



Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo -Comportamentale

Sede di Cagliari

Elaborato finale di II Anno

**Interocezione e Disturbi Alimentari: una review
narrativa sull'evoluzione dai modelli CBT agli
approcci terapeutici integrati**

***Interoception and Eating Disorders: A Narrative
Review on the transition from CBT Frameworks to
Integrated Therapeutic Approaches***

**Specializzanda
Dott.ssa Antonietta Satta**

ANNO 2025

Interocezione e Disturbi Alimentari: una review narrativa sull'evoluzione dai modelli CBT agli approcci terapeutici integrati

Abstract

L'interocezione viene definita come la capacità del sistema nervoso di percepire, interpretare e integrare i segnali provenienti dall'interno del corpo al fine di mantenere l'omeostasi e guidare le risposte cognitive, emotive e comportamentali. Deficit interocettivi nella regolazione emotiva e nella percezione della propria immagine corporea sono correlati a diversi disturbi mentali tra cui i Disturbi del Comportamento alimentare. La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), e in particolare la sua versione transdiagnostica l'*Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (CBT-E)* rappresenta attualmente uno degli approcci di elezione nel trattamento di tali disturbi. Tuttavia, pur offrendo un modello strutturato e ampiamente validato, la CBT-E non affronta sempre in modo esplicito e strutturato le difficoltà nella regolazione delle emozioni e il disagio corporeo sperimentato dai pazienti, spesso fattori centrali nella complessità e nella persistenza della psicopatologia alimentare.

Obiettivi. Questa review narrativa intende analizzare l'evoluzione storica e concettuale degli approcci terapeutici basati sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nel trattamento dei disturbi alimentari, con particolare attenzione all' emergere di modelli integrati capaci di affrontare in modo più articolato la complessità interocettiva. Viene esplorato come l'ampliamento del focus terapeutico — dal piano puramente cognitivo e comportamentale a quello emotivo e relazionale — abbia contribuito a rendere gli interventi più efficaci nel promuovere il cambiamento e nel ridurre la probabilità di ricaduta.

Metodo. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura utilizzando le principali banche dati scientifiche internazionali (PubMed, PsycINFO, Scopus). Sono stati inclusi studi teorici ed empirici pubblicati negli ultimi due decenni che indagano la relazione tra disregolazione emotiva, disagio corporeo, disturbi alimentari e trattamenti cognitivo-comportamentali, con particolare attenzione ai modelli terapeutici integrati e di terza generazione.

Risultati. Le evidenze empiriche confermano che la disregolazione emotiva e il disagio corporeo costituiscono un meccanismo chiave nello sviluppo e nella persistenza dei disturbi alimentari, incidendo sulla gravità clinica e sulla risposta al trattamento. Pur restando la CBT l'approccio di elezione, le sue formulazioni più recenti, come la CBT-E, l' ACT e la DBT, hanno progressivamente ampliato il proprio raggio d'intervento includendo strategie orientate alla regolazione emotiva e al disagio corporeo con risultati promettenti in termini di riduzione della sintomatologia e consolidamento dei benefici terapeutici nel lungo termine.

1. Introduzione

Negli ultimi decenni, l'interesse scientifico per i disturbi alimentari è cresciuto in modo esponenziale, parallelamente all'evoluzione dei modelli teorici e degli approcci terapeutici volti alla loro comprensione e trattamento.

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (*Feeding and Eating Disorders*) vengono definiti dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) come *“disturbi caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”* (APA, 2013).

Costituiscono un gruppo di psicopatologie complesse e multifattoriali, caratterizzate da un persistente comportamento disfunzionale nei confronti dell'alimentazione, del peso corporeo e dell'immagine corporea. Tali disturbi sono particolarmente perturbanti, infatti l'impatto dei disturbi dell'alimentazione è significativo sia a livello individuale che sociale. Sul piano clinico, le conseguenze fisiche possono essere anche gravi o irreversibili, in particolare nei casi di sottopeso prolungato, squilibri elettrolitici o comportamenti purgativi cronici. A ciò si aggiunge una sofferenza psicologica profonda, spesso alimentata da rigidità cognitive, perfezionismo, scarsa autostima e disturbi dell'immagine corporea. Dal punto di vista socio-relazionale, i DNA compromettono la vita scolastica, lavorativa e affettiva, generando isolamento, conflitti familiari e difficoltà di integrazione (Sassaroli et al., 2007).

