ISTITUTO TOLMAN

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale

Direttore e Fondatore dott. Giovanni Lo Savio

La flessibilità psicologica come meccanismo di cambiamento dell'Acceptance and Commitment Therapy nei Disturbi dell'Alimentazione: una revisione sistematica

Dott. Davide Patanè
Istituto Tolman - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (Anno 2026)

Abstract

Obiettivo: L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ipotizza che il miglioramento clinico dipenda dall'aumento della flessibilità psicologica. Questa revisione sistematica ha valutato l'evidenza a favore della flessibilità psicologica come meccanismo di cambiamento dell'ACT nei Disturbi dell'Alimentazione.

Metodo: La ricerca è stata condotta su PubMed, Scopus e APA PsycINFO e integrata con il controllo delle revisioni di riferimento già pubblicate. Sono stati inclusi studi di intervento ACT (o ibridi con almeno tre processi ACT) in pazienti con diagnosi di Disturbi dell'Alimentazione che misurassero la flessibilità psicologica e sintomi alimentari prima e dopo il trattamento. L'evidenza di ogni studio è stata classificata su una scala derivata dai criteri di Kazdin per i meccanismi di cambiamento e la sintesi è narrativa.

Risultati: Sono stati inclusi 7 studi. In tutti, la flessibilità psicologica tendeva ad aumentare nel corso del trattamento.

Conclusioni: Le evidenze disponibili in letteratura non permettono ancora di stabilire se la flessibilità psicologica rappresenti il meccanismo di cambiamento dell'ACT nei Disturbi dell'Alimentazione. Tuttavia, potrebbe trattarsi di un processo comune a diversi trattamenti. Studi con confronti attivi e misure ripetute potrebbero aiutare a chiarire questo aspetto.

Parole chiave: Acceptance and Commitment Therapy; disturbi dell'alimentazione; flessibilità psicologica; meccanismi di cambiamento; mediazione; revisione sistematica

1. Introduzione

1.1 I Disturbi dell'Alimentazione e il modello transdiagnostico cognitivo-comportamentale

I Disturbi dell'Alimentazione (DA) sono condizioni persistenti caratterizzate da alterazioni del comportamento alimentare. Secondo il modello transdiagnostico cognitivo-comportamentale, questi comportamenti sono mantenuti soprattutto dall'eccessiva importanza attribuita al peso, alla forma corporea e al loro controllo (Fairburn et al., 2003). Accanto a questo, l'evitamento esperienziale, cioè la tendenza a evitare o sopprimere pensieri, emozioni e sensazioni corporee vissuti come intollerabili, rappresenta un ulteriore fattore di mantenimento nei DA (Merwin et al., 2011). In questa prospettiva si inserisce l'interesse crescente per le terapie cognitivo-comportamentali di "terza ondata", che mirano a modificare il modo in cui la persona si relaziona a queste esperienze (Linardon et al., 2017).

1.2 L'ACT e la flessibilità psicologica nei Disturbi dell'Alimentazione

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) mira ad aumentare la flessibilità psicologica, cioè la capacità di restare in contatto con il presente, anche con pensieri ed emozioni spiacevoli, agendo in linea con i propri valori (Hayes et al., 2006). La flessibilità psicologica è descritta attraverso sei processi interconnessi: accettazione, defusione cognitiva, contatto con il momento presente, sé come contesto, valori e azione impegnata. L'inflessibilità psicologica è considerata un processo transdiagnostico alla base della sofferenza psicologica (Hayes et al., 2006). Nei DA la flessibilità psicologica è stata studiata sia in forma generale, tipicamente con l'Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), sia in forme specifiche, come la flessibilità rispetto all'immagine corporea misurata con il Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ). Studi trasversali mostrano che una minore flessibilità si associa a una maggiore psicopatologia alimentare (Rogers et al., 2018). La revisione sistematica più ampia sull'argomento ha incluso 22 studi di intervento ACT in pazienti con DA. I risultati sui sintomi appaiono incoraggianti, anche se molti studi presentano limiti metodologici (Onnink et al., 2022). Le misure di flessibilità, anche se molto utilizzate, tendono ad essere considerate esiti secondari, perché i campioni sono spesso troppo piccoli per esaminarne il possibile ruolo di mediatore (Onnink et al., 2022). Una metanalisi sugli interventi basati sull'ACT per il comportamento alimentare disregolato ha osservato effetti di entità moderata, senza però rilevare un'associazione chiara tra i cambiamenti nella flessibilità psicologica e quelli negli esiti alimentari (Di Sante et al., 2022). Più di recente, Goshen e Heled (2025) hanno esaminato il possibile ruolo della flessibilità come mediatore del *disordered eating*. La mediazione è emersa con una certa coerenza negli studi trasversali, mentre negli studi di intervento le evidenze sono apparse meno consistenti. Questa revisione si concentra soprattutto su campioni della popolazione generale e prende in esame l'ACT insieme ad altri interventi ispirati all'ACT o di diversa matrice.

