

Durante lo studio, le riunioni del team si sono svolte settimanalmente e il team è stato supervisionato da un supervisore RO DBT approvato per migliorare le capacità terapeutiche e l'aderenza.

I risultati principali dello studio di Isaksson e colleghi (2021a) mostrano come la RO DBT abbia ridotto significativamente, clinicamente e in modo affidabile la psicopatologia DCA. Per quanto riguarda gli esiti secondari, è presente un miglioramento della qualità della vita e una riduzione del danno dovuto dal DCA. I cambiamenti nell'alimentazione restrittiva e nel BMI si sono verificati entro i tempi previsti, mentre i cambiamenti nelle strategie di controllo adattive sono stati generalmente minori e più ritardati.

Nella maggior parte dei casi, la psicopatologia ha continuato a diminuire dopo essere entrati nella fase due, con molta meno enfasi e tempo dedicato ai comportamenti DCA. Inoltre, il cambiamento precoce sembrava essere un importante predittore di successo del trattamento.

In generale, l'intervento RO DBT nel suo complesso, mirato al social signaling di comportamenti eccessivamente controllati e alle conseguenze negative sulla connessione sociale, sembra promettente per il trattamento del disturbo.

In questo studio (Isaksson et al., 2021a), i tassi di remissione sono stati del 100% per i pazienti che hanno completato il trattamento e del 62% per l'intero campione post-trattamento, con il 75% dei pazienti che hanno completato il trattamento e il 46% dell'intero campione ancora in remissione completa al follow-up. È emerso un significativo valore dell'effetto complessivo del trattamento nel miglioramento del BMI, sia per tutti i 13 partecipanti (0.624), sia solo per chi ha completato il trattamento (0.744), sia per chi non lo ha completato (0.412). Inoltre, è significativo anche il miglioramento nella Eating Disorder Symptom List (EDLS), che indaga la sintomatologia DCA, per tutti i pazienti (-0.545) e per chi ha completato il trattamento (-0.741). Infine, emerge significativo il miglioramento del trattamento nei pazienti che lo hanno completato (0.337) anche nella Visual Analogue Scale (VAS-S), scala che valuta le strategie adattive dei pazienti per la gestione dell'ipercontrollo. Tuttavia, i risultati del gruppo devono essere considerati preliminari e,

poiché il presente studio aveva un campione piccolo, non è appropriato trarre conclusioni a livello di gruppo e in contrasto con altri studi più ampi.

Sempre lo stesso anno, Isaksson e colleghi (2021b), hanno effettuato uno studio qualitativo volto a valutare le esperienze di pazienti con AN che avevano partecipato alla RO DBT. Il trattamento dello studio si è svolto in una clinica con regime ambulatoriale e consisteva in due fasi: 1) coinvolgimento di 6 settimane in cui si orientava il paziente al trattamento RO DBT e volgendo i primi passi verso un'alimentazione e un peso sani; 2) 34 settimane di terapia individuale e skills class incentrate sul miglioramento dell'apertura, della flessibilità e della connessione sociale. Alla fine del trattamento sono state somministrate delle interviste agli 11 partecipanti e sono stati individuati, dall'analisi dei dati, cinque temi principali: il trattamento globale; i benefici della condivisione e della connessione con gli altri; l'aumento della fiducia; il movimento verso obiettivi di valore; fare bene il trattamento. In generale, i pazienti hanno espresso apprezzamento per il fatto che sono stati affrontati sia i sintomi dell'AN che le loro difficoltà di rigidità, emotive e relazionali. Tuttavia, un numero significativo di pazienti (38%, n = 5) ha abbandonato la terapia ma tre di loro hanno comunque partecipato alle interviste le quali hanno suggerito che il confronto sociale e il non sentirsi sicure durante le skills class potrebbe aumentare il rischio di abbandono. Questi risultati potrebbero corrispondere anche a ricerche che suggeriscono che un cervello scarsamente alimentato è meno plastico e ricettivo ai trattamenti psicologici.

Sulla base dei risultati dello studio di Isaksson e colleghi (2021b), si può presumere che la RO DBT potrebbe essere un trattamento ambulatoriale sufficiente (ad esempio, senza ulteriore supporto alimentare) per i casi da lievi a moderati di AN e ipercontrollo. I pazienti con AN grave o persistente potrebbero essere fortemente colpiti dalla fame o da altri sintomi del DCA, rendendo difficile l'impegno nel trattamento completo, se erogato come unico intervento.

Un altro aspetto emerso è stata l'atmosfera aperta e di condivisione in entrambe le skills class e terapie individuali. La maggior parte ha descritto la relazione terapeutica come buona e utile, sottolineando che i professionisti erano genuini, aperti, rilassati e in grado di capirli e che questo ha aiutato il loro impegno nel trattamento. Ciò sottolinea l'importanza di una relazione terapeutica autentica e forte e la sua associazione con i risultati positivi del trattamento.

Nella maggior parte delle interviste sono stati descritti anche miglioramenti nel peso, nei sintomi del DCA e nelle relazioni, ma anche una maggiore consapevolezza di sé, una maggiore apertura nelle loro relazioni personali e maggiore flessibilità al termine del trattamento. I risultati donano valore allo sviluppo futuro di strumenti quantitativi che valutino cambiamenti in relazione al social signaling e a uno stile di personalità ipercontrollato.

2.3.3 Un recente studio di RO DBT per adolescenti

Il recente studio di Fennig (2023) mirava ad esaminare preliminarmente l'efficacia della RO DBT adattata agli adolescenti in un campione clinico eterogeneo.

Il trattamento completo RO DBT dello studio prevedeva 16 sessioni settimanali a un gruppo di adolescenti, di un'ora e mezza a sessione. Oltre alla skills class, i partecipanti partecipavano anche a terapia individuale che includeva anche il completamento di un diario settimanale per tenere traccia di comportamenti, pensieri ed emozioni e dell'applicazione delle abilità apprese durante il training. I terapeuti sono stati sottoposti a supervisione settimanale tra pari così come una supervisione mensile da parte dello sviluppatore della RO DBT (Dr. Lynch) utilizzando sessioni di telemedicina videoregistrate.

Rispetto al gruppo non trattato, quello con trattamento RO DBT mostra un miglioramento significativo della qualità di vita ($d=0.835$) e della depressione ($d=0.994$). All'interno del gruppo trattato, si riportano diversi cambiamenti significativi pre-post trattamento relativi alla diminuzione di ipercontrollo ($d=0.764$), all'ansia ($d=0.807$) e alla depressione ($d=0.994$) e aumenti significativi della qualità di vita ($d=0.835$).

Tuttavia, esaminando il funzionamento neurale di base (ad esempio, con l'EEG, ERP – event related potential ed ERN – error related negativity) e le associazioni col cambiamento dei sintomi non si riscontrano risultati significativi per il gruppo trattato quando si controlla l'età e il numero di sessioni di trattamento. Inoltre, come riportato da Fennig (2023), anche se precedenti studi hanno dimostrato cambiamenti legati al funzionamento sociale e alla risposta alla ricompensa, il presente studio non ha riscontrato miglioramenti significativi nelle due misure. È particolarmente degno di nota il fatto che un buon numero di partecipanti ha riferito di avere amicizie più soddisfacenti dopo la terapia e, in secondo luogo, anche se non sono stati osservati cambiamenti nella risposta alla ricompensa, si è verificata una tendenza ad aumentare l'anticipazione e il consumo della ricompensa con dimensioni dell'effetto moderate.

In generale, lo studio sul trattamento RO DBT ha dimostrato una significativa diminuzione del comportamento di ipercontrollo in linea con quanto dimostrato da ricerche precedenti.

La piccola dimensione del campione dello studio e la mancanza di randomizzazione impediscono di trarre conclusioni definitive; tuttavia, Fenning (2023) riporta che anche ricerche precedenti descrivono la mancanza di cambiamenti nelle ERN anche in presenza di un cambiamento significativo dei sintomi.

Il 77% dei partecipanti ha completato almeno la metà del percorso ed è interessante notare che quasi tutte le ragioni dell'abbandono erano coerenti con l'ipercontrollo, come essere troppo programmato o il non voler perdere il controllo impegnandosi in una modifica di questo comportamento.

2.3.4 Skills training di apertura radicale per i disturbi da ipercontrollo resistenti al trattamento

Un aspetto importante per i trattamenti multicomponente come la RO DBT è quello di determinare in che misura i componenti strutturali del trattamento siano anche componenti essenziali (Lynch, 2021). Un aspetto importante per i trattamenti multicomponente come la RO DBT è quello di determinare in che misura i componenti strutturali del trattamento siano anche componenti essenziali. Ad esempio, ci si è chiesto quanto è efficace lo skills training per l'apertura radicale nell'ottenere rilevanti risultati clinici e, per rispondere a questa domanda, un team di ricerca indipendente (Keogh, Booth, Baird, & Davenport, 2016) ha utilizzato un disegno controllato non randomizzato per indagare l'efficacia del solo skills training di apertura radicale nel trattamento delle disfunzioni di personalità ipercontrollate rispetto al TAU.

In questo studio (Keogh et al., 2016), che coinvolgeva soggetti adulti resistenti al trattamento (N=117), i partecipanti sono stati reclutati per un gruppo di skills training di apertura radicale (N = 58) o, se quel gruppo era pieno, inseriti in una lista d'attesa con ricezione di trattamento abituale, TAU (N = 59). I partecipanti al TAU prendevano parte alle sessioni di skills training sull'apertura radicale man mano che lo spazio diventava disponibile.

Per quanto riguarda le misure sociodemografiche e cliniche, al base-line non ci sono state differenze statisticamente significative tra il gruppo che riceveva lo skills training e il gruppo TAU. I partecipanti di entrambi i gruppi hanno completato una serie di questionari nelle fasi di pre- e post-trattamento. Inoltre, i partecipanti al gruppo di skills training hanno completato misure di follow-up a tre mesi e misure di alleanza terapeutica e processi di gruppo durante la sesta e diciottesima sessione del corso.

Delle 58 persone nella condizione di skills training, 6 si sono ritirate, dando luogo a un tasso di abbandono del trattamento del 10%; 5 non hanno completato le rilevazioni post-trattamento contro i 47 che le hanno completate, per un tasso di risposta dell'81,5%. Non ci sono state differenze significative tra abbandoni e completamenti di trattamento. Dei 59 partecipanti al TAU, 22 non hanno restituito i questionari nel post-trattamento contro i 37 che li hanno restituiti, con un tasso di risposta del 62,7%.

I risultati di questo studio hanno mostrato un miglioramento significativamente più ampio nella gravità globale dei sintomi psicologici ($d=1.67$), con effetti medi post-trattamento, per le sole skills del training di apertura radicale rispetto alla TAU, ovvero per la capacità di coping ($d=0.81$), la percezione di sicurezza sociale ($d=0.50$) e la diminuzione del bisogno di strutturare ($d=0.41$). Questo studio è importante, non solo perché è stato condotto senza il coinvolgimento clinico o la supervisione dello sviluppatore del trattamento, ma anche perché fornisce prove preliminari per

l'utilità del solo skills training di apertura radicale per adulti ipercontrollati resistenti al trattamento (Lynch, 2021).

2.3.5 Sintesi e limiti dei risultati di efficacia della RO DBT

La Tabella 2 riassume i principali studi sull'efficacia della RO DBT, includendo i valori di effect size trovati. I primi due studi riportano i valori di efficacia del trattamento rispetto gli aspetti depressivi, mentre i successivi sei riguardando gli effetti sui sintomi di anoressia nervosa.

Tabella 2		
Riassunto dei valori di effect size degli studi sull'efficacia della RO DBT		
Autori	Studio	Effect size
Lynch et al., 2003	DBT con skills training combinato al trattamento farmacologico (RO DBT-E) per pazienti con depressione e caratteristiche legate all'ipercontrollo, rispetto al gruppo di pazienti trattati con soli antidepressivi (MED)	Post trattamento: diminuzione dei sintomi depressivi nel gruppo RO DBT-E (d=2.51) e nel gruppo MED (d=2.24). A 6 mesi: diminuzione dei sintomi depressivi significativa del gruppo RO DBT-E rispetto al gruppo MED (d=0.98).
Gilbert et al., 2023	RO DBT mediata da cambiamenti nell'inflessibilità psicologica e nel funzionamento interpersonale per adulti con sintomi depressivi, rispetto al trattamento routinario TAU	Effetto (d) del trattamento RO DBT sui sintomi depressivi mediato dai cambiamenti nell'inflessibilità psicologica è compreso tra: -2.80 e -0.41 a fine trattamento; -2.35 e -0.15 a 3 mesi; -3.22 e -0.62 a 18 mesi. Effetto (d) del trattamento RO DBT sui sintomi depressivi, mediato dai cambiamenti nel funzionamento interpersonale è compreso tra: -3.39 e -0.02 a fine trattamento; -1.29 e -0.04 a 3 mesi
Lynch et al., 2013	RO DBT ospedaliero di 21,7 settimane per 47 pazienti con AN restrittiva	72% ha completato il programma, di questi è presente un effetto in: aumento del BMI post trattamento (d=1.91) miglioramento nei sintomi legati al DCA (d=1.17) miglioramento nella qualità di vita (d=1.03) riduzione del disagio psicologico (d=1.34)
Chen et al., 2015	DBT ambulatoriale con modulo di skills training per 9 pazienti con AN/AN subclinica o DCA-NAS con sintomi di AN	Aumento del BMI post trattamento, a 6 e a 12 mesi (d=1.12) Miglioramento dei punteggi totali all'EDE post trattamento (d=0.46), a 6 mesi (d=0.45), a 12 mesi (d=0.34)
Keogh et al., 2016	Skills training di RO DBT ambulatoriale per i disturbi da ipercontrollo resistenti al trattamento su 117 pazienti clinicamente eterogenei, rispetto al gruppo TAU	Diminuzione della psicopatologia in generale (d=1.67) Miglioramento di capacità di coping (d=0.81), della percezione di sicurezza sociale (d=0.50), diminuzione del bisogno di strutturare (d=0.41), rispetto al gruppo TAU
Baudinet et al., 2020	Trattamento ospedaliero con skills class RO DBT di 13.40 settimane per pazienti con AN, con obiettivo di raggiungere abbastanza autonomia da poter passare a trattamento ambulatoriale	Miglioramento dell'espressione delle emozioni (d=0.97) Risultato Buono-Intermedio sulla Scala Morgan-Russel (che classifica l'esito alla dimissione), indicando un peso almeno superiore all'85% del BMI mediano

Isaksson et al., 2021a	RO DBT ospedaliera su 13 pazienti con AN	Miglioramento del BMI per: tutti i partecipanti di 0.62; chi ha completato il trattamento di 0.74; chi non lo ha completato di 0.41 Diminuzione dei sintomi DCA per i pazienti che hanno completato il trattamento (-0.74) e per tutti i partecipanti in generale (-0.55) Miglioramento nelle strategie adattive gestire l'ipercontrollo nei pazienti che hanno completato il trattamento (0.34)
Fennig, 2023	RO DBT di 16 settimane in adolescenti, rispetto a un gruppo non trattato	Rispetto al gruppo non trattato: miglioramento di qualità di vita (d=0.84) e depressione (d=0.99) Rispetto al pre-post trattamento del gruppo trattato: diminuzione di ipercontrollo (d=0.76), di ansia (d=0.81), di depressione (d=0.99) e aumento della qualità di vita (d=0.84)

Per quanto riguarda l'efficacia della RO DBT per l'anoressia nervosa nello specifico, la maggior parte degli studi considerati evidenzia un effetto significativo, spesso elevato, nell'aumento del BMI dei pazienti. Emergono anche effetti sul miglioramento della qualità di vita, sui sintomi della psicopatologia in generale, sulle capacità di coping volte alla gestione dell'ipercontrollo non solo all'interno del gruppo di pazienti che ricevevano il trattamento ma anche rispetto a un gruppo di controllo.