Sono tra l'altro annoverati tra i disturbi psichiatrici con maggiore rischio di mortalità: le complicanze a livello internistico derivano dalle condotte alimentari patologiche e si associano ad una compromissione del funzionamento globale e ad un elevato rischio suicidario (Forsberg & Lock, 2015).

L'eziologia dei DNA è complessa e riconosce una molteplicità di fattori biologici, psicologici, familiari, culturali e sociali e spesso tendono ad un decorso cronico a causa della scarsa tempestività nel riconoscimento dei sintomi precoci. La persistenza e la gravità dei sintomi, nonché l'alto grado di comorbilità con disturbi dell'umore, d'ansia e tratti di personalità disfunzionali, rendono il trattamento di questi disturbi particolarmente sfidante. Inoltre, i DNA si accompagnano spesso a gravi compromissioni della qualità della vita, elevata mortalità – soprattutto nei casi di anoressia nervosa – e marcata resistenza al cambiamento (Rothemund et al., 2011). I fattori sociali e culturali, come media, famiglia e pari, influenzano la percezione corporea, promuovendo ideali di magrezza associati a bellezza e successo. Questo può aumentare l'insoddisfazione corporea e il rischio di disturbi alimentari, più frequenti nelle donne, per le quali il sottopeso assume connotazioni più positive. L'insoddisfazione corporea, insieme alla difficoltà di regolare le emozioni, può favorire sia l'insorgenza sia il mantenimento dei disturbi alimentari, attraverso distorsioni percettive (nella valutazione del corpo) e affettive legate a emozioni negative e insoddisfazione personale (Bastianelli et al., 2007).

I DNA coinvolgono oltre 55 milioni di persone nel mondo, di cui 3 milioni in Italia, e con una maggiore incidenza nelle ragazze. Dal 2019 le diagnosi annuali di Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione sono aumentate del 64% circa. Secondo i dati del ministero (10 Marzo 2025) in Italia l’aumento è stato di circa il 35%. I dati raccolti negli ultimi anni inoltre evidenziano un aumento dell’incidenza dei disturbi alimentari in età pediatrica e adolescenziale. Negli ultimi anni si è infatti registrato un abbassamento dell’età di insorgenza del disturbo fino agli 8 anni di età.

1.2 Classificazione diagnostica secondo il DSM-5

Nel passaggio dal DSM-IV al DSM-5 sono stati apportati numerosi cambiamenti all’interno della classificazione diagnostica e dei disturbi alimentari. Nella precedente versione del manuale diagnostico (DSM-IV-TR, APA, 2000) i disturbi del comportamento alimentare riconosciuti erano tre: anorexia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell’alimentazione non altri specificati. Nell’ultima versione del DSM i disturbi del comportamento alimentare sono stati unificati con i disturbi della nutrizione (caratteristici dell’infanzia) in un’unica sezione diagnostica denominata “Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione” che costituiscono un unica categoria diagnostica nella classificazione del DSM-5.

Essi vengono distinti sulla base di specifici criteri diagnostici, e si suddividono in: Anorexia Nervosa (Anorexia Nervosa, AN), Bulimia Nervosa (BN), Disturbo da alimentazione incontrollata (Binge-Eating Disorder, BED), Disturbo Evitante-Restruttivo dell’assunzione di cibo (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID), la Pica, il Disturbo da Ruminazione, Disturbo della Nutrizione e dell’Alimentazione con altra specificazione (Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED) e Disturbo della Nutrizione e dell’Alimentazione senza altra specificazione (Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED).