1.3 Mediatori e meccanismi di cambiamento

Per stabilire se la flessibilità psicologica sia il meccanismo d'azione dell'ACT non è sufficiente dimostrare che ne medi statisticamente l'effetto. Nel contesto della ricerca in psicoterapia, Kazdin (2007) distingue infatti tra mediatore, una variabile che spiega statisticamente il legame tra trattamento ed esito, e meccanismo, il processo che produce realmente il cambiamento. L'autore propone alcuni criteri per valutare un possibile meccanismo: forte associazione con l'esito, specificità rispetto ad altri trattamenti, coerenza tra studi, manipolazione sperimentale, sequenza temporale, gradiente e plausibilità teorica. Questi criteri costituiscono il riferimento per questa revisione.

1.4 Obiettivi della revisione

Non sembra ancora disponibile una sintesi che valuti l'evidenza disponibile sul ruolo della flessibilità psicologica alla luce dei criteri di Kazdin (2007) nell'ACT in campioni clinici con diagnosi di DA. La presente revisione sistematica si propone di:

1. indagare se gli interventi ACT per i DA producano un aumento della flessibilità psicologica, generale o specifica;
2. indagare se il cambiamento nella flessibilità si associ al cambiamento dei sintomi alimentari;
3. indagare se la flessibilità medi l'effetto del trattamento e il suo cambiamento preceda quello dei sintomi;
4. indagare se i risultati varino in base al tipo di disturbo, all'età, all'intervento o alla misura di flessibilità;
5. indagare quale sia la qualità metodologica di questa evidenza e quali criteri di Kazdin risultino soddisfatti.

2. Metodo

2.1 Protocollo

La revisione è stata condotta secondo un protocollo definito a priori (Appendice A). Il reporting segue le linee guida PRISMA 2020 (Page et al., 2021), con PRISMA-S per la descrizione delle ricerche (Rethlefsen et al., 2021) e le linee guida SWiM per la sintesi narrativa (Campbell et al., 2020).

2.2 Criteri di inclusione

Sono stati inclusi gli studi che soddisfacevano i seguenti criteri. Popolazione: adolescenti (≥ 12 anni) e adulti con una diagnosi formale di Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Disturbo da Binge Eating (BED), OSFED/EDNOS o UFED secondo DSM o ICD, posta clinicamente o con intervista strutturata. Intervento: ACT o intervento basato sull'ACT che includesse almeno tre dei sei processi del modello secondo il criterio di Onnink et al. (2022), in qualsiasi formato e da solo o in aggiunta al trattamento usuale (TAU). Durante la selezione, il criterio è stato esteso agli interventi ibridi o ispirati all'ACT con almeno tre processi e questi studi sono analizzati separatamente dagli interventi basati sull'ACT. Confronto: qualsiasi o nessuno. Esiti: almeno una misura validata di flessibilità o inflessibilità psicologica, generale o specifica e almeno una misura validata di sintomatologia alimentare, entrambe rilevate almeno prima e dopo il trattamento. Disegno: RCT, studi controllati non randomizzati, studi pre-post a braccio singolo e analisi secondarie di trial. Sono stati esclusi studi con campioni senza diagnosi formale, persone con sovrappeso/Obesità senza diagnosi di DA, ARFID, interventi solo mindfulness o di altra matrice, singole sessioni, case report, serie di casi, disegni a caso singolo, studi trasversali e protocolli senza dati. Sono stati considerati solo articoli in inglese o italiano, senza limiti di data.

2.3 Strategia di ricerca

Il 30 settembre 2026 sono state interrogate tre banche dati, senza limiti di data: PubMed/MEDLINE, Scopus e APA PsycINFO (EBSCOhost). Le stringhe combinavano due blocchi di termini, relativi all'ACT e ai DA (Appendice B). La ricerca è stata integrata dal controllo degli studi inclusi nelle due revisioni sistematiche più vicine alla domanda di ricerca (Goshen & Heled, 2025; Onnink et al., 2022). Dei 12 studi con disegno di gruppo inclusi da Onnink et al. (2022), 10 erano stati già individuati dalle stringhe mentre i due mancanti non usavano i termini "acceptance and commitment" o "acceptance-based" nel titolo o nell'abstract.

2.4 Selezione degli studi

I record sono stati importati nel software Rayyan (Ouzzani et al., 2016). Sono stati eliminati i duplicati e successivamente gli studi sono stati confrontati prima in base al DOI e poi in base al titolo. Successivamente è stato svolto lo screening di titoli e abstract. Gli studi dubbi sono stati comunque mantenuti per la lettura del testo completo. I paper selezionati sono stati poi letti per intero e valutati in un foglio di lavoro Excel, nel quale sono stati raccolti anche i dati estratti. Per ogni studio escluso è stato registrato il motivo principale. Gli articoli che descrivevano lo stesso campione di partecipanti sono stati considerati come un unico studio.