Tuttavia, sia perché la terapia è abbastanza nuova e quindi poco studiata, sia perché gli studi fino ad ora effettuati hanno un basso numero di partecipanti, risulta difficile generalizzare gli effetti della RO DBT ad una popolazione più ampia.

È necessario, quindi, mettere in luce l'importanza di nuovi studi con campioni più grandi, sia ambulatoriali che ospedalieri, considerando sempre anche il confronto con un gruppo di controllo per evidenziare gli effetti della RO DBT rispetto a un altro trattamento o semplicemente a una lista d'attesa. Risulta importante anche considerare, nelle ricerche future, le diverse culture e provenienze dei pazienti e come queste possano modificare o meno gli effetti della RO DBT.

Ad esempio, rispetto agli studi più recenti descritti precedentemente (Baudinet et al., 2020; Isaksson et al., 2021a; Fennig, 2023), si evidenziano criticità utili da considerare nelle future ricerche. In tutti e tre gli studi viene posto il problema della generalizzabilità degli effetti della RO DBT che risulta limitata rispetto a gruppi di pazienti e popolazioni diverse rispetto a quelle considerate. Infatti, lo studio di Isaksson e colleghi (2021a) rende possibile la generalizzazione solo per donne con ipercontrollo e AN da lieve a moderata, mentre non sono stati valutati né maschi né individui con grave sottopeso che hanno ricevuto un trattamento graduale con cure ospedaliere come primo intervento, perciò, non è possibile generalizzare a loro. Lo stesso problema viene riportato dallo studio di Fennig (2023) per cui i partecipanti erano tutte donne e per lo più bianche; perciò, non è chiaro come i risultati si possano generalizzare ad altre popolazioni.

Inoltre, lo studio di Baudinet e colleghi (2020) si trattava di una serie di casi non controllati che non indagava diversi fattori interagenti durante il trattamento, il che ha reso difficile trarre conclusioni sul contributo specifico della RO DBT ai risultati emersi. Similmente, la ricerca di Fennig (2023) ha valutato solo il pre e il post trattamento senza considerare la valutazione a metà, perciò non si può essere certi delle affermazioni meccanicistiche sul cambiamento che ne è risultato. Legato a questo, si raccomanda anche per le future ricerche di misurare, precedentemente al trattamento, le variabili che potrebbero subire una modifica per comprendere se gli effetti su di esse siano dati dal trattamento o meno.

Un altro fattore importante da tenere in considerazione per la ricerca futura riguarda l'integrazione di tutte le skills class originali della RO DBT negli studi, poiché altrimenti è possibile che non trascorra abbastanza tempo per mettere in pratica le abilità imparate, come è invece accaduto nello studio di Baudinet e colleghi (2020) che è durato solo 13.40 settimane (invece che 30).

Anche l'efficacia a lungo termine è da indagare poiché, valutando solo il post trattamento (come Baudinet e colleghi, 2020) o svolgendo una sola valutazione di follow-up abbastanza ravvicinata (come il follow-up a 6 mesi di Isaksson e colleghi (2021a)), non si riesce a determinare la misura in cui i miglioramenti dei sintomi persistono dopo il trattamento.

Un'ulteriore limitazione riguarda le possibili incongruenze delle raccolte dati o dati mancanti a causa dello svolgimento dello studio in servizi clinici, i quali lasciano aperta la considerazione che questi cambiamenti potrebbero verificarsi seguendo qualsiasi altro programma di trattamento (Baudinet et al., 2020).

Infine, un altro limite emerso è stato l'assenza di strumenti di valutazione validi per l'aderenza alla RO DBT e di misurazioni in lingue differenti dall'originale, come lo svedese (Isaksson et al., 2021a), per indagare i cambiamenti settimanali degli specifici obiettivi portando a trattare con cautela le conclusioni sugli esiti secondari legati all'ipercontrollo. Ciò implica la necessità di tradurre in altre lingue la RO DBT anche per poterla generalizzare a popolazioni diverse.

CAPITOLO 3

La ricerca

3.1 Obiettivi e ipotesi

La presente ricerca ha l'obiettivo generale di valutare l'efficacia dello skills training RO DBT, descritto da Lynch (2021b), in un contesto clinico ambulatoriale in un gruppo di pazienti con AN attraverso un'analisi comparativa delle misurazioni pre e post trattamento.

Gli obiettivi specifici includono: determinare l'impatto dello skills training sui sintomi psicologici e comportamentali dell'AN e dell'ipercontrollo, come il disagio relativo all'immagine corporea, la tolleranza alla sofferenza, l'inflessibilità psicologica e l'evitamento situazionale, l'alessitimia e il perfezionismo, esplorare le differenze individuali nella risposta al trattamento.

Rispetto allo studio di Keogh e colleghi (2016), che indagava lo skills training RO DBT per i disturbi da ipercontrollo, la presente ricerca considera nello specifico l'effetto del training in pazienti con AN. Infine, il presente studio aggiunge alla letteratura esistente (Lynch et al., 2013; Chen et al., 2015; Keogh et al., 2016; Baudinet et al., 2020; Isaksson et al., 2021a; Fennig, 2023) lo studio dell'effetto dello skills training su costrutti mai indagati finora, come il disagio relativo all'immagine corporea, la tolleranza alla sofferenza, l'alessitimia e il perfezionismo.

Sulla base della letteratura esistente (Lynch et al., 2013; Chen et al., 2015; Keogh et al., 2016; Baudinet et al., 2020; Isaksson et al., 2021a; Fennig, 2023), l'ipotesi principale di questa ricerca è che lo skills training RO DBT produca un miglioramento nei sintomi psicologici e comportamentali dei pazienti. Ci aspettiamo che lo skills training RO DBT: H1a) riduca la gravità dei sintomi del DCA; H1b) riduca i livelli di disagio relativo all'immagine corporea nei pazienti con AN e ipercontrollo; H1c) migliori la tolleranza alla sofferenza dei pazienti con AN e ipercontrollo; H1d) riduca l'inflessibilità psicologica e l'evitamento esperienziale; H1e) riduca i livelli di alessitimia nei pazienti con AN e ipercontrollo; H1f) riduca i livelli di perfezionismo nei pazienti con AN e ipercontrollo. Infine, ci aspettiamo che il miglioramento delle variabili psicologiche possa avere un effetto sull'introito calorico e quindi sul BMI individuale (H1g).

3.2 Metodo

3.2.1 *Il contesto dello studio: Percorso DCA presso la Casa della Salute di Forlimpopoli*

Il Percorso DCA ha sede a Forlimpopoli (FC) e unisce sia la sede dell'AUSL di Cesena che di Forlì. È definito come percorso clinico per la diagnosi e il trattamento dei disturbi della nutrizione dell'alimentazione all'interno dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna ed è rivolto a

persone con AN, BN e DCA-NAS. All'interno del percorso è presente un'equipe multiprofessionale composta da operatori provenienti da vari Dipartimenti dell'AUSL della Romagna, relativi a Salute Mentale, Dietetica e Nutrizione Clinica, Psicologia e Servizi per l'Infanzia e l'Adolescenza. I profili professionali previsti sono il medico psichiatra o neuropsichiatra infantile, dietista, medico di nutrizione clinica o pediatra, psicologo-psicoterapeuta.

L'accesso alla prima visita viene effettuato su prenotazione tramite CUP di ambito su richiesta del Medico di Medicina Generale. Per garantire una valutazione interdisciplinare con refertazione specialistica, la valutazione iniziale avviene tramite due incontri che si svolgono nell'arco della stessa giornata: la prima visita viene svolta dal medico-psichiatra insieme allo psicologo-psicoterapeuta; la seconda visita è svolta dal medico-nutrizionista e dal dietista. Nel corso del primo accesso viene inoltre avviata la valutazione psicodiagnostica individuale e/o familiare che richiede ulteriori incontri. Una volta conclusa la fase valutativa, con conferma di diagnosi di disturbo dell'alimentazione e rispettati i criteri di inclusione, gli operatori dell'area psicologica/psichiatrica e dell'area dietologica/nutrizionale condividono le valutazioni emerse e formulano il piano di trattamento multidisciplinare, stabilendo anche un incontro di restituzione con il paziente e/o la famiglia.

3.2.2 Partecipanti

Per individuare i partecipanti al gruppo di skills training RO DBT sono stati considerati esclusivamente i pazienti del percorso DCA, i quali avevano quindi già avuto diagnosi di DCA (AN, BN o DCA-NAS). Il criterio di inclusione per partecipare al gruppo era la presenza di diagnosi di AN o DCA-NAS con tratti di ipercontrollo e perfezionismo.

I criteri di esclusione riguardano la diagnosi di BN, BED, età <18 anni e pazienti con patologie mediche che potessero interferire con la frequenza ambulatoriale.

Prima dell'inizio della prima classe di skills training RO DBT, è stato chiesto a ogni partecipante di compilare a casa propria i test e di firmare un accordo che includeva la spiegazione e, quindi, l'accettazione di tutte le regole del gruppo e del rispetto della privacy. Il protocollo non è stato approvato da un comitato etico poiché il gruppo è nato come utilità all'attività clinica, perciò, i test effettuati sarebbero serviti internamente al Percorso DCA.

Il trattamento è stato proposto da due delle psicoterapeute del Percorso DCA che hanno poi accompagnato il gruppo per tutte le 14 settimane come facilitatrici.

3.2.3 Caratteristiche demografiche

Il gruppo finale è risultato composto da 8 partecipanti di cui 100% donne, 2 con diagnosi di DCA-NAS e 6 con diagnosi di AN, tutte capaci di comprendere e parlare la lingua italiana.

Le partecipanti hanno un'età media di 29,38 (ds = 7.98, range = 22 – 42 anni). Per quanto riguarda la scolarità, il 50% delle partecipanti ha dichiarato di essere in possesso del Diploma di scuola superiore, il 12,5% una qualifica professionale, il 25% di avere una Laurea triennale e il 12,5% una Laurea quinquennale, come mostrato in Tabella 3.

Tabella 3		
Statistiche descrittive del campione (n = 8)		
Variabili demografiche	Frequenza	Percentuale
<i>Genere</i>		
Donna	8	100%
Uomo	0	0%
<i>Età</i>		
< 30	4	50%
≥ 30	4	50%
<i>Scolarità</i>		
Diploma (13 anni)	4	50%
Qualifica Professionale (14 anni)	1	12,5%
Laurea triennale (16 anni)	2	25%
Laurea quinquennale (18 anni)	1	12,5%

Tutte le partecipanti erano incluse nel percorso DCA, tuttavia, come mostra la Tabella 4, l'anno di accesso all'ambulatorio DCA è differente tra le pazienti, distribuendosi tra il 2019 (1 partecipante) e il 2023 (1 partecipante).

Gli anni di malattia, che iniziano con la diagnosi di DCA o con il primo ricovero fino ad arrivare al momento della partecipazione al gruppo, mostrano una media di 10.25 (ds = 8.75, range = 3 – 30 anni).

Inoltre, l'ambulatorio DCA offre un percorso di psicoterapia individuale al quale solo una paziente non ha partecipato (n. 7) poiché seguita da una psicoterapeuta privata da 2 anni. Tuttavia, in ambito privato altre due pazienti sono state seguite precedentemente all'accesso al percorso DCA, nello specifico per 4 anni (n. 4) e per 2 anni (n. 2).

Tabella 4			
Statistiche relative al percorso DCA			
Partecipante	Anno di accesso	Mesi di psicoterapia	Anni di malattia
1	maggio 2019	18 mesi	13
2	aprile 2023	10 mesi	30
3	dicembre 2022	14 mesi	6
4	aprile 2021	12 mesi	11
5	novembre 2022	48 mesi	4
6	agosto 2022	8 mesi	5
7	novembre 2021	0	3
8	dicembre 2022	14 mesi	10

Per quanto riguarda i ricoveri si considerano solo due partecipanti: una paziente (n. 1) ha effettuato diversi ricoveri per urgenza metabolica di cui l'ultimo nel 2020, mentre un'altra paziente (n. 4) ha effettuato diversi ricoveri in strutture (come al Centro Gruber e all'Ospedale Sant'Orsola a Bologna) e l'ultimo nel 2021 in S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) per tentato suicidio.

3.2.4 Strumenti

Sia prima di iniziare la terapia di gruppo RO DBT che alla fine, è stato misurato il BMI di ogni partecipante da parte delle dietiste del Percorso DCA.

Sono stati utilizzati i due strumenti EDE-17.0 e SCID-PD-5, descritti successivamente, per indagare le caratteristiche diagnostiche delle partecipanti.

L'EDE-17.0 (Thomas et al., 2014; traduzione italiana a cura di Calugi et al., 2015) è uno strumento clinico utilizzato per valutare la presenza e la gravità dei disturbi dell'alimentazione nel corso degli ultimi 28 giorni. È una delle interviste strutturate più utilizzate nel campo della psicologia clinica e della psichiatria per diagnosticare disturbi come l'AN, la BN e il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder). È composta da una serie di domande standardizzate che vengono somministrate da un clinico esperto.

Comprende quattro sottoscale (Restrizione, Preoccupazione Alimentare, Preoccupazione per la forma del corpo, Preoccupazione per la forma del peso) i cui punteggi possono essere valutati separatamente ma anche in un punteggio globale, riferito alla media dei punteggi delle sottoscale (Calugi et al., 2015). Fornisce una misura del range e della gravità delle caratteristiche del DCA, quali abbuffate, vomito autoindotto, uso eccessivo di lassativi e diuretici, eccessivo esercizio fisico. Gli argomenti principali coperti dall'intervista includono: comportamenti alimentari disfunzionali (frequenza e gravità di episodi di abbuffata, restrizione dietetica, episodi di vomito autoindotto, uso di lassativi e altri comportamenti compensatori); preoccupazioni per il peso e la forma del corpo (grado di preoccupazione e insoddisfazione per il proprio peso e forma del corpo); comportamenti e pensieri riguardanti l'alimentazione (pensieri ossessivi riguardo al cibo, alla dieta e al controllo del peso); aspetti psicologici (livello di sofferenza psicologica legata ai comportamenti alimentari e alle preoccupazioni per il peso e la forma del corpo).

La consistenza interna, calcolata con l'alpha di Cronbach, è alta per tutte le 4 sottoscale originali dell'EDE, rispettivamente 0.66 per la Restrizione, 0.65 per la Preoccupazione alimentare, 0.77 per la Preoccupazione per il peso, 0.84 per la Preoccupazione per la forma corporea (Calugi et al., 2015). L'affidabilità inter-rater è maggiore o uguale a 0.93 per i punteggi totali e per le sottoscale

originali, e maggiore o uguale a 0.89 per i comportamenti relativi al DCA. L'affidabilità test-retest varia tra 0.57 e 0.80 per i punteggi globali e le sottoscale originali ed è maggiore o uguale a 0.82 per gli episodi di abbuffate, vomito, utilizzo di lassativi, diuretici ed esercizio fisico eccessivo.

L'intervista *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder* (SCID-5-PD) valuta in modo sistematico e accurato la presenza di disturbi di personalità secondo i criteri del DSM-5 (First et al., 2015; versione italiana a cura di Fossati & Borroni, 2017). L'intervista è condotta da un clinico esperto e somministrata in formato faccia a faccia. La durata può variare ma in genere richiede tra 1 e 2 ore, a seconda della complessità dei sintomi e del numero di disturbi indagati. L'intervista riporta valori di coefficiente di correlazione tra le classi tra 0.88 per il disturbo di personalità dipendente e quello istrionico e 0.94 per il disturbo di personalità evitante (Somma et al., 2017). Sono stati osservati valori di k di Cohen adeguati per le valutazioni relative alla presenza di caratteristiche sottosoglia clinicamente significative (k mediano = 0.78), nonché per le diagnosi categoriali di disturbi di personalità (k mediano = 0.89).