1.2.1 Anorexia Nervosa

Secondo il DSM-5 l’Anorexia Nervosa (AN) è caratterizzata da una restrizione nell’assunzione di calorie significativamente basso in riferimento all’età, al sesso e alla traiettoria di sviluppo dell’individuo. Vi è da parte dell’individuo un’intensa paura di aumentare di peso, e ciò spesso porta alla messa in atto di condotte compensatorie come: induzione del vomito, utilizzo di lassativi, o attività fisica estrema dopo il pasto. Inoltre nei soggetti con AN vi è un’alterazione nel modo in cui viene sperimentato il proprio peso o la propria forma corporea (Dismorfismo corporeo) che va ad influenzare significativamente la loro autostima e le relazioni sociali. Vengono individuati due sottotipi di Anorexia Nervosa:

-Anorexia Nervosa Restrittiva (AN-R): la persona non ha episodi di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento, ma la perdita di peso è ottenuta essenzialmente attraverso diete rigide, digiuni o esercizio fisico eccessivo.

-Anorexia Nervosa con Abbuffate (AN-B): la persona con questo disturbo ha episodi ricorrenti di abbuffate compulsive o di pratiche di svuotamento come vomito auto indotto o abuso improprio di lassativi e diuretici.

La severità di tale disturbo è valutata utilizzando come riferimento l'Indice di Massa Corporea (BMI), che si ottiene attraverso il rapporto tra il peso del soggetto in kg e il quadrato dell'altezza espresso in metri. Si parla di Anoressia Nervosa quando il BMI è al di sotto dei 17 kg/ m². (Watson, H. J., & Bulik, C. M., 2013)

1.2.2 Bulimia Nervosa

La Bulimia Nervosa (BN) si manifesta spesso con episodi ricorrenti di abbuffate. Per abbuffate si intende mangiare in un periodo di tempo una quantità di cibo decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo simile in circostanze simili. Durante le abbuffate le persone hanno la sensazione di perdere il controllo come se “non riuscissero a smettere di mangiare o controllare cosa o quanto si sta mangiando”. Per potere essere definita BN le abbuffate devono essere poi accompagnate da una serie di comportamenti compensatori al fine di prevenire l'aumento di peso. Sia le abbuffate che le condotte compensatorie si verificano in media una volta alla settimana nei casi più lievi e almeno 14 volte alla settimana nei casi più gravi. A differenza degli Anoressici, i pazienti con BN hanno un BMI che va tra i 18 e i 30, inoltre sono spesso caratterizzati da alterazioni dell'equilibrio elettrolitico, lacerazioni esofagee o rottura gastrica e perdita di smalto dentario (Bergh, C., et al., 2012).

1.2.3. Binge Eating Disorder

Le caratteristiche cliniche di questo disturbo ricalcano quelle della bulimia nervosa; anche qui sono presenti le abbuffate anche se è spesso difficile individuarne la conclusione perché non sono seguite dall'uso sistematico di comportamenti compensatori, come per esempio il vomito autoindotto.

Le persone che ne sono affette si preoccupano molto del proprio comportamento lo giudicano un serio problema sia per la sensazione di perdita di controllo che provano sia per le implicazioni che le abbuffate possono avere sul peso corporeo e sulla salute.

Questo disturbo è caratterizzato quindi da ricorrenti episodi di abbuffate e dalla sensazione di perdere il controllo durante l'episodio, come di non poter smettere di mangiare o controllare cosa si sta mangiando. Inoltre le abbuffate sono associate a tre o più dei seguenti aspetti: mangiare molto più rapidamente possibile; mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni; mangiare grandi quantità di cibo anche se non si è affamati; mangiare solo per l'imbarazzo; sentirsi disgustati verso di sé, depressi o molto in colpa dopo l'episodio. L'abbuffata si verifica almeno una volta alla settimana per tre mesi, ma essa non è seguita dalla messa di atto di condotte compensatorie, come invece accade per la bulimia nervosa.

Peraltro, nel *Binge Eating*, non si presenta alcuna restrizione dietetica finalizzata a influenzare il peso e la forma del corpo questo infatti porta spesso all'obesità e compromette varie area della propria vita come l'area lavorativa, sociale e relazionale (Eichen, D. M., et al,2023).