2.5 Estrazione dei dati

Per ogni studio sono stati estratti: caratteristiche dello studio (disegno, paese, registrazione), del campione (numerosità, età, genere, diagnosi), dell'intervento (formato, durata, processi ACT) e del confronto; misure di flessibilità e di sintomatologia alimentare con i relativi tempi di rilevazione; ogni analisi del rapporto tra cambiamento della flessibilità e cambiamento dei sintomi (correlazioni, mediazione, analisi temporali). Non sono stati contattati gli autori per i dati mancanti.

2.6 Classificazione dell'evidenza sul meccanismo

Per rendere operativi i criteri di Kazdin (2007), ogni studio è stato classificato in base al livello più alto di evidenza di processo soddisfatto, su una scala sviluppata per questa revisione: livello 0 = la flessibilità è misurata ma non cambia o il cambiamento non è analizzato; livello 1 = la flessibilità aumenta con il trattamento (plausibilità); livello 2 = il suo cambiamento si associa al cambiamento dei sintomi (associazione); livello 3 = la flessibilità media formalmente l'effetto del trattamento sui sintomi (associazione e specificità); livello 4 = il cambiamento nella flessibilità precede quello nei sintomi (sequenza temporale). Per ogni studio è stato distinto il livello “non testato” dal livello “testato e non supportato”. Le mediazioni intra-soggetto senza gruppo di controllo sono state classificate come livello 2, perché in assenza di gruppo controllo l'effetto del trattamento non è distinguibile dal passare del tempo. La classificazione si basa solo su misure validate, mentre risultati ottenuti con misure non validate (come item singoli) sono riportati come dati secondari. La specificità (cambiamento maggiore con l'ACT che con il confronto) e il gradiente sono stati considerati separatamente.

2.7 Valutazione del risk of bias

Il risk of bias è stato valutato con strumenti specifici per disegno: Cochrane RoB 2 per gli RCT (Sterne et al., 2019), ROBINS-I per gli studi controllati non randomizzati (Sterne et al., 2016) e il NIH Quality Assessment Tool for Before-After Studies (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2013) per gli studi pre-post.

2.8 Sintesi dei dati

Poiché gli studi differiscono per disegno, misure e analisi, non è stata condotta una metanalisi. I risultati sono stati sintetizzati in forma narrativa seguendo le linee guida SWiM. Gli studi sono stati raggruppati per livello di evidenza sul meccanismo e per tipo di disturbo. Sono stati riportati la direzione dei risultati e, quando disponibili, le dimensioni dell’effetto. Una tabella riassume quali criteri di Kazdin risultano soddisfatti. Infine, la certezza dell’evidenza è stata giudicata da alta a molto bassa secondo i criteri GRADE adattati alla sintesi narrativa (Guyatt et al., 2008), considerando il risk of bias, la coerenza e la precisione dei risultati.

3. Risultati

3.1 Selezione degli studi

La ricerca ha restituito 897 record. Dopo la rimozione di 368 duplicati, 529 record sono stati verificati su titolo e abstract e 503 sono stati esclusi. Dei 26 report valutati sul testo completo, 16 sono stati esclusi: 3 per la popolazione, 6 per l'intervento, 6 perché non misuravano la flessibilità psicologica o i sintomi alimentari e 1 per la lingua. Il controllo degli studi inclusi nelle due revisioni di riferimento ha aggiunto 3 report. Sono stati così inclusi 13 report, riferiti a 7 studi (Figura 1).