Invece, gli strumenti seguenti sono stati somministrati ad ogni partecipante sia prima dell'inizio del gruppo RO DBT sia alla conclusione del percorso.

Il questionario EDE-6Q (Fairburn et al., 2008b; traduzione italiana a cura di Calugi et al., 2017) valuta i sintomi relativi ai DCA negli ultimi 28 giorni ed è una versione auto-somministrata dell'EDE (*Eating Disorder Examination*). Il presente questionario riporta quattro sottoscale: Restrizione, Preoccupazione per il cibo, Preoccupazione per la forma del corpo e Preoccupazione per il peso corporeo.

Le risposte sono date su una scala Likert che va da 0 a 6, dove 0 indica che il comportamento o il pensiero non si è mai verificato, e 6 indica che si è verificato ogni giorno o quasi ogni giorno. Richiede generalmente tra i 10 e i 20 minuti per essere completato ed è ampiamente utilizzato nella ricerca e nella pratica clinica per la valutazione dei disturbi dell'alimentazione, grazie alla sua facilità d'uso e alla capacità di fornire un'ampia panoramica dei sintomi senza la necessità di un'intervista clinica dettagliata.

Infatti, per quanto riguarda la consistenza interna della versione italiana, l'alpha di Cronbach è maggiore o uguale a 0.79 sia per il punteggio globale che per tutti i punteggi delle sottoscale (Calugi et al., 2017). La correlazione calcolata con coefficiente di Pearson tra tutte le sottoscale risulta statisticamente significativa ($p < .05$) e si trova nell'intervallo tra 0.61 (tra le sottoscale della Restrizione e della Preoccupazione per il peso) e 0.86 (tra le sottoscale della Preoccupazione per il peso e Preoccupazione per la forma del corpo). L'affidabilità test-retest del punteggio globale

dell'EDE-Q è 0.80 e varia tra 0.66 (Preoccupazione per il peso) e 0.83 (Restrizione) per i punteggi delle sottoscale.

Il questionario indaga vari aspetti dei comportamenti alimentari e delle preoccupazioni legate al peso e alla forma del corpo, simili a quelli valutati dall'intervista EDE. In particolare, si concentra su comportamenti alimentari disfunzionali (episodi di abbuffate, episodi di restrizione dietetica, vomito autoindotto, uso di lassativi e diuretici, esercizio fisico eccessivo), preoccupazioni per il peso e la forma del corpo (il livello di preoccupazione, insoddisfazione per la forma del corpo, paura di ingrassare, importanza eccessiva attribuita al peso e alla forma nella valutazione di sé), pensieri e atteggiamenti riguardanti l'alimentazione (pensieri ossessivi riguardanti il cibo, preoccupazione per l'assunzione calorica).

Il *Clinical Impairment Assessment* (CIA; Bohn & Fairburn, 2008; traduzione italiana a cura di Calugi et al., 2018) che valuta la compromissione del funzionamento in relazione ai sintomi del DCA negli ultimi 28 giorni (Calugi et al., 2018). È una misura di autovalutazione su scala Likert a quattro punti da 0 ("per niente") a 3 ("molto") ed è composta da 16 item che danno un punteggio globale indice della gravità del danno psicosociale dovuto al DCA. Il questionario comprende tre sottoscale di compromissione personale, sociale e cognitiva, che possono essere utilizzate per indagare aree specifiche di compromissione.

La consistenza interna misurata con l'alpha di Cronbach e con il McDonald omega è di 0.94 per il punteggio globale e di 0.89, 0.89 e 0.84 rispettivamente per le sottoscale di Personale compromissione, Sociale compromissione e Cognitiva compromissione (Calugi et al., 2018). Il coefficiente di Spearman, per l'affidabilità test-retest, risulta 0.74 per il punteggio globale del CIA, 0.65 per la compromissione personale, 0.77 per la compromissione sociale e cognitiva. È stata indagata anche la validità convergente con il punteggio globale dell'EDE-Q e ne risulta una correlazione di 0.72.

Un altro test somministrato è il *Body Uneasiness Test* (BUT; Cuzzolaro et al., 2006), che indaga il disagio relativo all'immagine corporea (Cuzzolaro et al., 2006). È un questionario self-report di 71 item composto da due parti: BUT-A (34 item), che misura, attraverso 6 sottoscale, la Preoccupazione per il peso (WP), Preoccupazione per l'immagine corporea (BIC), Evitamento (A), Automonitoraggio compulsivo (CSM), Depersonalizzazione (D) e l'Indice di gravità globale (GSI); il BUT-B (37 item), che si divide in due sottoscale relative alla Preoccupazione per i tratti somatici (PTS) e la Preoccupazione per la salute (PSDI). La durata è di circa 15-20 minuti e le risposte sono

date su scala Likert a 6 punti, che va da 0 (mai) a 5 (sempre), in base alla frequenza con cui le persone sperimentano certi pensieri, sentimenti o comportamenti.

La consistenza interna misurata con l'alpha di Cronbach risulta maggiore o uguale a 0.79 per tutte le scale del BUT-A e maggiore o uguale a 0.69 per il BUT-B (Cuzzolaro et al., 2006). L'affidabilità test-retest, dallo studio di Cuzzolaro e colleghi (2006), è risultata maggiore o uguale a 0.80 per tutte le scale del BUT-A in soggetti con DCA (rispettivamente 0.90 per GSI, 0.92 per WP, 0.88 per BIC, 0.83 per A, 0.80 per CSM, 0.94 per D), mentre, per le sottoscale del BUT-B l'affidabilità è di 0.75 per PST e 0.84 per PSDI.

La *Distress Overtolerance Scale* (DOS; Cheli et al., 2021) valuta la *distress tolerance*, ovvero la tolleranza alla sofferenza, definita come la capacità di perseguire un comportamento diretto ad uno scopo, nonostante l'emergere di stati emotivi negativi, dovuto ad aspetti ipercontrollanti e perfezionistici (Cheli et al., 2021). In letteratura il costrutto di *distress tolerance* è stato definito secondo due modalità diverse: da una parte viene definita come la capacità percepita di resistere a stati emotivi negativi e/o altri stati avversi (ad esempio, il disagio fisico); dall'altra si fa riferimento all'agito comportamentale di resistere a stati interni dolorosi provocati da qualche tipo di stress. È una scala composta da 16 item valutati su scala Likert con una durata di circa 10-15 minuti. Indaga aspetti come la soppressione delle emozioni, l'eccessivo controllo emotivo che porta ad evitare di mostrare o affrontare le emozioni, e le conseguenze negative della sovra-tolleranza (come l'aumento dello stress, l'ansia e altri sintomi psicologici). In particolare, dalla compilazione, emergono due punteggi, oltre a quello globale: la *Capacity of Harm*, che misura la capacità di tollerare situazioni negative nonostante queste abbiano effetto sul proprio benessere, e la *Fear of Negative Evaluation* che descrive le situazioni in cui i soggetti persistono nel vivere situazioni stressanti a causa della loro paura di ricevere valutazioni negative da parte degli altri qualora smettessero. Punteggi alti indicano un'alta sovra-tolleranza al disagio, suggerendo che l'individuo tende a sopprimere eccessivamente le emozioni, il che può portare a conseguenze negative per la salute mentale.

Il test riporta buoni punteggi di coerenza interna per la scala totale e per le sottoscale che vanno tra 0.82 e 0.91 (Cheli et al., 2021). Le analisi condotte per valutare la validità concorrente e predittiva riportano come sia la scala totale che le sottoscale siano significativamente associate ($p < .001$) a misure di ansia, depressione e patologia di personalità (r di Pearson compreso tra 0.40 e 0.67).

Un ulteriore test è l'*Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II; Bond et al., 2011, validata in italiano da Pennato et al., 2013) che misura l'inflessibilità psicologica e l'evitamento esperienziale

(Bond et al., 2011). È composta da 7 item su scala Likert a 7 punti (da ‘completamente in disaccordo’ a ‘completamente d’accordo’) e, in generale, valuta quanto un individuo tenda ad evitare o sopprimere esperienze interne spiacevoli, come pensieri indesiderati o emozioni negative, e quanto sia in grado di accettare tali esperienze senza giudicarle o cercare di cambiarle. Dall’analisi della validità dell’AAQ-II in lingua originale, ne risulta che il coefficiente alpha medio è 0.84 e l’affidabilità test-retest a 3 e 12 mesi è, rispettivamente, di 0.81 e 0.79 (Bond et al., 2011). Inoltre, sembra misurare lo stesso concetto della versione precedente AAQ-I ($r = .97$), ma con una migliore coerenza psicometrica. Dalla validazione in italiano, la coerenza interna risulta ugualmente elevata (0.83) e l’affidabilità test-retest a 12 mesi era di 0.61 e, quindi, modesta (Pennato et al., 2013). Punteggi AAQ-II più alti erano significativamente correlati ad ansia e depressione e a un minore benessere psicologico, supportando la validità concorrente della scala. In generale, i risultati dello studio di validità suggeriscono che la versione italiana è una misura affidabile e valida dell’inflessibilità psicologica.

Un’ulteriore scala somministrata alle partecipanti è la *Toronto Alexitimia Scale* (TAS-20; Bagby et al., 1994; validazione italiana a cura di Bressi et al., 1996) che effettua la valutazione dell’alessitimia, manifestata spesso da persone con DCA (Bourke et al., 1992). Il costrutto misurato dal questionario si riferisce a un disturbo specifico nell’elaborazione emotiva e nel riconoscimento di stati viscerali interni e affettivi che si manifesta clinicamente con difficoltà nell’identificare e descrivere i sentimenti, con una vita immaginativa impoverita e con un contenuto di pensiero caratterizzato da preoccupazione per i sintomi corporei e/o dettagli di eventi esterni. Inizialmente composta da 26 item, la nuova versione è formata da 20 item su scala Likert a 5 punti da 1 (completamente in disaccordo) a 5 (completamente d’accordo) e richiede circa 10-15 minuti. I punteggi variano da basso (inferiore o uguale a 51), moderato (52-60) a alto (maggiore o uguale a 61) che indica difficoltà significative nell’identificare e descrivere le emozioni. Nell’analisi del TAS-20 in lingua originale emerge una buona consistenza interna ($\alpha = 0.81$), così come per ciascuno dei tre fattori (difficoltà di identificare le emozioni, difficoltà a descrivere le emozioni, pensiero orientato all’esterno) rispettivamente 0.78, 0.75, 0.66, mentre l’affidabilità test-retest è di 0.77 (Bagby et al., 1994). Per quanto riguarda la versione italiana, l’affidabilità test-retest a 2 settimane risulta di 0.86 per tutta la scala e 0.83, 0.79 e 0.81 per i tre fattori, rispettivamente (Bressi et al., 1996). Anche la consistenza interna risulta adeguata sia per tutto il TAS-20 (0.75 per la popolazione non clinica e 0.82 per quella clinica) che per i fattori 1 (0.77, 0.79) e 2 (0.67, 0.68), ma per il fattore 3 il coefficiente alpha è appena accettabile (0.52, 0.54).

Infine, è stata somministrata anche la *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Hewitt et al., 1991), un self-report tradotto in lingua italiana da Cavalletti e colleghi (2021), che valuta i comportamenti legati alle tre componenti del perfezionismo, suddivisi nelle rispettive sottoscale: autodiretto (tendenza a porsi obiettivi alti ed estremi), socialmente prescritto (tendenza ad avere standard estremamente elevati nei confronti delle altre persone e ad essere molto critici ed esigenti nei confronti delle prestazioni altrui) e etero-diretto (credenza che le altre persone abbiano grandi aspettative nei nostri confronti e nelle nostre prestazioni) (Cavalletti et al., 2021). Ogni sottoscala è composta da 15 item, per un totale di 45 valutati tramite scala Likert a 7 punti (1 = fortemente in disaccordo; 7 = fortemente d'accordo). I punteggi delle sottoscale possono variare da 15 a 105 e maggiore è il punteggio maggiore è il livello di perfezionismo.

Dall'analisi della scala in lingua originale, emerge che i valori di affidabilità test-retest sostengono il fatto che le diverse dimensioni dell'MPS rappresentano i tratti con un adeguato grado di stabilità, infatti, per la scala del perfezionismo autodiretto la correlazione è di 0.69, per il perfezionismo socialmente prescritto è di 0.66 e per quello etero-diretto è di 0.60 (Hewitt et al., 1991). Per quanto riguarda la validazione in lingua italiana effettuata da Cavalletti e colleghi (2021), è emersa un'ottima consistenza interna (0.91) e, similmente, è risultata accettabili e coerente anche quella per le singole scale di perfezionismo autodiretto (MPSSO = 0.92), socialmente prescritto (MPSSP = 0.88) ed etero-diretto (MPSOO = 0.77). L'affidabilità test-retest a 4 settimane risulta accettabile ($r=0.78$) e, in termini di validità predittiva delle tre scale e di un punteggio totale, il MPS conferma la sua ottima validità psicometrica e dunque utilità clinica in fase di assessment. Il punteggio totale del MPS mostra una correlazione molto significativa con ansia ($r=0.28$), depressione ($r=0.31$) e patologia di personalità ($r=0.35$). Confrontando le singole scale, la scala MPSSP evidenzia la migliore capacità predittiva rispetto a patologia di personalità ($r=0.48$), depressiva ($r=0.52$) e ansiosa ($r=0.34$).

3.2.5 L'intervento di skills training

Il gruppo skills training RO DBT si è tenuto presso la Sala della Biblioteca della Casa della Salute di Forlimpopoli ogni lunedì da febbraio a giugno 2024, con un incontro a settimana per un totale di 14 incontri. Ogni incontro, condotto da due psicoterapeute dell'ambulatorio del Percorso DCA, era volto ad affrontare specifiche abilità in base al protocollo descritto da Lynch (2021b), nell'ordine riportato in Tabella 5. Rispetto al protocollo descritto da Lynch (2021b), che prevedeva 30 incontri, alcune abilità sono state accorpate in un solo incontro. Questa decisione è stata presa dalle facilitatrici del gruppo per rendere lo skills training meno lungo e quindi meno pesante per le partecipanti.

Nel caso in cui le pazienti non fossero riuscite ad essere presenti all'incontro, si sarebbe concordato con loro un giorno della stessa settimana per il recupero individuale.

La struttura dell'incontro di skills training seguiva le raccomandazioni del manuale *RO DBT Skills Training* di Lynch (2021b), includendo in ordine, quindi, pratiche di mindfulness, correzione dei compiti a casa e apprendimento delle nuove abilità. Gli scopi generali dello skills training RO DBT sono di identificare gli obiettivi e i valori dei pazienti che non sono legati esclusivamente al cibo, al peso e alla forma del corpo; imparare la pratica di mindfulness insegnando ai pazienti a cavalcare l'impulso della tendenza di avversione al cibo; apprendere nuove competenze come l'apertura, la risposta flessibile, il social signaling e la connessione sociale.