2. L'interocezione e i disturbi alimentari

Il termine interocezione fu introdotto per la prima volta da Charles Sherrington nel 1906 per distinguere la percezione degli stimoli interni del corpo (interocezione) da quella degli stimoli

esterni (esterocezione) e dalla percezione della posizione e del movimento corporeo (propriocezione). Nella concezione originaria di Sherrington, l'interocezione si riferiva principalmente alla percezione degli stati fisiologici interni mediata dai recettori viscerali (Gallagher S., 2024).

Oggi il concetto è stato notevolmente ampliato da Craig (2002, 2009) il quale ha dimostrato che nella pelle sono presenti recettori tattili, termici e nocicettivi le cui informazioni non vengono trasmesse alla corteccia somatosensoriale primaria, come inizialmente ipotizzato, ma alla corteccia dell'insula, oggi riconosciuta come la principale area interocettiva del cervello.

Sulla base di questi risultati, Craig ha ampliato il concetto di interocezione, proponendo che esso non si limiti alla percezione degli stati degli organi interni, ma comprenda un processo integrato di percezione, interpretazione e rappresentazione delle condizioni fisiologiche dell'intero corpo. L'interocezione viene ad oggi definita come la capacità del sistema nervoso di percepire, interpretare e integrare i segnali provenienti dall'interno del corpo – inclusi cuore, polmoni, stomaco e pelle – al fine di mantenere l'omeostasi e guidare le risposte cognitive, emotive e comportamentali (Craig, 2002; Khalsa et al., 2018).

Tale prospettiva evidenzia come l'interocezione costituisca un sistema complesso di monitoraggio corporeo, essenziale per il mantenimento dell'omeostasi, la consapevolezza corporea, la regolazione emotiva e l'esperienza soggettiva di sé (Craig, 2009).

L'interocezione riveste un ruolo fondamentale nella regolazione emotiva e nei processi di autoregolazione, influenzando direttamente anche i comportamenti alimentari. Numerosi studi hanno evidenziato che deficit interocettivi sono associati a diverse forme di psicopatologia, tra cui disturbi d'ansia, depressione e, in modo particolare disturbi dell'alimentazione (Fischer, D. et al., 2018). Nei disturbi alimentari, tali alterazioni rappresentano un aspetto clinico cruciale, poiché compromettono la capacità di riconoscere correttamente segnali di fame e sazietà, contribuendo al mantenimento dei comportamenti disfunzionali.

In quest'ottica, numerosi studi di neuroimaging hanno messo in luce alterazioni funzionali dell'insula nei soggetti con disturbi alimentari, suggerendo che un deficit nei processi interocettivi possa contribuire alla disregolazione emotiva e alla difficoltà nel riconoscere e interpretare correttamente gli stati corporei interni (Kerr et al., 2016; Berner et al., 2019). Queste anomalie sembrano influenzare non solo la percezione della fame e della sazietà, ma anche la consapevolezza emotiva e la capacità di autoregolazione, elementi centrali nella comprensione e nel trattamento dei disturbi alimentari.

Nel contesto dei disturbi alimentari, numerose ricerche hanno evidenziato come un'alterata consapevolezza interocettiva rappresenti un fattore chiave nella genesi e nel mantenimento dell'anoressia nervosa. Già negli anni '60, Hilde Bruch (1962) aveva osservato che i pazienti affetti da anoressia nervosa mostravano una marcata difficoltà nel riconoscere e interpretare correttamente gli stati corporei interni, come fame, sazietà o segnali emotivi, individuando in tale deficit una componente distintiva del disturbo.

Negli ultimi decenni, il concetto di disfunzione interocettiva è stato ulteriormente approfondito attraverso lo sviluppo di strumenti neuroscientifici e psicofisiologici specifici. Dal punto di vista

psicologico, Garfinkel e Critchley (2013) hanno proposto di concettualizzare l'interocezione come un costrutto multidimensionale, articolato in tre componenti principali:

Accuratezza interocettiva (la capacità oggettiva di percepire correttamente i segnali corporei interni, come il battito cardiaco o la respirazione interocettiva), **Sensibilità interocettiva** (o *interoceptive sensibility*, rappresenta una valutazione soggettiva delle capacità di percepire correttamente i segnali corporei interni) e infine la **Consapevolezza interocettiva** (intesa come il grado di corrispondenza tra l'accuratezza oggettiva e la consapevolezza soggettiva, rappresentando dunque un indice metacognitivo della percezione corporea).