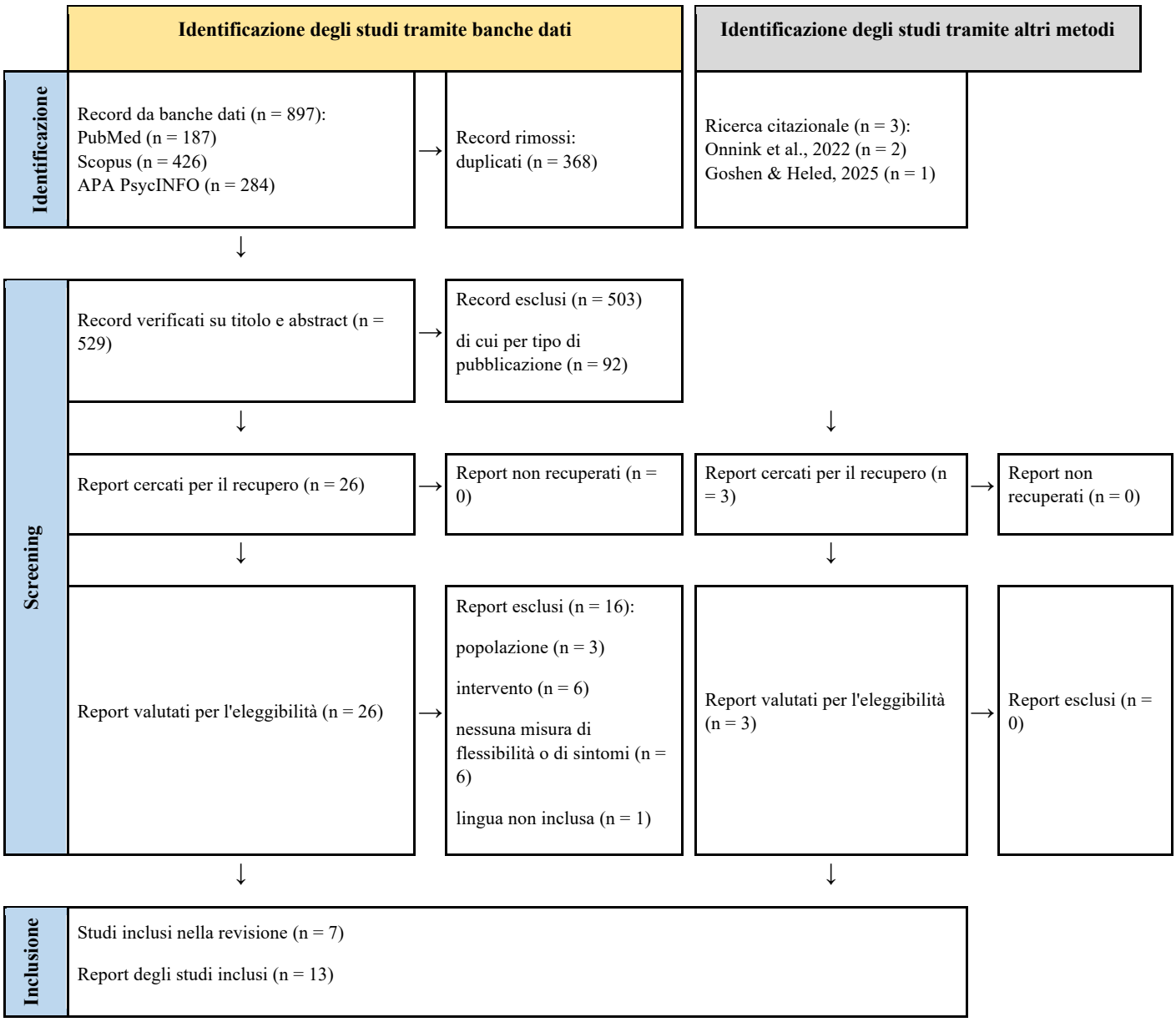


Figura 1. Diagramma PRISMA 2020 della selezione degli studi.

3.2 Caratteristiche degli studi inclusi

I 7 studi sono stati pubblicati tra il 2013 e il 2021 (Tabella 1). Tre studi valutavano un intervento ACT puro (Juarascio et al., 2013a; Merwin et al., 2021; Timko et al., 2015) e quattro interventi ibridi o ispirati all'ACT, che integravano i processi ACT con la CBT, la DBT o la compassione (Juarascio et al., 2017, 2021; Pinto-Gouveia et al., 2017, 2019; Wildes et al., 2014). Uno studio era un RCT, due erano studi controllati non randomizzati e quattro erano a braccio singolo. Due studi riguardavano l'AN, uno la BN, due il BED e due campioni misti. Un solo studio era condotto su adolescenti. La flessibilità era misurata con l'AAQ-II in quattro studi e con varianti specifiche negli altri: AFQ-Y per gli adolescenti, BI-AAQ per l'immagine corporea, AADQ per il diabete e AAQ nella versione originale. 5 studi su 7 provenivano da due soli gruppi di ricerca.

Tabella 1. Caratteristiche degli studi inclusi.

Studio	Disegno	Campione	Intervento	Confronto	Misura di flessibilità	Livello	Specificità
Timko et al., 2015	Braccio singolo	47 adolescenti; AN o AN sottosoglia	ASFT, familiare (ACT)	-	AFQ-Y	1	n.v.
Juarascio et al., 2013a	Controllato non randomizzato	105 donne in residenziale; AN/BN/ED NOS	Gruppi ACT + TAU	TAU	AAQ-II	1 (3 non supp.)	Tendenza
Merwin et al., 2021	Braccio singolo	19 donne con diabete tipo 1 e DA	iACT individuale + app	-	AADQ	1	n.v.
Juarascio et al., 2021	RCT pilota	44 adulti; BN o OSFED-BN	MABT (CBT + ACT/DBT)	CBT-E	AAQ-II	1	No
Juarascio et al., 2017	Braccio singolo	19 donne; BED	ABBT di gruppo (CBT + ACT/DBT)	-	AAQ-II, FAAQ	2	n.v.
Pinto-Gouveia et al., 2017; 2019	Controllato non randomizzato + braccio singolo	36 e 31 donne; BED con sovrappeso	BEfree (ACT + compassione)	Lista d'attesa	BI-AAQ, AAQ-II	2	Sì
Wildes et al., 2014	Braccio singolo	24 adulti; AN	EABT (ispirato all'ACT)	-	AAQ	1	n.v.