Incontro	Titolo	Abilità
1	Parte teorica: apertura radicale e Flexible Mind DEFINetely	Spiegazione del modello DBT e della dialettica. Flexible Mind DEFINetely tre passi per una vita radicalmente aperta.
2	Emozioni: il modello neuroregolatorio delle emozioni e attivare la sicurezza sociale	Modello neuroregolatorio i 5 segnali. Attivare la sicurezza sociale abilità: big three +1.
3	Emozioni: migliorare l'apertura e la connessione attraverso la gentilezza amorevole, Flexible mind VARIEs	Pratica Mindfulness della gentilezza amorevole. Cimentarsi in nuovi comportamenti. Abilità Flexible mind VARIEs. Essere improduttivi e sciocchi.
4	Emozioni: come ci aiutano le emozioni, coping ipercontrollato	Funzione delle emozioni, come riconoscerle. Identificare il coping ipercontrollato.
5	Emozioni: Flexible mind Sage	La tribù conta. Flexible mind Sage e controlla i fatti (abilità della DBT standard).
6	Emozioni: il social signaling conta	Il social signaling. Le tre espressioni delle emozioni.
7	Mindfulness: stati ipercontrollati della mente	Mente rigida, fatalistica e flessibile. Scovare la mente rigida, andare contro la mente fatalistica, scovare la mente flessibile.
8	Mindfulness: surf dell'impulso, abilità del cosa e del come	Surf dell'impulso. Abilità del cosa: osservare apertamente, descrivere con integrità (continuum della consapevolezza), partecipazione senza pianificazione. Abilità del come: autoindagine, consapevolezza dei giudizi severi, consapevolezza cosciente, efficacia e umiltà.
9	Integrità personale: dire ciò che si pensa veramente	Comunicazione ipercontrollata

10	Integrità interpersonale: respingimento e non farmi del male, Flexible mind is Deep, Flexible mind Reveals	Flexible mind id DEEP. Identificare le risposte respingimento e non farmi del male. Flexible mind Reveals.
11	Efficacia interpersonale: Flexible mind Rocks on, Flexible mind Proves	Flexible mind Rocks on, Flexible mind Proves.
12	Inclusione sociale: Flexible mind Validetes	Flexible mind Validetes, i sette livelli della validazione
13	Connessione sociale: intimità, Flexible mind Allowows	Amicizia, sfiducia, livello di intimità. Flexible mind Allowows
14	Feedback correttivo: Flexible mind Adopts	Flexible mind ADOPTS

Tabella 5. Abilità affrontate in ogni incontro

3.3 Procedura di analisi dei dati

Per analizzare i dati raccolti nello studio, è stata seguita una procedura strutturata e sistematica. Innanzitutto, sono stati raccolti i dati attraverso una serie di strumenti di valutazione somministrati prima e dopo lo skills training RO DBT. Gli strumenti includono l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), il Clinical Impairment Assessment (CIA), il Body Uneasiness Test (BUT), il Distress Overtolerance Scale (DOS), l'Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), la Toronto Alexithymia Scale (TAS) e il Multidimensional Perfectionism Scale (MPS). I dati grezzi sono stati inseriti in un database Excel, verificando l'accuratezza dell'immissione e la completezza dei dati raccolti.

È stata successivamente effettuata un'analisi descrittiva in cui sono state calcolate le statistiche descrittive per le variabili demografiche e cliniche delle partecipanti, come età, BMI, durata della malattia, mesi di psicoterapia individuale al Percorso DCA e scolarizzazione, oltre che alle condotte compensatorie tipiche dei DCA. Le statistiche descrittive includono media e deviazione standard per ciascuna variabile.

La coerenza interna dei questionari è stata valutata utilizzando l'alpha di Cronbach con il software R Studio. Valori superiori a 0.70 sono stati considerati indicativi di buona validità.

Per valutare le differenze pre e post training nei punteggi degli strumenti di valutazione, è stato utilizzato il test di Wilcoxon per campioni appaiati con il software R Studio. Questo test non parametrico è stato scelto a causa della ridotta dimensione del campione e della possibile non normalità dei dati. Sono stati calcolati i valori di p-value e la statistica V per determinare la significatività statistica delle differenze osservate nei punteggi pre e post training per ciascuno degli strumenti e delle loro sottoscale e per poter interpretare i risultati.

Sono state effettuate analisi di correlazione per esplorare l'effetto delle variabili demografiche e cliniche al pre-test (BMI, età, anni di malattia, mesi di psicoterapia individuale, anni di scolarizzazione) sulle differenze pre-post nei punteggi degli strumenti di valutazione. Data la natura non parametrica dei dati, per queste analisi sono state utilizzate e correlazioni di Spearman, attraverso l'indice *rho*.

I risultati sono stati sintetizzati e riportati in forma tabellare e descrittiva, evidenziando le differenze significative e le correlazioni osservate. Sono state discusse le implicazioni cliniche dei risultati, con particolare attenzione alle variabili che hanno mostrato un effetto significativo sul miglioramento dei sintomi e delle variabili psicologiche.

3.4 Risultati

3.4.1 Validità dei test utilizzati

Per comprendere il tipo di analisi da effettuare è stata calcolata l'*alpha* di Cronbach di ogni test somministrato alle partecipanti prima dell'inizio del gruppo e delle rispettive sottoscale, attraverso il software R studio. Il valore *alpha* di Cronbach è un indice di coerenza interna dello strumento che definisce quanto lo strumento sia valido nel misurare la coerenza delle risposte fornite dai partecipanti ai diversi item dei test. Un valore di *alpha* pari o superiore a 0.70 è considerato accettabile.

Le risposte ai singoli item, per ogni partecipante, erano state precedentemente inserite in un file Excel.

Validità delle scale e sottoscale utilizzate			
	<i>alpha</i>		<i>alpha</i>
EDE-Q TOT	.89	BUT D	.86
EDE-Q R	.88	BUT-B	.91
EDE-Q PA	.58	DOS TOT	.74
EDE-Q PC	.86	DOS CaHar	.60
EDE-Q PP	.57	DOS Eva	.82
CIA	.85	AAQ-II	.84
BUT GSI	.95	TAS-20	.71
BUT WP	.80	MPS Selfor	.92
BUT BIC	.89	MPS Otor	.93
BUT A	.71	MPS Socpre	.86
BUT CSM	.87		

Legenda: EDE-Q= Eating Disorder Examination Questionnaire; R= Restrizione; PA= Preoccupazione per il cibo; PC= Preoccupazione per la forma del corpo; PP= Preoccupazione per il peso corporeo; CIA= Clinical Impairment Assessment; BUT= Body Uneasiness Test; GSI= Indice di severità globale; WP= Preoccupazione per il peso corporeo; BIC= Preoccupazione per l'immagine corporea; A= Evitamento; CSM= Automonitoraggio compulsivo; D= Depersonalizzazione; PTS= Preoccupazione per i tratti somatici; PSDI= Preoccupazione per la salute; DOS= Distress Overtolerance Scale; CaHar= Capacity of harm;

Eva=Fear of negative evaluation; *AAQ*= Acceptance and Action Questionnaire; *TAS*= Toronto Alexitimia Scale; *MPS*= Multidimensional Perfectionism Scale; *Selfor*= Perfezionismo autodiretto; *Otor*= Perfezionismo etero-diretto; *Socpre*= Perfezionismo socialmente prescritto

I risultati riportati in Tabella 6 mostrano che la maggior parte dei test e delle loro sottoscale presentano *alpha* di Cronbach superiore a 0.70, indicando una buona coerenza interna accettabile per la maggior parte delle misurazioni. Alcune sottoscale dell'EDE-Q (*PA* e *PP*) presentano *alpha* di Cronbach più bassi, suggerendo una coerenza interna moderata, probabilmente per la scarsa numerosità del campione, che potrebbe essere migliorata. Complessivamente, i test utilizzati sono validi per la misurazione delle variabili psicologiche e comportamentali di interesse.

3.4.2 Descrizione dei partecipanti

Nella Tabella 7 sono riportate le diagnosi delle partecipanti rilevate durante l'assessment clinico prima dell'inizio dello skills training e confermate dal test EDE 17.0 per quanto riguarda il DCA; inoltre viene messa in evidenza anche la diagnosi di disturbo di personalità, se presente, indagata con l'intervista SCID-5-PD.

<i>Partecipante</i>	<i>Diagnosi DCA</i>	<i>Diagnosi secondaria</i>	<i>DDP</i>	<i>Cluster</i>
1	DCA NAS	No	N/A	-
2	AN	Depressione maggiore	O-C	C
3	AN	No	O-C	C
4	AN	DOC	Dipendente, O-C	C
5	DCA NAS	No	Evitante e Schizoide	A, C
6	AN	No	O-C	C
7	AN	No	O-C	C
8	AN	No	N/A	-

EDE = Eating Disorder Examination; SCID-PD-5 = Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder; AN = Anoressia Nervosa; DCA-NAS = Disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato; DOC = Disturbo ossessivo compulsivo; DDP = Disturbo di personalità; O-C = Ossessivo-compulsivo; N/A = Nessun disturbo

Emerge che il 75% delle partecipanti riporta una diagnosi di AN, mentre due partecipanti (25%) quella di DCA-NAS. In due delle partecipanti con AN risulta anche una diagnosi secondaria, di Depressione Maggiore e di Disturbo ossessivo compulsivo (DOC). Il Disturbo di Personalità Ossessivo Compulsivo, risultato dall'intervista SCIP-5-PD, è presente nel 62,5% delle partecipanti e in una di queste emerge anche il Disturbo di Personalità Dipendente; infine, una sola delle partecipanti riporta il Disturbo di Personalità Evitante e quello Schizoide.

3.4.3 Risultati pre-post skills training

A conclusione del gruppo, da un iniziale campione di 8 partecipanti si è verificato un drop-out da parte di una partecipante (n.3) per motivi legati a necessità terapeutiche della paziente. Per questo motivo, se i valori del pre-test fanno riferimento alle 8 partecipanti, quelli relativi al post-test considerano solo le 7 che hanno completato lo skills training.

Partecipante	Abbuffate		Vomito		Lassativi		Diuretici		Esercizio fisico	
	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>pre</i>	<i>post</i>
1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	24	28	24	28	0	0	0	0	0	0
3	0	-	0	-	0	-	0	-	1	-
4	0	0	0	0	0	0	0	0	26	15
5	7	1	2	0	0	0	0	0	0	0
6	4	6	0	0	0	0	0	0	0	2
7	8	2	0	0	4	1	0	0	1	0
8	2	2	0	3	0	0	0	0	0	0
Totale	54	39	26	31	4	1	0	0	28	17

Come mostrato in Tabella 8, emerge una diminuzione delle abbuffate totali anche se due partecipanti hanno aumentato il numero di queste condotte (n.2, n.6), come anche per l'esercizio fisico eccessivo che diminuisce in generale eccetto per una paziente (n.6). Le condotte di vomito risultano aumentate dopo la fine dello skills training; tuttavia, il risultato si riferisce alle sole tre pazienti che le hanno messe in atto. Non ci si aspettava l'aumento di alcune condotte compensatorie, perciò, ci immaginiamo che potrebbero essere intervenuti fattori personali oppure l'aumento potrebbe derivare da una reazione al training stesso. Si auspica che future ricerche aumentino la numerosità del campione per poter effettuare analisi sui comportamenti disfunzionali tipici dei DCA. Inoltre, si potrebbe anche indagare quanto il miglioramento delle variabili psicologiche date dallo skills training RO DBT possa avere un effetto sulle condotte compensatorie tipiche dei DCA.

	<i>medie (ds)</i>		<i>test di Wilcoxon</i>	
	<i>pre</i>	<i>post</i>	<i>V</i>	<i>p-value</i>
BMI	18,89 (4,07)	18,49 (4,07)	14	0.53
EDE-Q TOT	3,46 (1,08)	2,30 (1,57)	21	0.04*
EDE-Q R	3,30 (1,89)	2,40 (1,86)	27	0.03*
EDE-Q PA	2,75 (1,12)	1,63 (1,34)	28	0.02*
EDE-Q PC	4,00 (1,31)	2,66 (1,72)	28	0.02*
EDE-Q PP	3,43 (1,20)	2,26 (2,21)	24.5	0.09
CIA	25,5 (9,07)	17,28 (11,90)	28	0.02*
BUT GSI	2,69 (1,00)	1,80 (0,97)	24	0.11
BUT WP	3,42 (1,28)	2,56 (1,13)	24	0.11

BUT BIC	2,68 (1,20)	1,86 (1,35)	22	0.22
BUT A	1,86 (0,93)	0,83 (0,67)	25	0.08
BUT CSM	2,76 (1,36)	1,80 (1,25)	19	0.09
BUT D	2,54 (1,27)	1,67 (0,94)	23	0.15
BUT PTS	18 (7,37)	16,29 (7,83)	10	1
BUT PSDI	2,60 (0,57)	2,25 (0,76)	24	0.11
DOS TOT	71,50 (8,90)	55,71 (16,40)	27	0.03*
DOS CaHar	48,75 (5,80)	38,29 (11,01)	28	0.02*
DOS Eva	22,75 (5,09)	17,43 (6,88)	22	0.20
AAQ-II	32,75 (7,65)	28,43 (7,85)	19.5	0.40
TAS-20	53,88 (9,67)	48,71 (10,16)	21.5	0.24
MPS Selfor	82,88 (15,08)	75,29 (22,15)	14	0.11
MPS Otor	47,88 (19,85)	42,00 (20,70)	19	0.45
MPS Socpre	58,38 (16,86)	51,14 (15,70)	16	0.29

*p-value < 0.05 come indice di significatività

Legenda: BMI= Body Mass Index; EDE-Q= Eating Disorder Examination Questionnaire; R= Restrizione; PA= Preoccupazione per il cibo; PC= Preoccupazione per la forma del corpo; PP= Preoccupazione per il peso corporeo; CIA= Clinical Impairment Assessment; BUT= Body Uneasiness Test; GSI= Indice di severità globale; WP= Preoccupazione per il peso corporeo; BIC= Preoccupazione per l'immagine corporea; A= Evitamento; CSM= Automonitoraggio compulsivo; D= Depersonalizzazione; PTS= Preoccupazione per i tratti somatici; PSDI= Preoccupazione per la salute; DOS= Distress Overtolerance Scale; CaHar= Capacity of harm; Eva= Fear of negative evaluation; AAQ= Acceptance and Action Questionnaire; TAS= Toronto Alexitimia Scale; MPS= Multidimensional Perfectionism Scale; Selfor= Perfezionismo autodiretto; Otor= Perfezionismo etero-diretto; Socpre= Perfezionismo socialmente prescritto.