La letteratura recente (Perry et al., 2021; Monteleone et al., 2021) evidenzia come nei pazienti con disturbi alimentari non sia compromessa solo l'accuratezza interocettiva, ma anche la consapevolezza interocettiva, suggerendo un'alterazione più ampia nella percezione e nell'elaborazione dei segnali corporei interni. Tali difficoltà interocettive possono contribuire a diverse problematiche psicologiche e comportamentali, delineando almeno tre aree di particolare rilevanza clinica:

Alterazioni nelle sensazioni viscerali legate alla fame e alla sazietà, che compromettono la capacità di regolare in modo adattivo l'assunzione di cibo;

Deficit nel riconoscimento e nella regolazione delle emozioni, con conseguente vulnerabilità alla disregolazione emotiva;

Disagio e insoddisfazione corporea, derivanti da una percezione distorta e poco integrata delle sensazioni fisiche e dell'immagine corporea.

Nei disturbi alimentari, alterazioni dei processi interocettivi sembrano contribuire alle difficoltà di riconoscimento e regolazione emotiva, in linea con l'elevata alessitimia osservata in questi pazienti. In particolare, fino al 77% dei soggetti con anoressia nervosa mostra livelli clinicamente significativi di alessitimia, rispetto al 6,7% dei controlli, con una chiara relazione inversa tra interocezione e consapevolezza emotiva (Pollatos et al., 2008; Torres et al., 2011).

Questi dati suggeriscono che i deficit interocettivi possono essere un fattore centrale nella disregolazione emotiva, contribuendo al mantenimento dei disturbi alimentari e rappresentando un target terapeutico importante. La disregolazione emotiva si riferisce all'incapacità di impiegare strategie efficaci di regolazione emotiva e coinvolge una serie di componenti cognitive e comportamentali complesse. In particolare, Gratz e Roemer (Gratz & Roemer, 2004) propongono che la disregolazione emotiva includa sei dimensioni distinte ma correlate: mancanza di consapevolezza delle risposte emotive, mancanza di chiarezza delle risposte emotive, non accettazione delle risposte emotive, accesso limitato alle strategie di regolazione delle emozioni, difficoltà nel controllare gli impulsi quando si provano emozioni negative e difficoltà nell'impegnarsi in comportamenti orientati agli obiettivi quando si provano emozioni negative.

Mentre le teorie sulla regolazione delle emozioni si concentrano principalmente sul tipo di strategie impiegate, che possono essere adattive o disadattive, la disregolazione emotiva si riferisce a

difficoltà più ampie sperimentate con la regolazione delle emozioni, ponendo maggiore enfasi sulla funzionalità piuttosto che sull'uso di specifici processi cognitivi o comportamentali.

La consapevolezza interocettiva inoltre è strettamente collegata alla percezione del corpo e al disagio corporeo, due fattori centrali nei disturbi alimentari. I deficit interocettivi sono associati a elevata insoddisfazione per il proprio corpo, a una maggiore tendenza all'auto-oggettivazione e a un aumento del disagio corporeo. Questi deficit sembrano contribuire alla malleabilità dell'immagine corporea, come evidenziato da illusioni corporee sperimentali (es. Rubber Hand Illusion) in cui i soggetti con bassa consapevolezza interocettiva percepiscono il corpo in modo più flessibile e modificabile. Tale instabilità percettiva può aumentare il rischio di sviluppare disturbi dell'immagine corporea e perpetuare comportamenti disfunzionali legati al controllo del peso e dell'alimentazione, tipici dei disturbi alimentari (Tsakiris et al., 2011; Crucianelli et al., 2018).