Nota. Livello = livello più alto di evidenza sul meccanismo (sez. 2.6); non supp. = testato e non supportato; n.v. = non valutabile per assenza di controllo; numerosità = partecipanti analizzati. Report collegati agli stessi campioni: Merwin et al. (2013) per Timko et al. (2015); Juarascio et al. (2013b, 2013c, 2015) per Juarascio et al. (2013a); Manasse et al. (2016) per Juarascio et al. (2017).

3.3 Risk of bias

Il risk of bias è nel complesso elevato. L'RCT pilota è stato giudicato ad alto rischio, soprattutto per i dati mancanti. I due studi controllati non randomizzati sono stati giudicati a rischio serio per l'assegnazione non casuale e per le analisi limitate ai partecipanti che avevano completato il trattamento. Tra gli studi a braccio singolo, uno è stato giudicato di qualità discreta (Merwin et al., 2021) e gli altri di qualità scarsa o scarsa-discreta per campioni piccoli, drop-out elevato e assenza di valutatori ciechi. In tutti gli studi le misure di flessibilità erano self-report e i terapeuti appartenevano al gruppo che aveva sviluppato l'intervento.

3.4 Evidenza sul meccanismo

La flessibilità tende ad aumentare con il trattamento (livello 1). Tutti e sette gli studi hanno riportato un aumento della flessibilità psicologica, con effetti intra-gruppo da medi a grandi (d tra 0,70 e 1,4). In due casi l'andamento era meno lineare: negli adolescenti l'evitamento esperienziale non cambiava a metà trattamento e diminuiva solo alla fine (Timko et al., 2015), mentre nell'AN l'AAQ tornava verso i valori iniziali a sei mesi (Wildes et al., 2014).

Evidenze sulla specificità. Solo tre studi avevano un gruppo di confronto. Rispetto alla lista d'attesa, la flessibilità corporea migliorava di più con il programma BEfree (Pinto-Gouveia et al., 2017). Rispetto al trattamento residenziale usuale, il vantaggio dell'ACT sull'AAQ-II si limitava a una tendenza ($p = .08$; Juarascio et al., 2013a). Rispetto alla CBT-E, l'AAQ-II migliorava in misura analoga nei due gruppi ($d = 0,87$ contro 0,76), e al follow-up di più con la CBT (Juarascio et al., 2021).

L'associazione con i sintomi è stata esaminata in pochi studi (livello 2). Cinque studi su sette non hanno analizzato il rapporto tra il cambiamento della flessibilità e quello dei sintomi. Nel BED, il cambiamento dell'AAQ-II si associava al miglioramento dell'EDE con un effetto medio ma non significativo ($r = -0,41$; $n = 17$; Juarascio et al., 2017). Nello studio BEfree, il cambiamento dell'AAQ-II mediava quello dell'EDE in un'analisi intra-soggetto ($B = -0,23$; IC 95% -0,54; -0,02); in assenza di controllo e con misure contemporanee (Pinto-Gouveia et al., 2019).

La mediazione non è emersa negli studi disponibili (livello 3). Un solo studio ha testato una mediazione formale con un gruppo di confronto e misure validate. Il cambiamento dell'AAQ-II, della defusione e della regolazione emotiva non sembra mediare l'effetto dell'ACT sui sintomi (Juarascio et al., 2013a). La mediazione risultava significativa solo per un singolo item di disponibilità non validato, rilevato tra l'inizio e la metà del trattamento.

La sequenza temporale non è stata ancora esaminata (livello 4). Uno studio disponeva di misure di processo ripetute a ogni seduta, ma non le ha usate per verificare se il cambiamento dei processi precedesse quello dei sintomi (Merwin et al., 2021).

3.5 Sintesi secondo i criteri di Kazdin ed evidenza

La Tabella 2 riporta il giudizio sull'insieme degli studi in base ai criteri di Kazdin (2007). La certezza dell'evidenza è stata giudicata bassa per l'aumento della flessibilità con gli interventi ACT, perché i risultati erano coerenti ma provenivano da disegni non controllati, e molto bassa per l'associazione con i sintomi e per la mediazione, per il numero ridotto di studi e il risk of bias elevato.

Tabella 2. Criteri di Kazdin (2007) soddisfatti dall'insieme degli studi.