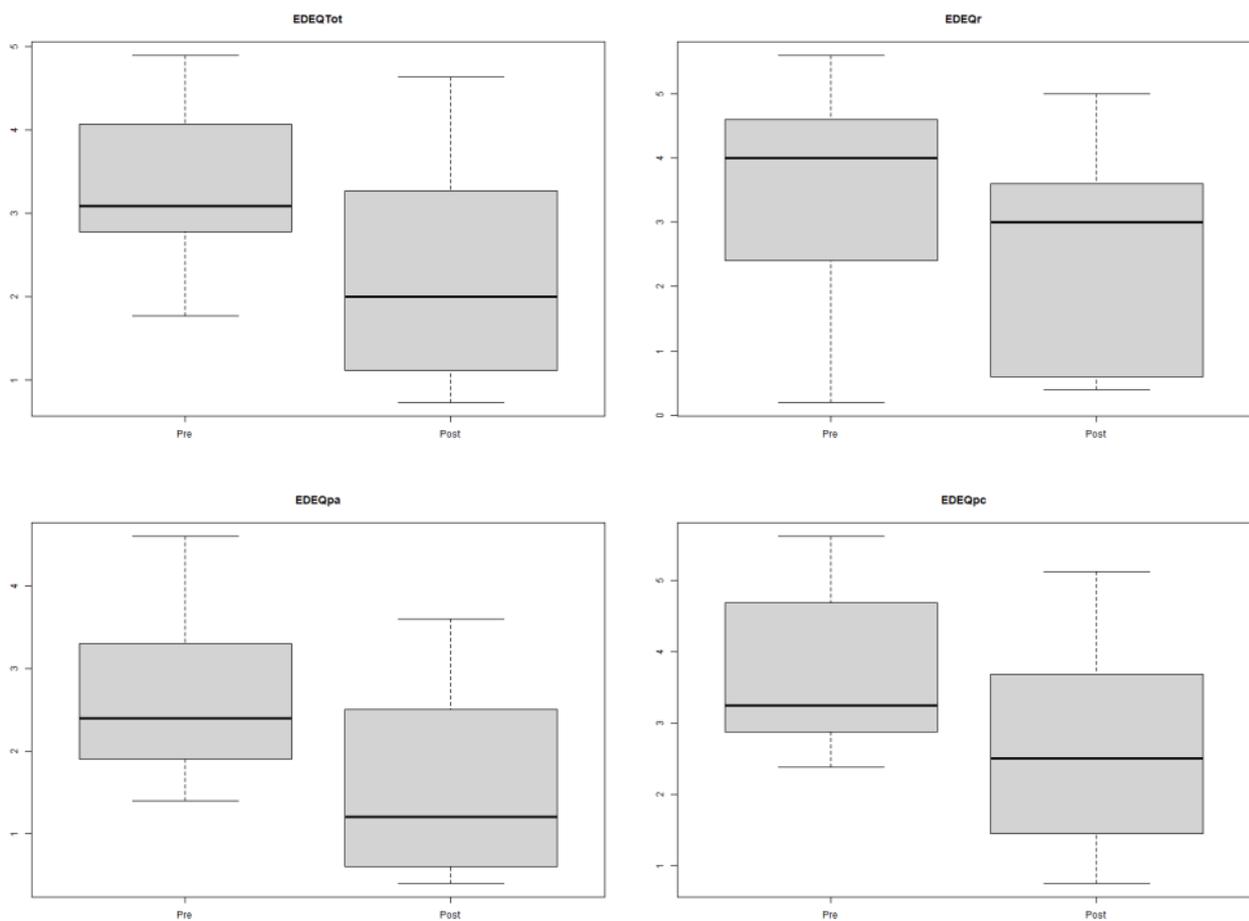
A conclusione del gruppo di skills training RO DBT, dopo la quattordicesima settimana, è stato chiesto alle partecipanti di ripetere gli stessi test somministrati prima di iniziarlo e la Tabella 9 ne riporta medie e deviazioni standard, sia dei punteggi al pre che al post skills training. I valori alla valutazione post-trattamento sono relativi a 7 partecipanti poiché si è tenuto conto del drop out. Per valutare i dati raccolti dai vari test somministrati, è stata condotta una serie di analisi statistiche considerando che gli strumenti utilizzati hanno mostrato una buona validità interna (vedi 3.4.1). A causa della scarsa numerosità del campione, che non permette di determinare se la distribuzione dei valori sia normale, è stato effettuato il test non parametrico di Wilcoxon.

Il test di Wilcoxon per dati appaiati, effettuato attraverso il software R studio, è stato utilizzato per confrontare le misurazioni pre-post degli stessi pazienti ed osservare eventuali cambiamenti significativi per ogni test, quindi con un p-value inferiore a 0.05. Il valore V presente in Tabella 8 è la statistica del test e rappresenta la somma dei ranghi dei dati con il segno corrispondente, se è un valore grande significa che le differenze tra le coppie di dati sono distribuite in modo più uniforme.

I cambiamenti significativi pre-post skills training riguardano il punteggio totale all'EDE-Q, alla scala della restrizione (R), alla preoccupazione per il cibo (PA) e alla preoccupazione per il corpo (PC), indicando la presenza di una diminuzione dei sintomi specifici relativi al DCA. In particolare,

è diminuita significativamente la restrizione, la preoccupazione per il cibo e per la forma del corpo. Inoltre, dal punteggio al CIA è risultato che la compromissione del funzionamento personale, sociale e cognitivo legato al DCA sia diminuita significativamente. Infine, la riduzione del punteggio al DOS e della sua sottoscala *Capacity of Harm (CaHar)* è indice di diminuzione della tolleranza alla sofferenza, in particolare della capacità di tollerare situazioni negative nonostante abbiano conseguenze negative sul proprio benessere.

In Figura 6 sono riassunti i grafici relativi alle differenze pre-post skills training nei test e nelle sottoscale risultate significative.



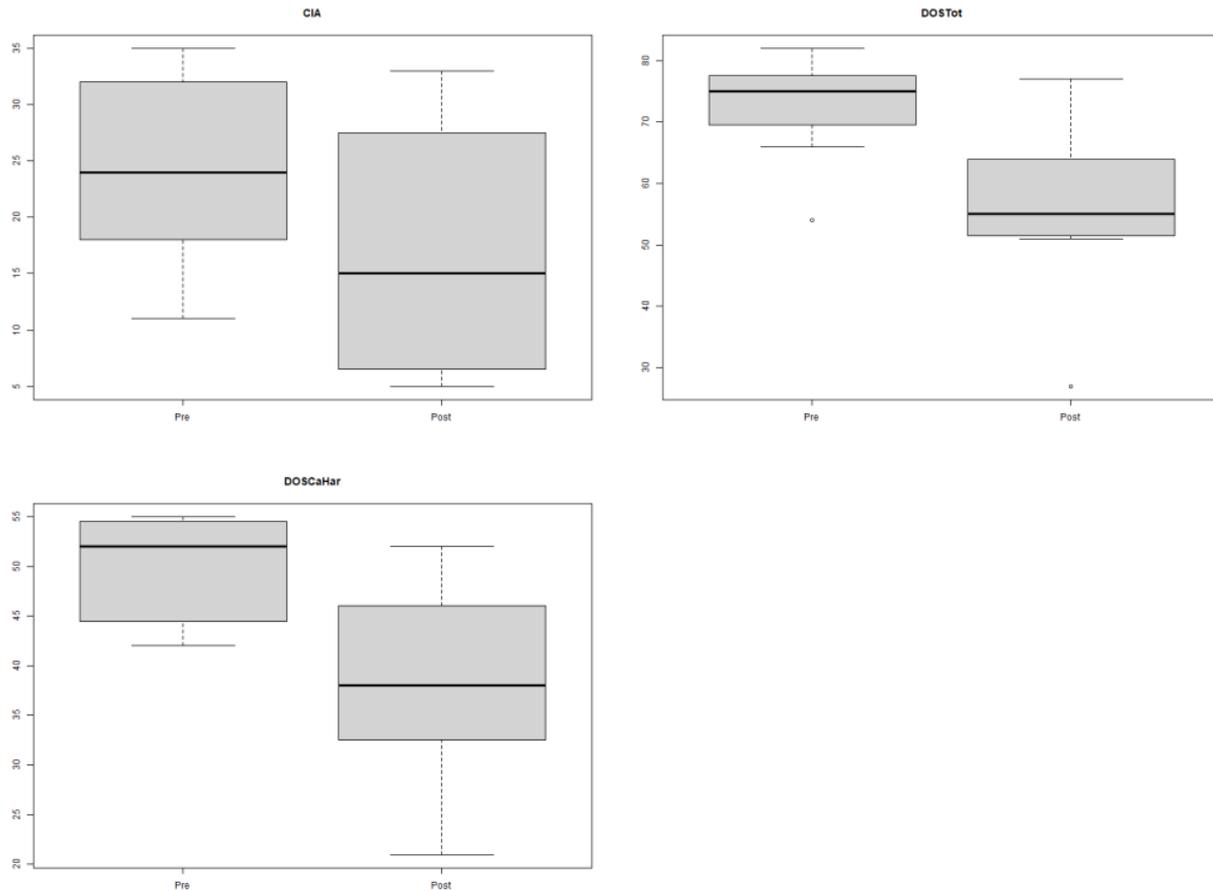


Figura 6. Differenze pre-post skills training dei test risultati significativi

Legenda: EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire; r: Restrizione; pa: Preoccupazione per il cibo; pc: Preoccupazione per la forma del corpo; CIA: Clinical Impairment Assessment; DOS: Distress Overtolerance Scale; CaHar: Capacity of harm.

3.4.4 Influenza delle variabili al pre-test

Dai cambiamenti pre-post risultati significativi, si è calcolato il coefficiente ρ di Spearman per comprendere quanto alcune variabili al pre-test, come il BMI, l'età, gli anni di malattia, i mesi di psicoterapia al percorso DCA e gli anni di scolarizzazione, predicano una migliore efficacia del trattamento. Sono state calcolate le differenze di ogni paziente per ogni strumento, tra i valori del pre e del post test. Successivamente, attraverso R studio, sono stati calcolati i ranghi delle variabili d'interesse al pre-test e quelli relativi alle differenze pre-post. Il coefficiente ρ di Spearman, che misura la forza e la direzione della relazione tra due variabili (più si avvicina a -1 e 1 e maggiore sarà la correlazione), ha permesso poi di osservare se l'influenza delle variabili iniziali fossero significative nel determinare le differenze tra pre-post skills training.

In Tabella 10 sono descritti tutti i valori del coefficiente ρ di Spearman per quanto riguarda l'influenza di variabili pre-test dei sette questionari risultati significativi al test di Wilcoxon (vedi

3.4.3) e di ulteriori questionari che hanno riportato coefficienti *rho* significativi, a prescindere da quanto emerso al test di Wilcoxon.

Tabella 10

Influenza delle variabili al pre-test sulle differenze pre-post skills training ai test (*rho* di Spearman)

	<i>BMI</i>	<i>Età</i>	<i>Anni di malattia</i>	<i>Mesi di psicoterapia al percorso DCA</i>	<i>Anni di scolarizzazione</i>
EDE-Q TOT	-0.25	-0.58	-0.43	0.50	0.34
EDE-Q R	-0.18	-0.06	-0.02	0.02	0.21
EDE-Q PA	-0.11	-0.68	-0.36	0.61	0.28
EDE-Q PC	-0.16	-0.76*	-0.49	0.56	0.18
CIA	-0.40	-0.43	-0.52	0.31	0.39
DOS	-0.14	-0.58	-0.71	-0.18	-0.58
DOS CaHar	-0.11	-0.76*	-0.72	-0.04	-0.60
TAS	-0.79*				
AAQ-II		-0.86*			
MPS Selfor		-0.75*	-0.90*		
BUT A			-0.85*		
BUT WP				0.79*	

**p*-value < 0.05

Legenda: EDE-Q= Eating Disorder Examination Questionnaire; R= Restrizione; PA= Preoccupazione per il cibo; PC= Preoccupazione per la forma del corpo; CIA= Clinical Impairment Assessment; DOS= Distress Overtolerance Scale; CaHar= Capacity of harm; TAS= Toronto Alexitimia Scale; AAQ= Acceptance and Action Questionnaire; MPS= Multidimensional Perfectionism Scale; Selfor= Perfezionismo autodiretto; BUT= Body Uneasiness Test; A= Evitamento; WP= Preoccupazione per il peso corporeo.

Per quanto riguarda il BMI al pre-test e il suo effetto sullo skills training, non è risultato significativo per le differenze pre-post dei questionari che erano risultati significativi al test di Wilcoxon (come riportato in Tabella 10). Tuttavia, emerge che il BMI al pre-test ha avuto un effetto significativo nella differenza tra pre e post skills training per quanto riguarda il TAS (*rho*= -0.79, *p* < 0.05), indice del fatto che all'aumentare del BMI al pre-test, le differenze pre-post trattamento misurate con il test TAS tendono a diminuire e quindi rendono minore la differenza pre-post nel livello di alessitimia. La significatività al TAS sembrerebbe essere dovuta al caso considerando il numero limitato di pazienti inclusi nello studio, in ogni caso è presente una generale tendenza a covariazione negativa per quanto riguarda tutti i test (vedi Tabella 10) indicando che soggetti con BMI più alto al pre-test presentano minori differenze di punteggio ai questionari. Ciò potrebbe evidenziare come lo skills training RO DBT abbia maggiore influenza in pazienti con sintomatologia relativa all'AN più severa, e quindi rappresentata da un BMI più basso, mentre i

pazienti che iniziano il training con sintomatologia meno severa riportano meno differenze tra il pre e il post skills training. Sarebbe, dunque, interessante indagare la relazione in ricerche future aumentando il numero di partecipanti e aggiungendo un gruppo di controllo.

Considerando la variabile età delle diverse pazienti prima di iniziare lo skills training, emerge la sua predittività nelle differenze pre-post skills training dei punteggi alla sottoscala dell'EDE-Q relativa alla preoccupazione per la forma del corpo (*PC*), alla sottoscala del DOS relativa alla tolleranza di situazioni negative (*CaHar*), all'AAQ-II e alla sottoscala dell'MPS relativa al perfezionismo autodiretto (*Selfor*). Le significatività emerse descriverebbero una covariazione negativa tra l'età e le differenze di punteggio pre-post skills training, indicando che maggiore è l'età al pre-test e minore sarà la differenza nel punteggio relativo alla preoccupazione per la forma del corpo, spiegabile col fatto che le pazienti più giovani e adolescenti possono essere più propense a confrontarsi con gli altri e a curarsi dell'estetica, cosa che le donne più adulte percepirebbero meno. Lo stesso ragionamento può essere fatto anche con la tolleranza alle situazioni negative che influenzano il benessere stesso della persona, infatti, pazienti più adulte mostrerebbero una minore differenza di punteggio pre-post skills training. Ciò può essere spiegato dal fatto che lo skills training abbia avuto un effetto minore in pazienti con età maggiore poiché probabilmente hanno avuto più modo di sperimentare e imparare a tollerare la sofferenza durante la loro vita, mentre le giovani, essendo ancora all'inizio della loro età adulta, hanno probabilmente tratto più beneficio dalle abilità imparate proprio perché non hanno consolidato a pieno la tolleranza alla sofferenza, sebbene tipica del loro disturbo.

Emerge anche che l'età influenza l'effetto dello skills training del migliorare l'inflessibilità psicologica e l'evitamento esperienziale. Infatti, è presente una correlazione negativa forte indice del fatto che le partecipanti più adulte riportano minore differenza di punteggi, data dallo skills training, per l'inflessibilità psicologica e l'evitamento. Probabilmente è accaduto che la maggiore età porti a consolidare le credenze su di sé e sugli altri molto di più rispetto alla giovane età ed è per questo che forse le pazienti più adulte abbiano avuto un minore effetto. Probabilmente per lo stesso motivo sembrerebbe che l'età predica anche le differenze pre-post nel perfezionismo autodiretto e che le pazienti con età maggiore abbiano riportato minori differenze nel miglioramento di questa sintomatologia rispetto alle più giovani.

In generale, questi risultati sono sempre riferiti alle 7 pazienti considerate nello studio, perciò risulta necessario riproporlo includendo un campione di maggiore numerosità.

La Figura 7 mostra la forza della relazione, indicata dalla pendenza della retta, tra l'età dei partecipanti e le differenze pre-post per i test con effetti significativi. Dalle rette di regressione negative, risulta evidente la correlazione negativa tra età e differenze pre-post skills training. Ciò descrive come all'aumentare dell'età diminuiscano le differenze di punteggio pre-post.