3. I modelli CBT e la CBT-E nei disturbi alimentari

I Disturbi dell'Alimentazione rappresentano una complessa area clinica caratterizzata da un'elevata variabilità nella risposta ai trattamenti, frequenti abbandoni e ricadute a lungo termine, evidenziando la necessità di modelli terapeutici integrati e mirati. In questo contesto, la psicoterapia costituisce il trattamento di elezione, soprattutto nei pazienti clinicamente stabili, mentre la farmacoterapia ha un ruolo più complementare. Tra i diversi approcci psicoterapici, la Terapia Cognitivo-Comportamentale (*Cognitive Behavioral Therapy*, CBT) ha acquisito crescente rilevanza negli ultimi decenni grazie alla sua struttura, alla validazione empirica e alla focalizzazione sui meccanismi di mantenimento del disturbo (Fairburn, 2008).

La CBT nasce dall'integrazione della terapia cognitiva della depressione con la terapia comportamentale e si è dimostrata particolarmente efficace nella bulimia nervosa, con applicazioni anche all'anoressia nervosa e al disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating). Secondo il modello cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, i pensieri disfunzionali sul cibo, sul peso e sulla forma del corpo rappresentano il fattore centrale che guida comportamenti patologici, quali restrizione alimentare, abbuffate, esercizio fisico eccessivo o comportamenti di controllo del peso. La CBT affronta quindi sia le componenti cognitive sia quelle comportamentali, mirando a interrompere i circoli viziosi che mantengono il disturbo (Fairburn, 2008; Dalle Grave, 2018).

Nonostante l'efficacia della CBT standard, le sue limitazioni nel trattare forme più complesse o transdiagnostiche hanno portato allo sviluppo della CBT-E (*Enhanced Cognitive Behavioral Therapy*), elaborata da Fairburn e colleghi. La CBT-E è un modello transdiagnostico, applicabile a tutti i disturbi dell'alimentazione, indipendentemente dalla diagnosi, dalla gravità o dalla presenza di sottopeso. L'approccio si fonda sull'assunto che i disturbi dell'alimentazione condividano un nucleo psicopatologico comune, centrato sull'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione. Questi elementi costituiscono il meccanismo centrale di mantenimento del disturbo, mentre altri fattori specifici, come restrizione alimentare, abbuffate,

esercizio fisico compulsivo, uso improprio di lassativi o diuretici, sottoalimentazione e controllo corporeo, contribuiscono a perpetuare il quadro clinico (Calugi et al., 2006).

La CBT-E integra inoltre la possibilità di considerare fattori di mantenimento aggiuntivi, come perfezionismo clinico, bassa autostima nucleare e difficoltà interpersonali, che possono interagire con i processi specifici nel perpetuare il disturbo e ostacolare il cambiamento. In questa prospettiva, la diagnosi specifica diventa secondaria rispetto alla psicopatologia centrale del paziente, e l'intervento terapeutico è guidato dai meccanismi di mantenimento presenti in ciascun individuo (Fairburn, 2003; Dalle Grave, 2011). Originariamente ideata come trattamento ambulatoriale per adulti, la CBT-E è stata adattata anche a contesti di cura più intensivi, come il ricovero ordinario o il day hospital, e a popolazioni particolari, quali adolescenti e pazienti con condizioni mediche o psichiatriche in cormobilità (Dalle Grave, 2011). Questo rende la CBT-E uno strumento flessibile, personalizzabile e basato su evidenze cliniche solide, con l'obiettivo di interrompere i fattori di mantenimento specifici e favorire il recupero nei disturbi dell'alimentazione.

4. Disregolazione emotiva nel modello CBT-E

Come precedentemente accennato il modello CBT-E dei disturbi alimentari propone che la sopravvalutazione del peso, della forma corporea e dell'alimentazione costituisca il meccanismo centrale comune a tutte le patologie alimentari, mantenendo i comportamenti disfunzionali. Oltre a questi fattori specifici, il modello include anche fattori di mantenimento trasversali, tra cui l'intolleranza all'umore, definita come "l'incapacità di affrontare in modo appropriato determinati stati emotivi" (Fairburn et al., 2003, p.157).