Criterio di Kazdin	Evidenza sugli studi inclusi	Giudizio sugli studi inclusi
Forte associazione	Un'associazione media non significativa e una mediazione intra-soggetto senza controllo	Limitata
Specificità	Supportata solo rispetto a un controllo inattivo; tendenza rispetto al TAU; non osservata rispetto alla CBT-E	Non ancora dimostrata
Coerenza	Aumento della flessibilità coerente in tutti gli studi; dati sull'associazione troppo scarsi	Parziale
Manipolazione sperimentale	Nessuno studio ha manipolato la flessibilità	Non valutata
Sequenza temporale	Nessuno studio	Non valutata
Gradiente	Nessuno studio	Non valutato
Plausibilità	Coerente con il modello teorico dell'ACT e con gli studi trasversali	Soddisfatta

4. Discussione e conclusioni

4.1 Sintesi dei risultati

Questa revisione ha esplorato se la flessibilità psicologica fosse il meccanismo attraverso cui l'ACT produce il miglioramento dei DA. Allo stato attuale, le evidenze non consentono ancora una risposta chiara. Nei sette studi inclusi la flessibilità tende ad aumentare durante il trattamento, ma si tratta del livello di evidenza meno informativo. Tra i criteri proposti da Kazdin (2007), quello più chiaramente soddisfatto è la plausibilità teorica. L'associazione tra cambiamento della flessibilità e cambiamento dei sintomi è stata esaminata in due soli studi, con risultati poco consistenti. L'unica mediazione testata con un gruppo di confronto e misure validate non ha trovato conferma e la sequenza temporale tra i due cambiamenti non è stata ancora indagata.

Quando l'ACT è stata confrontata con un trattamento attivo, la flessibilità è migliorata in misura simile anche con la CBT-E (Juarascio et al., 2021) e meno con il trattamento residenziale usuale (Juarascio et al., 2013a). Vanno nella stessa direzione alcuni programmi residenziali eclettici, che non rientravano nei criteri di questa revisione perché l'ACT era solo una tra molte componenti. Anche in questi la flessibilità migliorava in modo rilevante e il suo cambiamento era associato al miglioramento dei sintomi (Lee et al., 2018; Petersen et al., 2024). L'unico RCT che riporta un vantaggio dell'ACT su un altro trattamento attivo non è stato incluso, perché non richiedeva una diagnosi formale e presenta dati parziali (Martsyniak-Dorosh, 2026).

Questi risultati vanno letti alla luce di alcuni limiti degli studi. Diversi trial non includono una misura di flessibilità (Fogelkvist et al., 2020; Parling et al., 2016). Quella più usata, l'AAQ, si sovrappone in parte al distress generale (Cherry et al., 2021, come citato in Onnink et al., 2022) e flessibilità e sintomi sono stati quasi sempre misurati negli stessi momenti, impedendo di stabilire quale cambi per primo.

Nel complesso, la flessibilità psicologica potrebbe essere un processo di cambiamento comune a diversi trattamenti efficaci per i DA, o un correlato del miglioramento clinico, più che il principio attivo specifico dell'ACT. Gli studi disponibili non permettono di verificare questa ipotesi, ma potrebbe essere utile tenerla presente nell'interpretazione dei risultati e nella progettazione di trial futuri.

4.2 Confronto con la letteratura

I risultati sono in linea con le revisioni precedenti (Di Sante et al., 2022; Goshen & Heled, 2025; Onnink et al., 2022), che descrivevano evidenze poco consistenti sul ruolo della flessibilità come mediatore. Rispetto a queste, il presente lavoro si limita a interventi ACT in pazienti con diagnosi formale e valuta l'evidenza alla luce dei criteri di Kazdin (2007).

4.3 Implicazioni per la clinica e per la ricerca

Sul piano clinico, monitorare la flessibilità durante il trattamento resta utile, perché è coerente con il modello dell'ACT e tende a cambiare in modo costante. Tuttavia, un suo aumento non indica necessariamente che il trattamento agisca attraverso il meccanismo previsto, così come la sua assenza non indica un fallimento. Inoltre, la flessibilità psicologica è un costrutto ampio: un punteggio globale può non cogliere quali processi cambino davvero, come la fusione con i giudizi sul corpo, la disponibilità a stare con l'ansia o l'azione in direzione dei valori. Il suo monitoraggio andrebbe quindi considerato un indicatore aggiuntivo, da integrare con comportamenti osservabili, sintomi e funzionamento. Nei DA sembrano particolarmente utili anche le misure specifiche, come la flessibilità rispetto all'immagine corporea.

Per la ricerca futura emergono alcune indicazioni. Sarebbe utile includere una misura di flessibilità in ogni trial di ACT e confrontare l'ACT con altri trattamenti attivi, per verificarne la specificità. Misurare flessibilità e sintomi più volte durante il trattamento permetterebbe inoltre di capire quale dei due cambi per primo. Infine, servirebbero campioni più ampi, adeguati alle analisi di mediazione, e misure di flessibilità meno sovrapposte al distress generale.