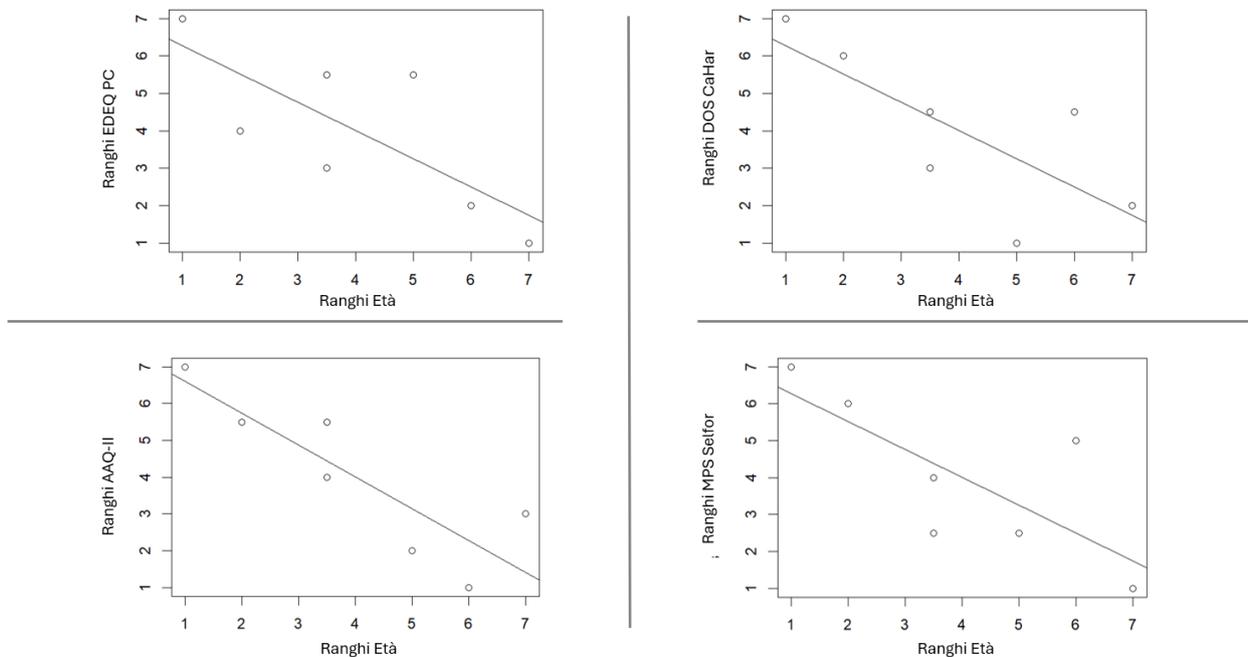


Figura 7. Correlazione significativa tra Età e differenze pre-post skills training

Legenda: EDE-Q= Eating Disorder Examination Questionnaire; PC= Preoccupazione per la forma del corpo; DOS= Distress Overtolerance Scale; CaHar= Capacity of harm; AAQ= Acceptance and Action Questionnaire; MPS= Multidimensional Perfectionism Scale; Selfor= Perfezionismo autodiretto.

Ci si è chiesti se le pazienti più adulte (>30 anni) abbiano avuto punteggi minori già al pre-test rispetto alle più giovani (<30 anni), in tal caso avrebbero avuto meno esigenza di diminuire il punteggio al post-test. Tuttavia, osservando i punteggi al pre-test di ogni strumento che correla significativamente con l'età, è emerso che quelli delle pazienti più adulte siano in linea con quelli delle ragazze più giovani, perciò, nelle linee di ricerca future, si può indagare quanto lo skills training RO DBT abbia maggiore valenza nella popolazione più giovane rispetto a quella adulta.

Per quanto riguarda l'influenza degli anni di malattia sulle differenze dei punteggi ai questionari somministrati, risulta evidente una generale tendenza alla covariazione negativa (Tabella 10), indice del fatto che all'aumentare degli anni di malattia al pre-test diminuiscono le differenze di punteggio pre-post. La variazione negativa potrebbe essere spiegata dal fatto che maggiori anni di malattia permettano di consolidare i sintomi disfunzionali legati all'AN e che quindi risulti più difficile che lo skills training porti grandi differenze tra il pre e il post.

Più nello specifico, emergono due correlazioni significative forti tra gli anni di malattia delle partecipanti e le differenze pre-post al punteggio delle sottoscale relative al Perfezionismo autodiretto (*Selfor*) dell'MPS e all'Evitamento (*A*) del BUT. Come mostra la Figura 8, maggiori sono gli anni di malattia a inizio skills training e minori sono le differenze di punteggio pre-post per il perfezionismo autodiretto e la tendenza all'evitamento delle partecipanti. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che più anni di malattia tendono a consolidare molto di più caratteristiche tipiche dell'AN, come il perfezionismo verso sé stessi e l'evitamento di situazioni che possono causare disagio riguardo il proprio corpo (ad esempio, evitare di guardarsi allo specchio, evitare di pesarsi, evitare di indossare determinati abiti, evitare situazioni sociali). Tuttavia, pur non risultando significative le differenze pre-post skills training (vedi Tabella 8, vedi 3.4.3), i due punteggi mostrano un cambiamento significativo legato alla variazione degli anni di malattia che richiede, però, di essere indagata più a fondo con un campione di maggiore numerosità.

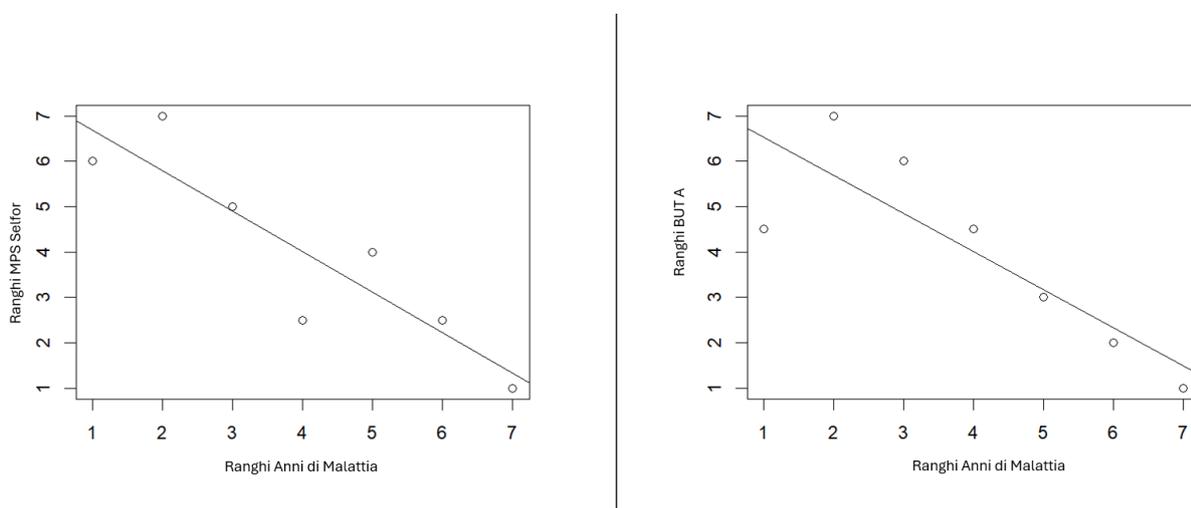


Figura 8. Correlazione significativa tra Anni di malattia e differenze pre-post skills training

Legenda: MPS= Multidimensional Perfectionism Scale; Selfor= Perfezionismo autodiretto; BUT= Body Uneasiness Test; A= Evitamento.

Per quanto riguarda l'influenza dei mesi di psicoterapia al percorso DCA, non emerge una generale tendenza verso una covariazione negativa o positiva, bensì, come mostrato in Tabella 10, la differenza di punteggio pre-post skills training alla sottoscala di Preoccupazione per il peso corporeo (*WP*) del BUT è influenzata significativamente dai mesi di psicoterapia effettuati. Questa correlazione forte indicherebbe che all'aumentare dei mesi di psicoterapia delle pazienti, prima dell'inizio del gruppo, le differenze di punteggio alla preoccupazione per il peso tendono a diminuire. Infatti, la psicoterapia CBT-E effettuata al percorso DCA si pone come obiettivo anche la diminuzione di sintomi tipici dell'AN, come la preoccupazione per il peso. È quindi possibile che chi sia in psicoterapia da più mesi abbia già lavorato sul sintomo di preoccupazione per il peso e,

perciò, le abilità non portino ulteriori ampi benefici. Tuttavia, risultando l'unica scala ad essere significativa nella relazione con gli anni di malattia, è necessario indagarla con un campione più numeroso.

Per quanto riguarda gli anni di scolarizzazione e la loro influenza nelle differenze emerse tra pre e post skills training a tutti i test somministrati, non emerge nessuna correlazione significativa e nemmeno una tendenza generale alla covariazione negativa o positiva. Tutti i valori di *rho* sono relativamente bassi e non sembra, quindi, che gli anni di scolarizzazione predicano cambiamenti dati dallo skills training dei sintomi relativi all'AN e all'ipercontrollo.

3.4.5 Sintesi dei risultati

In generale, tutti i test somministrati per indagare gli effetti dello skills training sulle partecipanti al gruppo sono risultati validi ed è quindi stato possibile studiare la presenza di un cambiamento dato dallo skills training RO DBT sulle variabili psicologiche e comportamentali indagate dai diversi test.

Innanzitutto, sono risultati significativi i cambiamenti pre-post skills training dell'EDE-Q e delle sue sottoscale di Restrizione (*R*), Preoccupazione per il cibo (*PA*), Preoccupazione per la forma del corpo (*PC*) indicando una diminuzione significativa dei sintomi specifici dei DCA; della restrizione dietetica e la limitazione dell'assunzione di cibo (ad esempio, il saltare i pasti, seguire diete rigide, evitare determinati cibi per perdere peso o prevenirne l'aumento); della preoccupazione eccessiva per il cibo, il mangiare e le abitudini alimentari, inclusi sentimenti di colpa o ansia associati al mangiare e preoccupazioni per il controllo del cibo; della preoccupazione eccessiva per la forma e le dimensioni del corpo, inclusi pensieri ossessivi riguardo al corpo e insoddisfazione per il proprio aspetto fisico.

Emerge anche una diminuzione significativa dei punteggi del gruppo al CIA indicando che le pazienti hanno riportato un miglioramento, tra il pre e il post skills training, nell'impatto che l'AN ha sul loro funzionamento psicosociale e quindi sul funzionamento sociale, lavorativo/scolastico, familiare, di vita quotidiana e di benessere emotivo.

Inoltre, anche i punteggi al DOS e alla sua sottoscala *Capacity of Harm* sono diminuiti significativamente tra il pre e il post skills training. Ciò è indice di miglior capacità delle pazienti, a fine gruppo, di tollerare le situazioni di stress e disagio con maggior resilienza, senza ricorrere a comportamenti dannosi o disfunzionali. Nello specifico, la diminuzione significativa del punteggio della sottoscala *Capacity of Harm* indica una minor propensione delle pazienti ad impegnarsi in comportamenti autolesionistici o dannosi in risposta allo stress.

Di questi strumenti, le differenze pre-post alla sottoscala *PC* dell'EDE-Q e alla sottoscala *Capacity of Harm* del DOS correlano significativamente e negativamente con l'età delle partecipanti. Quanto emerso riassume che, a fine gruppo, le partecipanti più giovani tendono a mostrare una maggiore riduzione delle preoccupazioni per la forma del corpo e della capacità di farsi del male, rispetto alle partecipanti più adulte.

Inoltre, la correlazione negativa significativa con l'età emerge anche in relazione dalle differenze pre-post del test AAQ-II e alla sottoscala del Perfezionismo autodiretto dell'MPS. Si riporta, quindi, che le partecipanti più giovani mostrano maggiori miglioramenti, alla fine del gruppo, nella flessibilità psicologica, nell'evitamento esperienziale e maggiori riduzioni del perfezionismo autodiretto rispetto alle partecipanti più adulte. Questo indicherebbe che le partecipanti più adulte sono migliorate meno nella loro capacità di accettare esperienze interne e di agire in modo coerente con i propri valori oltre che nell'evitamento di situazioni ed esperienze interne spiacevoli e che tendono a sperimentare una minore diminuzione di aspettative eccessive e dell'auto-critica dopo il gruppo.

Gli anni di malattia mostrano un effetto significativo verso le differenze di punteggio pre-post skills training alla sottoscala di Evitamento (*A*) del BUT e alla sottoscala del Perfezionismo autodiretto dell'MPS. Ciò è indice del fatto che il tempo trascorso con il disturbo influisce sull'effetto dello skills training, suggerendo che più lunga è la storia di malattia, più difficili possono essere i cambiamenti nel comportamento di evitamento e nella riduzione del perfezionismo verso sé stessi dopo lo skills training rispetto a quelli con una storia di malattia più breve. Inoltre, pur non risultando significative le correlazioni con gli anni di malattia e le differenze di punteggio pre-post agli altri strumenti, emerge una tendenza alla correlazione negativa per tutte le scale somministrate indicando come sia possibile che le persone con una storia di malattia più breve possa rivere maggior beneficio dallo skills training RO DBT.

Il BMI, invece, ha riportato un'influenza significativa solo nella diminuzione dei punteggi pre-post al TAS e potrebbe indicare come cambiamenti nel peso corporeo potrebbero correlare con cambiamenti nella capacità di riconoscere e comunicare emozioni; tuttavia, la correlazione sembrerebbe essere dovuta alla scarsa numerosità del campione. In generale, però, come anche per gli anni di malattia, è presente una tendenza negativa (non significativa) dell'effetto del BMI su tutti gli strumenti somministrati pre-post skills training, indicando come un BMI minore possa portare a una maggiore influenza dello skills training sulle variabili d'interesse.

Un'ulteriore variabile che potrebbe avere effetto nell'efficacia dello skills training sono i mesi di psicoterapia nel percorso DCA effettuati dalle partecipanti prima dell'inizio del gruppo. In questo caso è emersa una sola correlazione significativa con le differenze pre-post alla sottoscala di

Preoccupazione per il peso (*WP*) del BUT indice che all'aumentare della durata di psicoterapia individuale, diminuisce la differenza di punteggio pre-post per la preoccupazione per il peso dopo lo skills training. Tuttavia, come per il BMI, essendo l'unico strumento ad aver mostrato un effetto significativo, si può pensare che il risultato sia casuale e dettato dalla scarsa numerosità del campione.

Infine, lo studio non ha mostrato nessun effetto significativo degli anni di scolarizzazione sulle variabili psicologiche indagate da tutti gli strumenti pre-post skills training.

CAPITOLO 4

Conclusioni Generali

4.1 Discussione

Questo studio aveva lo scopo di verificare se lo skills training RO DBT produca, in pazienti con AN e ipercontrollo, un miglioramento dei sintomi psicologici e comportamentali, una riduzione della gravità dei sintomi del DCA e dei livelli di disagio relativo all'immagine corporea, un incremento della tolleranza alla sofferenza, una diminuzione dell'inflexibilità psicologica e dell'evitamento esperienziale, nonché dei livelli di alessitimia e perfezionismo. Un ulteriore obiettivo era quello di verificare l'ipotesi che il miglioramento delle variabili psicologiche, ottenuto tramite lo skills training RO DBT, abbia un effetto sull'introito calorico e, di conseguenza, sul BMI individuale. Abbiamo controllato variabili demografiche come età, anni di malattia, mesi di psicoterapia e livello di scolarizzazione. Sulla base di questi controlli, le correlazioni negative tra età e le differenze pre-post skills training suggeriscono che le partecipanti più giovani hanno mostrato miglioramenti più evidenti. Questo potrebbe indicare che i giovani sono più adattabili e ricettivi ai cambiamenti proposti dal training rispetto agli adulti, che potrebbero avere schemi più radicati e una maggiore resistenza al cambiamento. Inoltre, gli adulti potrebbero aver convissuto con il DCA per periodi più lunghi, rendendo i sintomi più consolidati e difficili da modificare. Ci si aspetta, infatti, che le persone più giovani possano avere una maggiore plasticità psicologica e capacità di cambiamento comportamentale, oltre ad avere accesso a migliori strategie di coping e a un supporto sociale più robusto, facilitando così il cambiamento. Nel 2023, Fennig propose la RO DBT a un campione di adolescenti, riportando un miglioramento della qualità di vita, diminuzione dell'ipercontrollo, dell'ansia e della depressione. Così, sia lo studio di Fennig (2023) che la presente ricerca, suggeriscono come la giovane età dei partecipanti potrebbe effettivamente influenzare lo skills training RO DBT verso maggiori effetti, rispetto all'età adulta. Sarebbe quindi interessante considerare questa relazione in future ricerche.