L'intolleranza all'umore è stata introdotta principalmente sulla base di ricerche sull'alimentazione compulsiva, suggerendo che abbuffate e comportamenti compensatori possano essere usati come strategie di regolazione dell'umore (Macht, 2008). Analogamente, il modello suggerisce che comportamenti come il purging possano avere una funzione simile, anche se le evidenze su questa associazione sono meno estese (Dakanalis et al., 2014).

In termini generali, la regolazione emotiva si riferisce alla capacità di affrontare emozioni specifiche, positive o negative, mediante strategie cognitive o interpersonali (Gross, 1998; Hofmann, 2014). Per applicare efficacemente queste strategie, è necessaria la capacità di monitorare e comprendere le proprie esperienze emotive.

Nonostante il modello CBT-E integri esplicitamente la regolazione emotiva attraverso l'intolleranza all'umore, le prove più recenti suggeriscono che la disregolazione emotiva influenzi in realtà tutti gli aspetti dei disturbi alimentari, inclusi abbuffate, purghe, restrizioni alimentari ed esercizio fisico eccessivo. Pertanto, il modello potrebbe non cogliere completamente il ruolo prominente della disregolazione emotiva nella psicopatologia alimentare.

In particolare, mentre la CBT-E collega l'intolleranza all'umore a abbuffate e purghe, non sono previsti collegamenti con la restrizione alimentare o altri comportamenti di controllo del peso, come

l'esercizio fisico compulsivo. Ciò implica che per sottotipi restrittivi, come l'anoressia nervosa restrittiva, l'attuale modello potrebbe trascurare l'intervento sulla disregolazione emotiva, suggerendo la necessità di ulteriori sviluppi nei modelli terapeutici per coprire la gamma completa dei comportamenti alimentari disfunzionali.

5 CBT-E e approcci di terza generazione

5.1 Dialectical Behaviour Therapy e trattamento dei disturbi alimentari.

Negli ultimi anni, in considerazione dei tratti comuni con il disturbo borderline, è stato sviluppato l'uso della Dialectical Behaviour Therapy (DBT), ideata da Marsha Linehan per il trattamento della disregolazione emotiva. Questo approccio è stato adattato da Telch e colleghi per pazienti con Binge Eating Disorder (BED) e Bulimia Nervosa (BN) in contesti ambulatoriali, combinando psicoterapia individuale e di gruppo, mostrando miglioramenti duraturi nella gestione dell'alimentazione, del peso e della forma corporea (Telch et al., 1997, 2001). La DBT si focalizza in particolare sull'*emotional eating*, e sulla disregolazione emotiva come rabbia e impulsività.

La terapia insegna ai pazienti tecniche di *Mindfulness*, come l'attenzione consapevole al respiro e la scansione corporea, volte a sviluppare una maggiore presenza mentale e consapevolezza dei propri stati fisici ed emotivi. Parallelamente, vengono introdotte strategie per la tolleranza della sofferenza, che permettono di affrontare emozioni intense senza ricorrere a comportamenti compensatori disfunzionali, come abbuffate, vomito o restrizioni alimentari. L'obiettivo è aiutare i pazienti a sperimentare le emozioni in modo non giudicante, riconoscendone la transitorietà e imparando a gestirle in maniera adattiva, promuovendo così una relazione più equilibrata con il cibo e con le proprie reazioni emotive (Andreola, 2014).

Un concetto chiave della DBT è l'astinenza dialettica, secondo cui il paziente è incoraggiato a cessare immediatamente i comportamenti disfunzionali (abbuffate, vomito, abuso di sostanze), pur comprendendo che eventuali ricadute non annullano il percorso terapeutico (Linehan & Dimeff, 2008). Il terapeuta alterna accettazione empatica e frustrazione costruttiva per favorire il cambiamento.

Le evidenze suggeriscono che interventi di DBT e training di *Mindfulness*, sono efficaci nel ridurre i comportamenti legati ai disturbi alimentari (Linardon et al., 2017).