4.4 Limiti della revisione

Questa revisione presenta alcuni limiti. Lo screening e l'estrazione sono stati condotti da un singolo revisore senza un secondo revisore indipendente e la scala per classificare l'evidenza sul meccanismo non è uno strumento validato. Non sono state consultate la letteratura grigia o le citazioni in avanti degli studi inclusi e sono stati esclusi gli articoli non in inglese o italiano. Infine, il numero limitato di studi e la loro eterogeneità non hanno consentito una metanalisi né confronti tra sottogruppi.

4.5 Conclusioni

L'ACT per i DA sembra associata a un aumento della flessibilità psicologica, ma le evidenze che questo aumento sia il meccanismo del miglioramento clinico sono ancora limitate. Non è stato finora dimostrato che la flessibilità migliori più con l'ACT che con altri trattamenti, e l'unica analisi di mediazione con un gruppo di confronto non ha trovato conferma. Infine, non è stato ancora verificato se la flessibilità cambi prima dei sintomi. Per chiarire se la flessibilità psicologica sia il principio attivo dell'ACT nei DA o un processo comune a diversi trattamenti efficaci, saranno necessari studi con confronti attivi, misure ripetute nel tempo e strumenti più validi.

Bibliografia

Campbell, M., McKenzie, J. E., Sowden, A., Katikireddi, S. V., Brennan, S. E., Ellis, S., Hartmann-Boyce, J., Ryan, R., Shepperd, S., Thomas, J., Welch, V., & Thomson, H. (2020). Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. *BMJ (Clinical research ed.)*, *368*, l6890. https://doi.org/10.1136/bmj.l6890

Di Sante, J., Akeson, B., Gossack, A., & Knäuper, B. (2022). Efficacy of ACT-based treatments for dysregulated eating behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Appetite, 171*, 105929. https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.105929

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. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8

Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image, 32*, 155–166. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.002

Goshen, K., & Heled, E. (2025). Psychological flexibility as a mediator and mechanism of change in disordered eating: A systematic review. *Appetite, 215*, 108238. https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108238

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ, 336*(7650), 924–926. https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Espel, H. M., Schumacher, L. M., Kerrigan, S., & Forman, E. M. (2017). A pilot study of an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(1), 1–7. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.12.003

Juarascio, A. S., Parker, M. N., Hunt, R., Murray, H. B., Presseller, E. K., & Manasse, S. M. (2021). Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial. *International Journal of Eating Disorders, 54*(7), 1270–1277. https://doi.org/10.1002/eat.23512

Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science, 4*(1), 42–47. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.002

Juarascio, A., Kerrigan, S., Goldstein, S. P., Shaw, J., Forman, E. M., Butryn, M., & Herbert, J. D. (2013b). Baseline eating disorder severity predicts response to an acceptance and commitment therapy-based group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*, 74–78. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.09.001

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Lowe, M. (2013c). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*, 85–94. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.08.001

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A., & Lowe, M. (2013a). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification, 37*(4), 459–489. https://doi.org/10.1177/0145445513478633

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Lee, E. B., Ong, C. W., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2018). Increasing body image flexibility in a residential eating disorder facility: Correlates with symptom improvement. *Eating Disorders, 26*(2), 185–199. https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1366229

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 58*, 125–140. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.005

Manasse, S. M., Espel, H. M., Schumacher, L. M., Kerrigan, S. G., Zhang, F., Forman, E. M., & Juarascio, A. S. (2016). Does impulsivity predict outcome in treatment for binge eating disorder? A multimodal investigation. *Appetite, 105*, 172–179. https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.026

Martsyniak-Dorosh, O. (2026). Effectiveness of the combination of schema therapy and ACT in the treatment of compulsive overeating in clinical practice. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. Pubblicazione online anticipata. https://doi.org/10.1177/00912174261474935

Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Babyak, M., Feinglos, M., Honeycutt, L. K., Mooney, J., Freeman, S. P., Batchelder, H., & Sangvai, D. (2021). An open trial of app-assisted acceptance and commitment therapy (iACT) for eating disorders in type 1 diabetes. *Journal of Eating Disorders, 9*, 6. https://doi.org/10.1186/s40337-020-00357-6

Merwin, R. M., Timko, C. A., Moskovich, A. A., Ingle, K. K., Bulik, C. M., & Zucker, N. L. (2011). Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. *Eating Disorders, 19*(1), 62–82. https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533606

Merwin, R. M., Zucker, N. L., & Timko, C. A. (2013). A pilot study of an acceptance-based separated family treatment for adolescent anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(4), 485–500. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.11.001

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2013). *Study quality assessment tools*. https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools

Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K., & Merwin, R. M. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science, 26*, 11–28. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.005