Gli anni di malattia hanno mostrato un effetto negativo significativo sulla riduzione dei comportamenti di evitamento e del perfezionismo autodiretto, suggerendo che una lunga storia di malattia può rendere più difficile il cambiamento. Le persone con una storia di malattia più lunga potrebbero avere schemi comportamentali di evitamento radicati legati al disagio corporeo, più difficili da modificare rispetto a chi ha una durata di malattia più breve. Inoltre, il perfezionismo autodiretto può essere un tratto caratteristico consolidato che richiede un tempo maggiore e strategie terapeutiche più specifiche per essere modificato, specialmente nelle persone con una lunga storia di malattia.

L'effetto dei mesi di psicoterapia individuale sulla riduzione della preoccupazione per il peso potrebbe suggerire che una psicoterapia preesistente può influenzare come le partecipanti rispondono allo skills training. Questo potrebbe indicare che la psicoterapia individuale e il training di gruppo interagiscono in modi complessi, richiedendo una considerazione più attenta nell'integrazione di diversi approcci terapeutici. Un'ulteriore spiegazione potrebbe essere che queste partecipanti abbiano già raggiunto un certo livello di miglioramento attraverso la psicoterapia individuale e che il training di gruppo non abbia portato un valore aggiunto significativo. Inoltre, le pazienti che ricevono psicoterapia individuale per un lungo periodo potrebbero aver raggiunto una sorta di "saturazione" emotiva o cognitiva, rendendole meno sensibili ai benefici aggiuntivi dello skills training. Infine, i mesi di psicoterapia individuale potrebbero aver influito su come le partecipanti percepiscono e rispondono al training, modulando la loro risposta al programma di gruppo in base alla loro esperienza pregressa con la psicoterapia.

L'assenza di effetti significativi degli anni di scolarizzazione sulle variabili psicologiche indica che il livello di istruzione delle partecipanti non ha avuto un impatto rilevante sui risultati del training. Questo suggerisce che lo skills training ha avuto effetti simili indipendentemente dal livello di istruzione delle partecipanti.

Per quanto concerne l'effetto dello skills training RO DBT sulle variabili psicologiche e comportamentali indagate dai diversi test, i risultati indicano che il training ha avuto un impatto positivo su molte delle variabili esaminate, tra cui la gravità dei sintomi del DCA, il disagio relativo all'immagine corporea, la tolleranza alla sofferenza, l'inflessibilità psicologica e il perfezionismo. Considerando le ipotesi iniziali, i risultati significativi ai punteggi dell'EDE-Q e delle sue sottoscale (*R*, *PA*, *PC*) supportano l'ipotesi H1a, secondo cui lo skills training RO DBT riduce la gravità dei sintomi del DCA. Similmente a studi precedenti (Lynch et al., 2013; Chen et al., 2015; Keogh et al., 2016; Isaksson et al., 2021a), la presente ricerca evidenzia un miglioramento dei sintomi legati ai DCA, come la restrizione dietetica, la preoccupazione per il cibo e per la forma del corpo.

Per quanto riguarda l'ipotesi H1b, ci aspettavamo che lo skills training diminuisse i livelli di disagio legato all'immagine corporea, e i risultati hanno evidenziato che la sottoscala di preoccupazione per la forma del corpo (*PC*) dell'EDE-Q supporta questa ipotesi, mostrando una riduzione significativa della preoccupazione per l'aspetto fisico. Inoltre, i punteggi al DOS e alla sottoscala *Capacity of Harm* sono diminuiti significativamente, indicando una maggiore capacità di tollerare il disagio e una minore propensione ai comportamenti autolesionistici. Questi risultati supportano l'ipotesi H1c, secondo cui il training migliora la tolleranza alla sofferenza, permettendo alle partecipanti di affrontare meglio lo stress senza ricorrere a comportamenti dannosi, come riportato anche da Isaakson e colleghi (2021a).

La significativa correlazione negativa con l'età e la diminuzione dei punteggi pre-post all'AAQ-II e alla sottoscala *A* del BUT suggeriscono miglioramenti nella flessibilità psicologica e nella riduzione dell'evitamento esperienziale, supportando l'ipotesi H1d secondo cui lo skills training RO DBT produce un effetto positivo nella riduzione dell'inflessibilità psicologica e dell'evitamento esperienziale.

Per quanto riguarda i livelli di alessitimia, non è stato riportato un effetto significativo sui punteggi del TAS, suggerendo che la riduzione dei livelli di alessitimia non è stata sufficientemente influenzata dallo skills training. Questo indica che, contrariamente a quanto ipotizzato inizialmente (H1e), lo skills training RO DBT potrebbe non avere avuto un impatto significativo sulla difficoltà di riconoscere, comprendere e descrivere le proprie emozioni.

I punteggi alla sottoscala del perfezionismo autodiretto dell'MPS sono diminuiti significativamente e l'effetto degli anni di malattia sulla riduzione del perfezionismo indica che il perfezionismo potrebbe essere meno sensibile ai cambiamenti rispetto ad altre variabili. Questi risultati supportano l'ipotesi H1f, secondo cui il training riduce i livelli di perfezionismo, sebbene la variazione potrebbe essere influenzata dalla durata della malattia e da altre variabili individuali.

L'influenza significativa del BMI sulla diminuzione dei punteggi al TAS e la tendenza negativa dell'effetto del BMI su tutte le scale suggeriscono che i cambiamenti nel peso corporeo potrebbero essere correlati con i cambiamenti nella capacità di riconoscere e comunicare emozioni, tuttavia, la correlazione potrebbe essere limitata dalla numerosità del campione. Inoltre, le medie e le deviazioni standard del BMI tra pre e post skills training non mostrano cambiamenti significativi suggerendo che, sebbene ci sia un possibile impatto del BMI sull'effetto dello skills training, il cambiamento del peso corporeo non sembra essere un effetto primario o significativo dello skills training RO DBT, contrariamente all'ipotesi H1g secondo cui il miglioramento delle variabili psicologiche poteva avere un effetto sul BMI individuale. Per questo motivo, si può evidenziare come il focus principale dello skills training sia stato più sul miglioramento psicologico piuttosto che sui cambiamenti nel BMI, al contrario di precedenti studi (Lynch et al., 2013; Chen et al., 2015; Baudinet et al., 2020; Isaksson et al., 2021a) che invece riportano miglioramenti significativi del BMI dopo il trattamento. Ciò potrebbe essere dovuto alle differenze strutturali con altri trattamenti, alcuni dei quali sono stati effettuati in ambito ospedaliero (Lynch et al., 2013; Baudinet et al., 2020; Isaksson et al., 2021) e quindi con pazienti che avevano raggiunto un livello di BMI estremamente basso per essere ricoverati e che, perciò, sono riusciti anche più rapidamente ad aumentarlo attraverso la terapia ospedaliera. Inoltre, la numerosità del campione della maggioranza dei passati studi è maggiore rispetto alla presente ricerca, come anche il numero di settimane di terapia.

4.2 Conclusioni generali

Questa ricerca ha esplorato gli effetti dello skills training RO DBT su un gruppo di pazienti con AN e ha fornito nuove evidenze sull'efficacia di questo approccio terapeutico. I risultati ottenuti dimostrano che lo skills training RO DBT è in grado di ridurre significativamente i sintomi specifici dei DCA migliorando vari aspetti della salute psicologica e comportamentale delle partecipanti.

Le ipotesi iniziali dello studio sono state in gran parte confermate ed è risultata significativa l'influenza dell'età e degli anni di malattia sugli effetti del trattamento. Le partecipanti più giovani hanno mostrato maggiori miglioramenti rispetto a quelle più adulte in termini di preoccupazioni per la forma del corpo e capacità di evitare comportamenti dannosi. Questo suggerisce la necessità di adattare gli interventi terapeutici per massimizzare l'efficacia del trattamento in base all'età dei pazienti. Inoltre, i risultati indicano che una storia più lunga di malattia può rendere più difficile il cambiamento di alcuni comportamenti e atteggiamenti, come l'evitamento e il perfezionismo autodiretto.

Un ulteriore risultato significativo riguarda la riduzione della gravità dei sintomi del DCA, in particolare nella restrizione, preoccupazione per il cibo e preoccupazione per la forma del corpo. Inoltre, le partecipanti hanno mostrato miglioramenti nel funzionamento psicosociale e un aumento della tolleranza alla sofferenza e una riduzione dei comportamenti autolesionistici.

Un aspetto importante emerso dallo studio è l'interazione tra la psicoterapia individuale e il training di gruppo. I dati suggeriscono che una maggiore durata della psicoterapia individuale può influire sulla riduzione delle preoccupazioni per il peso corporeo dopo il training di gruppo, evidenziando la complessità dell'integrazione di diversi approcci terapeutici.

In sintesi, questa ricerca fornisce preziose indicazioni sull'efficacia pratica in contesti clinici dello skills training RO DBT per il trattamento dell'anoressia nervosa. Lo skills training RO DBT ha mostrato di essere efficace nel ridurre la gravità dei sintomi del DCA, il disagio relativo all'immagine corporea, e migliorare la tolleranza alla sofferenza e la flessibilità psicologica. Tuttavia, i risultati suggeriscono che il training potrebbe avere un impatto limitato sui livelli di Alessitimia e che i cambiamenti nel BMI non sono stati il principale obiettivo raggiunto. Le variabili come l'età, gli anni di malattia e la durata della psicoterapia preesistente hanno influenzato l'efficacia del training in modi complessi, suggerendo la necessità di un approccio specifico e flessibile.

Ulteriori studi con campioni più ampi e controlli rigorosi sono necessari per confermare questi risultati e per esplorare ulteriormente le potenzialità di interventi integrati e personalizzati.

4.3 Implicazioni per la pratica clinica e direzioni future

Lo studio sottolinea l'importanza di considerare variabili come l'età e gli anni di malattia negli interventi terapeutici futuri, nonché la necessità di monitorare attentamente i progressi per sviluppare strategie di trattamento basate su una comprensione approfondita dei fattori che influenzano la risposta al trattamento. Se questi dati dovessero essere confermati, adattare gli interventi in base all'età è cruciale: le persone adulte potrebbero necessitare di approcci più intensivi o prolungati rispetto ai giovani, poiché tendono a mostrare una risposta meno marcata ai trattamenti. Le strategie terapeutiche devono essere flessibili per rispondere alle esigenze delle diverse fasce d'età, monitorando attentamente i progressi per identificare chi potrebbe necessitare di ulteriore supporto. È possibile che età, anni di malattia, gravità e cronicizzazione del disturbo siano correlati e contribuiscano congiuntamente agli effetti del trattamento.

È essenziale continuare a esplorare come l'età influisce sulla risposta al trattamento dei disturbi alimentari per sviluppare interventi più efficaci e mirati. Il supporto continuo e interventi aggiuntivi sono fondamentali per coloro che mostrano una risposta più lenta al trattamento, indipendentemente dall'età. La durata della malattia deve essere considerata nella scelta degli interventi terapeutici, poiché le persone con una storia più lunga di malattia potrebbero richiedere un trattamento più intensivo. Monitorare i progressi permette di valutare l'efficacia delle strategie adottate e apportare eventuali modifiche per migliorare i risultati terapeutici.

È evidente l'importanza di un approccio terapeutico flessibile, specifico e basato sull'evidenza per affrontare efficacemente i DCA e migliorare la qualità della vita. Futuri studi dovrebbero includere un gruppo di controllo e aumentare la numerosità campionaria, indagando l'effetto dello skills training RO DBT sulle condotte compensatorie tipiche dei DCA. La correlazione negativa tra l'età delle partecipanti e il miglioramento nella preoccupazione per la forma del corpo e nei comportamenti autolesionistici suggerisce che i giovani tendono a mostrare maggiori miglioramenti rispetto a pazienti di età più adulta. Pertanto, futuri studi dovrebbero esplorare come adattare gli interventi per massimizzare l'efficacia per tutte le fasce d'età.

La tendenza dei partecipanti più giovani a mostrare miglioramenti in termini di flessibilità psicologica e riduzione del perfezionismo autodiretto rispetto ai partecipanti più adulti evidenzia la necessità di personalizzare ulteriormente gli interventi terapeutici. Futuri studi potrebbero investigare strategie specifiche per migliorare l'efficacia del trattamento nei partecipanti più adulti, forse attraverso interventi più intensivi o prolungati. L'effetto degli anni di malattia sull'evitamento e sul perfezionismo autodiretto evidenzia l'importanza di considerare la cronologia della malattia nel trattamento dei disturbi legati al corpo e al perfezionismo.

L'influenza negativa dei mesi di psicoterapia individuale sulla riduzione delle preoccupazioni per il peso dopo il training di gruppo riflette l'interazione complessa tra diversi tipi di trattamento, indicando la necessità di una valutazione approfondita e personalizzata dell'approccio terapeutico. Futuri studi potrebbero esplorare come integrare meglio la psicoterapia individuale con il training di gruppo per massimizzare i benefici per i pazienti.

Infine, è essenziale includere follow-up a lungo termine per valutare la sostenibilità dei benefici osservati nel trattamento, infatti, la mancanza di follow-up in questo studio limita la comprensione della durata degli effetti positivi del training di gruppo RO DBT. Inoltre, studi longitudinali potrebbero fornire preziose informazioni sulla necessità di interventi di mantenimento e sulla durata dei cambiamenti terapeutici nel tempo.

In conclusione, le direzioni future suggerite mirano a migliorare la comprensione e l'efficacia degli interventi terapeutici per i disturbi alimentari, tenendo conto delle variabili individuali come l'età, la durata della malattia e la storia di trattamento, oltre che all'aumento della numerosità del campione. Questi studi potrebbero contribuire a sviluppare trattamenti più specifici e mirati, ottimizzando i risultati per una popolazione diversificata di pazienti.

4.4 Limiti dello studio

Nel valutare i risultati di questo studio, è importante riconoscere alcune limitazioni significative che possono influenzarne l'interpretazione e l'applicabilità.

Una delle principali limitazioni è la scarsa numerosità del campione (solo 8 pazienti, di cui 7 hanno completato il post-test) che limita la generalizzabilità dei risultati e aumenta la possibilità che i risultati siano influenzati dalla variabilità individuale piuttosto che da effetti sistematici del trattamento. Inoltre, un campione così piccolo riduce la potenza statistica dello studio, rendendo più difficile rilevare differenze significative e aumentando il rischio di errori di tipo II.

La scarsa numerosità implica anche una grande variabilità nei risultati di alcune scale e sottoscale, suggerendo che la risposta al trattamento può variare considerevolmente tra i partecipanti. Questa variabilità può essere dovuta a differenze individuali nelle caratteristiche dei partecipanti, nella loro motivazione al cambiamento, o nella gravità dei sintomi iniziali. La variabilità osservata sottolinea la necessità di un approccio terapeutico personalizzato e adattivo per rispondere alle esigenze specifiche di ogni paziente.

Un'altra limitazione significativa dello studio è la mancanza di follow-up a lungo termine. Lo studio si è concentrato esclusivamente sui cambiamenti pre-post skills training, senza valutare la durata degli effetti positivi del trattamento nel tempo e quindi la sostenibilità del trattamento a lungo

termine. Senza follow-up non è possibile determinare se i benefici osservati siano mantenuti dopo la conclusione del programma di skills training.

Un ulteriore aspetto cruciale è la mancanza di studi RCT (trial controllati randomizzati) per lo skills training RO DBT sui DCA. La mancanza di studi RCT rappresenta una significativa lacuna nella letteratura e sottolinea la necessità di ulteriori ricerche rigorose per confermare i benefici dello skills training RO DBT nei DCA.

In generale, non sono stati effettuati controlli su terze variabili che potrebbero aver influenzato i cambiamenti pre-post skills training, come il supporto sociale, le variazioni nella dieta o altri trattamenti concomitanti. Infatti, in condizioni di controllo delle variabili non sono state valutate quelle relative alla terapia individuale e l'effetto che hanno avuto, limitando la comprensione di come queste possano influenzare l'esito dello skills training, perciò, un aspetto cruciale da considerare è l'integrazione tra psicoterapia individuale e training di gruppo. Questo studio non ha esaminato in modo approfondito come questi due approcci terapeutici possano essere meglio combinati per massimizzare i benefici per i pazienti. La psicoterapia individuale fornisce un contesto personalizzato e intensivo, mentre il training di gruppo offre un ambiente di supporto e condivisione tra pari. Tuttavia, potrebbe essere necessario adattare il training di gruppo per essere più compatibile con i trattamenti individuali in corso. Ad esempio, coordinare le tematiche affrontate e gli obiettivi terapeutici tra i due tipi di trattamento potrebbe migliorare la coerenza e l'efficacia complessiva del programma terapeutico. Le necessità ambulatoriali e cliniche del Percorso DCA non hanno reso possibile integrare anche la psicoterapia individuale basata sulla RO DBT al training di gruppo.

Infine, ulteriori ricerche potrebbero essere necessarie per esplorare più a fondo come variabili come l'età, la durata della malattia e la storia di trattamento influenzino la risposta agli interventi terapeutici. Queste ricerche potrebbero aiutare a sviluppare strategie di trattamento più personalizzate e a migliorare la comprensione di come diversi approcci terapeutici possano essere combinati in modo ottimale.

Riferimenti Bibliografici

Ahern, A. L., Bennett, K. M., & Hetherington, M. M. (2008). Internalization of the Ultra-Thin Ideal: Positive Implicit Associations with Underweight Fashion Models are Associated with Drive for Thinness in Young Women. *Eating Disorders, 16*(4), 294-307.

Andersen, A. E. (1995). A standard test meal to assess treatment response in anorexia nervosa patients. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 3*, 47-55.

Anderson, D. A., Lundgren, J. D., Shapiro, J. R., & Paulosky, C. A. (2004). Assessment of eating disorders: review and recommendations for clinical use. *Behavior modification, 28*(6), 763-782.

Anderson, D. A., & Maloney, K. C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review, 21*, 971-988.

Anderson, D. A., Williamson, D. A., Johnson, W. G., & Grieve, C. O. (2001). Validity of test meals for determining binge eating. *Eating Behaviors, 2*, 105-112.

American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (5a ed.). (Edizione italiana a cura di M. Biondi). Milano, Italia: Cortina Raffaello.

Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 53*(3), 311-330.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research, 38*(1), 23-32.

Barstack, S., Karkhanis, S., Erford, B. T., Bennett, E., Buchanan, E., Sharpe, C., & Wissel, A. (2023). Synthesis of the Eating Disorder Inventory-Third Edition (EDI-3) psychometric characteristics: Implications for counseling practice and research. *Journal of Counseling & Development, 101*(3), 359-372.

Baudinet, J., Simic, M., Griffiths, H., Donnelly, C., Stewart, C., & Goddard, E. (2020). Targeting maladaptive overcontrol with radically open dialectical behaviour therapy in a day programme for

adolescents with restrictive eating disorders: an uncontrolled case series. *Journal of Eating Disorders*, 8, 1-13.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Ben-Porath, D., Duthu, F., Luo, T., Gonidakis, F., Compte, E. J., & Wisniewski, L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2), 101-121.

Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). "Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0)." In Fairburn, C. G. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 315-317). New York: Guilford Press.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 161(2), 240-243.

Bressi, C., Taylor, G., Parker, J., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., ... & Invernizzi, G. (1996). Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 551-559.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.

Bruch H., (1977), *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli Editore, Milano. (Tit. Orig. "Eating Disorder. Obesity, Anorexia Nervosa and The Person Within", 1973 by Basic Book, Inc., New York, USA)

- Calugi, S., Ricca, V., Castellini, G., Sauro, C. L., Ruocco, A., Chignola, E., ... & Dalle Grave, R. (2015). The eating disorder examination: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 505-511.
- Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., ... & Dalle Grave, R. (2017). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 509-514.
- Calugi, S., Sartirana, M., Milanese, C., El Ghoch, M., Riolfi, F., & Dalle Grave, R. (2018). The clinical impairment assessment questionnaire: validation in Italian patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 685-694.
- Casper, R. C. (1983). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 3-16.
- Cavalletti V., Floridi M., Saini A., Enzo C., & Cheli S. (2021). Multidimensional Perfectionism Scale: Validazione psicométrica in lingua italiana. *Psichiatria e Psicoterapia* 40, 1, 15-23.
doi.org/10.36131/psychpsicoterapia2113
- Cheli, S., Gorey, C. M., Bornovalova, M. A., Chiarello, F., & Cavalletti, V. (2021). Distress Overtolerance Scale: Validazione psicométrica in lingua Italiana. *Psichiatria e Psicoterapia*, 40(1).
- Chen, E. Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan, M. M., ... & Lynch, T. R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa—a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123-132.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The Eating Disorder Examination: A semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8.

Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., & Garfinkel, P. (2006). The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11, 1-13.

Dalle Grave, R., Conti, M., & Calugi, S. (2020). Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1428-1438.

Dalle Grave, R. (2021). CBT-E per gli adolescenti con disturbi dell'alimentazione: un trattamento sviluppato presso la Casa di Cura Villa Garda che ha influenzato la politica sanitaria internazionale.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008b). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-313). *New York: Guilford Press*.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.

Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination In CG Fairburn & GT Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317–360). *New York: Guilford*.

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 37(1), 1-13.

Fennig, M. (2023). Adapting Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT) for Adolescents: Preliminary Testing of Mechanisms of Change.

First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2015). User's guide for the SCID-5-PD (structured clinical interview for DSM-5 personality disorder). Arlington: American Psychiatric Association.

Fossati A. & Borroni S. (2017). Guida all'uso della SCID-5-PD (intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5). Raffaello Cortina Editore.

Frostad, S., Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. Å., Jevne, C., Dalle Grave, R., Rø, Ø., & Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *Journal of eating disorders*, 6, 1-8.

Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.

Ghaderi, A. T. A., & Scott, B. (2004). The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(4), 319-324.

Gilbert, K., Codd III, R. T., Hoyniak, C., Tillman, R., Baudinet, J., Pires, P. P., ... & Lynch, T. R. (2023). Processes of change in a randomized clinical trial of radically open dialectical behavior therapy (RO DBT) for adults with treatment-refractory depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 91(2), 71.

Gilbert, K., Hall, K., & Codd, R. T. (2020). Radically open dialectical behavior therapy: Social signaling, transdiagnostic utility and current evidence. *Psychology research and behavior management*, 19-28.

Gilmartin, T. (2019). Introducing Radically Open-DBT (RO DBT) as a treatment for maladaptive over-control. *Australian Clinical Psychologist*, 1-4.

Gleaves, D. H., Pearson, C. A., Ambwani, S., & Morey, L. C. (2014). Measuring eating disorder attitudes and behaviors: a reliability generalization study. *Journal of Eating Disorders*, 2, 1-12.

- Habermas, T. (1992). Further evidence on early case descriptions of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 11*, 351-360.
- Haynos, A. F., Berg, K. C., Cao, L., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Utzinger, L. M., ... & Crow, S. J. (2017). Trajectories of higher-and lower-order dimensions of negative and positive affect relative to restrictive eating in anorexia nervosa. *Journal of abnormal psychology, 126*(5), 495.
- Hempel, R. J., Booth, R., Giblin, A., Hamilton, L., Hoch, A., Portner, J., ... & Wolf-Arehult, M. (2018). The implementation of RO DBT in clinical practice. *The Behavior Therapist, 41*(3), 161-173.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(3), 464.
- Hilsenroth, M. J., & Segal, D. L. (2004). *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment*. John Wiley & Sons, Inc..
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Ramklint, M., & Wolf-Arehult, M. (2021a). Radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa: a multiple baseline single-case experimental design study across 13 cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 71*, 101637.
- Isaksson, M., Ghaderi, A., Wolf-Arehult, M., Öster, C., & Ramklint, M. (2021b). Sharing and connecting with others—patient experiences of radically open dialectical behavior therapy for anorexia nervosa and overcontrol: a qualitative study. *Journal of eating disorders, 9*, 1-10.
- Istituto Superiore di Sanità (2021). Anoressia nervosa - Diagnosi. In ISSalute. Recuperato da <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/anoressia-nervosa#diagnosi>
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in neurosciences, 36*(2), 110-120.
- Khandelwal, S. K., Sharan, P., & Saxena, S.(1995).Eating disorders: An Indian perspective. *International Journal of Social Psychiatry, 41*, 132-146.

Keogh, K., Booth, R., Baird, K., & Davenport, J. (2016). The Radical Openness Group: A controlled trial with 3-month follow-up. *Practice Innovations, 1*(2), 129-143.

Kjelsås, E., Bjørnstrøm, C., & Gøtestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eating behaviors, 5*(1), 13-25.

Koons CR, Robins CJ, Tweed J, Lynch TR, Gonzalez AM, et al. 2001. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav. Therapy 32*:371–90

Kutlesic, V. (1995). *The interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria*. Louisiana State University and Agricultural & Mechanical College.

Kutlesic, V., Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Barbin, J. M., & Murphy-Eberenz, K.P. (1998). The Interview for the Diagnosis of Eating Disorders–IV: Application to *DSM-IV* diagnostic criteria. *Psychological Assessment, 10*, 41-48.

Lambe EK, Katzman DK, Mikulis DJ et al.: Cerebral gray matter volume deficits after weight recovery from anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry 1997, 54*:537–542

Lee, S., Ho, T. P., & Hsu, L. K. G. (1993). Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychological Medicine, 23*, 999-1017.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 48*(12), 1060-1064.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry, 63*(7), 757-766.

- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence, 67*(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 50*(12), 971-974.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions, 8*(4), 279-292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151*(12), 1771-1775.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford publications.
- Lynch, T. R. (2018). Tribe matters: An introduction to radically open dialectical behavior therapy. *The Behavior Therapist, 41*(3), 116-125.
- Lynch, T. R. (2021). *Manuale RO DBT: La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo*. Erickson.
- Lynch, T. R. (2021b). *RO DBT skills training: La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo*. Erickson.
- Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2007). Dialectical behavior therapy for depression with comorbid personality disorder: An extension of standard dialectical behavior therapy with a special emphasis on the treatment of older adults.

Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. *BMC psychiatry*, *13*, 1-17.

Lynch, T. R., Hempel, R. J., & Dunkley, C. (2015). Radically open-dialectical behavior therapy for disorders of over-control: signaling matters. *American journal of psychotherapy*, *69*(2), 141-162.

Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(1), 33-45.

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*, 181-205.

McIntosh, V. (2015). Specialist supportive clinical management (SSCM) for anorexia nervosa: Content analysis, change over course of therapy, and relation to outcome. *Journal of Eating Disorders*, *3*(Suppl 1), O1.

Mereu, A., Fantoni, T., Caini, S., Monzali, F., Roselli, E., Taddei, S., ... & Pisano, T. (2022). Suicidality in adolescents with onset of anorexia nervosa. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, *27*(7), 2447-2457.

Ministero della Salute (2018). Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Estratto da https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2775_allegato.pdf

Ministero della Salute (2024). Cosa sono i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA). Recuperato da <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6160&area=salute%20mentale&menu=DNA>

Munro, C., Randell, L., & Lawrie, S. M. (2017). An integrative bio-psycho-social theory of anorexia nervosa. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(1), 1-21.

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorder: Recognition and treatment*. NICE guideline [NG69]. Recuperato da <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

O'Mahen, H., & Lynch, T. R. (2018). How to differentiate overcontrol from undercontrol: findings from the RefraMED study and guidelines from clinical practice. *RADICALLY OPEN*, 41(3), 132.

Parry-Jones, W. L., & Parry-Jones, B. (1994). Implications of historical evidence for the classification of eating disorders: A dimension overlooked in DSM-III-R and ICD-10. *British Journal of Psychiatry*, 165, 287-292.

Pennato, T., Berrocal, C., Bernini, O., & Rivas, T. (2013). Italian version of the acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II): Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 552-563.

Peterson, K., & Fuller, R. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing2023*, 49(10), 24-30.

Pike, K. M., So, M., Hilbert, A., Maekawa, H., Shimanouchi, T., Wilfley, D., ... & Weissman, R. S. (2021). Risk factors for anorexia nervosa and bulimia nervosa in Japan and compared to a US sample. *International Journal of Eating Disorders*, 54(2), 155-167.

Resmark, G., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., & Zeeck, A. (2019). Treatment of anorexia nervosa—new evidence-based guidelines. *Journal of clinical medicine*, 8(2), 153.

Rizvi, S. L., Peterson, C. B., Crow, S. J., & Agras, W. S. (2000). Test-retest reliability of the eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 311-316.

Rosen, J. C., Jones, A., Ramirez, E., & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: Studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 315-319.

Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:1047–1056

- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *158*(4), 632-634.
- Scharner, S., & Stengel, A. (2021). Animal models for anorexia nervosa—a systematic review. *Frontiers in Human Neuroscience*, *14*, 596381.
- Schlundt, D.G. e Johnson, W.G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- Schmidt, U., Startup, H., & Treasure, J. (2018). *A cognitive-interpersonal therapy workbook for treating anorexia nervosa: the Maudsley model*. Routledge.
- Shorter, E. (1987). The first great increase in anorexia nervosa. *Journal of Social History*, *21*, 69-96
- Slade, P. D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, *21*, 167-179.
- Somma, A., Borroni, S., Maffei, C., Besson, E., Garbini, A., Granozio, S., ... & Fossati, A. (2017). Inter-rater reliability of the Italian translation of the structured clinical interview for DSM-5 personality disorders (SCID-5-PD): a study on consecutively admitted clinical adult participants. *J Psychopathol*, *23*, 105-11.
- Strumila, R., Lengvenyte, A., Olie, E., Seneque, M., Dupuis-Maurin, K., Alacreu-Crespo, A., ... & Guillaume, S. (2022). Selenium deficiency is associated with disease severity, disrupted reward processing, and increased suicide risk in patients with Anorexia Nervosa. *Psychoendocrinology*, *140*, 105723.
- 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.
- Thomas, J. J., & Roberto, C. A. (2015). Assessment measures, then and now. *Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders*, 137, 143-144.

Thomas, J. J., Roberto, C. A., & Berg, K. C. (2014). The Eating Disorder Examination: a semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 2(2), 190-203.

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 413-419.

Urvelyte, E., & Perminas, A. (2015). The dual pathway model of bulimia: Replication and extension with anorexia. *Procedia-social and behavioral sciences*, 205, 178-183.

Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British journal of psychiatry*, 182(2), 135-140.

Vitousek, K.M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 383-418). New York: Guilford Press.

Vitousek, K. B., & Hollon, K. B. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 191-214.

Weaver, L., & Liebman, R. (2011). Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Current psychiatry reports*, 13, 93-98.

World Health Organization (2016). Noncommunicable diseases j Overweight among adults. Recuperato da https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/

Yin, P., & Fan, X. (2000). Assessing the reliability of Beck Depression Inventory scores: Reliability generalization across studies. *Educational and psychological measurement*, 60(2), 201-223.

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., ... & Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in

outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9912), 127-137.