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—A web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews, 5*, 210. https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ, 372*, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S., & Ghaderi, A. (2016). A randomised trial of acceptance and commitment therapy for anorexia nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry, 16*, 272. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0975-6

Petersen, J. M., Barney, J. L., Capel, L. K., Woolley, M. G., Lensegrav-Benson, T., Quakenbush-Roberts, B., & Twohig, M. P. (2024). Self-compassion and body image inflexibility as mediators of outcomes in a residential eating disorder sample. *Eating Disorders, 32*(4), 369–386. https://doi.org/10.1080/10640266.2024.2306440

Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M., & Costa, J. (2017). BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*, 1090–1098. https://doi.org/10.1002/cpp.2072

Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S. A., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., Duarte, J., Cunha, M., Matos, M., & Costa, J. (2019). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of Health Psychology, 24*(4), 466–479. https://doi.org/10.1177/1359105316676628

Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., Koffel, J. B., & PRISMA-S Group (2021). PRISMA-S: an extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, *109*(2), 174–200. https://doi.org/10.5195/jmla.2021.962

Rogers, C. B., Webb, J. B., & Jafari, N. (2018). A systematic review of the roles of body image flexibility as correlate, moderator, mediator, and in intervention science (2011–2018). *Body Image, 27*, 43–60. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.003

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., … Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, *366*, l4898. https://doi.org/10.1136/bmj.l4898

Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., Boutron, I., Carpenter, J. R., Chan, A. W., Churchill, R., Deeks, J. J., Hróbjartsson, A., Kirkham, J., Jüni, P., Loke, Y. K., Pigott, T. D., Ramsay, C. R., … Higgins, J. P. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ (Clinical research ed.)*, *355*, i4919. https://doi.org/10.1136/bmj.i4919

Timko, C. A., Zucker, N. L., Herbert, J. D., Rodriguez, D., & Merwin, R. M. (2015). An open trial of acceptance-based separated family treatment (ASFT) for adolescents with anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 69*, 63–74. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.011

Wildes, J. E., Marcus, M. D., Cheng, Y., McCabe, E. B., & Gaskill, J. A. (2014). Emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders, 47*(8), 870–873. https://doi.org/10.1002/eat.22241

Appendici

Appendice A: protocollo

Il protocollo è stato definito prima delle ricerche del 30 settembre 2026. La tabella riporta le decisioni prese successivamente, durante la selezione e l'analisi degli studi.

Protocollo	Decisione	Motivo
Intervento dichiaratamente basato sull'ACT (con almeno tre dei sei processi del modello)	Inclusi anche interventi ibridi o ispirati all'ACT con almeno tre processi ACT come componente centrale	Escluderli avrebbe lasciato solo tre studi
Classificazione del livello 3	Mediazioni intra-soggetto senza controllo e con misure contemporanee classificate come livello 2	Senza controllo l'effetto del trattamento coincide con il tempo
Doppio screening del 20% degli abstract	Screening ed estrazione condotti da un solo revisore	Non è stato possibile coinvolgere un secondo revisore
Ricerca supplementare	Controllate le due revisioni di riferimento e le bibliografie degli studi inclusi	Vincoli di tempo
Checklist sulla qualità delle mediazioni	Non applicata	Una sola mediazione con gruppo di confronto disponibile

Appendice B: stringhe di ricerca

PubMed/MEDLINE

("Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "acceptance and commitment"[tiab] OR "acceptance-based"[tiab] OR "acceptance based"[tiab] OR "psychological flexibility"[tiab] OR "experiential avoidance"[tiab]) AND ("Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR "eating disorder*"[tiab] OR anorexi*[tiab] OR bulimi*[tiab] OR "binge eating"[tiab] OR "binge-eating"[tiab] OR "disordered eating"[tiab] OR "eating patholog*"[tiab] OR OSFED[tiab] OR EDNOS[tiab])

Scopus

TITLE-ABS-KEY("acceptance and commitment" OR "acceptance-based" OR "acceptance based" OR "psychological flexibility" OR "experiential avoidance") AND TITLE-ABS-KEY("eating disorder" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "binge-eating" OR "disordered eating" OR "eating pathology" OR osfed OR ednos)

APA PsycINFO

(DE "Acceptance and Commitment Therapy" OR TI("acceptance and commitment" OR "acceptance-based" OR "acceptance based" OR "psychological flexibility" OR "experiential avoidance") OR AB("acceptance and commitment" OR "acceptance-based" OR "acceptance based" OR "psychological flexibility" OR "experiential avoidance")) AND (DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Bulimia" OR DE "Binge Eating Disorder" OR TI("eating disorder*" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "binge-eating" OR "disordered eating" OR "eating patholog*" OR OSFED OR EDNOS) OR AB("eating disorder*" OR anorexi* OR bulimi* OR "binge eating" OR "binge-eating" OR "disordered eating" OR "eating patholog*" OR OSFED OR EDNOS))