Recenti studi mostrano come il trattamento mirato alla disregolazione emotiva possa migliorare significativamente i sintomi. Ad esempio, uno studio del 2025 condotto su 170 pazienti con BED, sottoposti a 16 settimane di DBT di gruppo ha evidenziato una significativa riduzione della disregolazione emotiva e dell'alessitimia (Zompa et al., 2025). Il programma prevedeva due moduli principali – Regolazione delle emozioni e Tolleranza allo stress – con sessioni settimanali di un'ora e otto sessioni faccia a faccia per ciascun modulo. I pazienti hanno acquisito competenze in consapevolezza, tolleranza allo stress, regolazione emotiva ed efficacia interpersonale, migliorando la capacità di gestire le proprie emozioni senza ricorrere a comportamenti disfunzionali.

Questi risultati indicano che la DBT rappresenta un approccio promettente per integrare la regolazione emotiva nel trattamento dei disturbi alimentari, suggerendo la necessità di ulteriori studi

soprattutto su popolazioni adolescenti, dove le evidenze rimangono ancora limitate (Reilly et al., 2020; Brown et al., 2019).

5.2 ACT e trattamento dei disturbi alimentari.

L' *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) è una terapia di terza generazione sviluppata da Steven C. Hayes e colleghi negli anni '80 e '90, basata sul modello della *Relational Frame Theory* (RFT). L' ACT combina strategie di accettazione, *Mindfulness* e impegno comportamentale per aiutare le persone a vivere una vita coerente con i propri valori, anche in presenza di emozioni, pensieri o sensazioni spiacevoli (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). L'obiettivo principale dell'ACT non è ridurre direttamente i sintomi psicologici, ma aumentare la flessibilità psicologica, cioè la capacità di contattare il momento presente e agire in modo coerente con i propri valori, anche in presenza di esperienze interne difficili (Hayes et al., 2012; Twohig & Levin, 2017).

L' ACT è stata applicata con successo in numerosi contesti clinici, tra cui ansia, depressione, dolore cronico e disturbi alimentari, con risultati promettenti soprattutto nel trattamento dell'abbuffata e della fame emotiva (Juarascio, Shaw, Forman, et al., 2013; Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin, & Parling, 2022).

Uno studio recente condotto da Maria Fogelkvist, e colleghi (2022) ha valutato l'efficacia di un intervento di gruppo basato sull'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), focalizzato sull'immagine corporea, in pazienti con disturbo alimentare già in trattamento. L'obiettivo era verificare se l'ACT potesse migliorare i sintomi residui e identificare le caratteristiche dei pazienti che maggiormente beneficiano dell'intervento. Il campione comprendeva 77 donne che avevano completato sia l'intervento che il follow-up da due anni. Il trattamento prevedeva 12 sessioni settimanali di gruppo, con un incontro individuale supplementare, rivolto ai temi dell'immagine corporea e dell'allineamento dei comportamenti ai valori personali; il gruppo di controllo riceveva il trattamento standard (TAU) che comprendeva CBT, terapia interpersonale e consulenza nutrizionale. I risultati hanno mostrato che le partecipanti al gruppo ACT hanno sperimentato una riduzione più marcata della sintomatologia alimentare rispetto al gruppo TAU: al follow-up di due anni, circa il 78 % delle pazienti ACT aveva sintomi al di sotto della soglia clinica, rispetto al 60 % del gruppo TAU; inoltre, il 62 % del gruppo ACT si dichiarava completamente "recuperato", contro il 37,5 % del TAU. Lo studio ha anche evidenziato che alcuni fattori – come un'età più giovane, una durata del trattamento precedente più breve e livelli di depressione più bassi all'inizio dell'intervento – erano associati a esiti migliori nel gruppo ACT rispetto al TAU (Fogelkvist, M. te al., 2022).

L'ACT si rivela utile anche per il mangiare emotivo, frequentemente collegato all'ansia e ad altre emozioni negative come insoddisfazione, rabbia o noia. Gli episodi di fame emotiva possono durare pochi minuti o ore, creando un circolo vizioso di abbuffate (Hill et al., 2015). Lo studio ha mostrato che, monitorando il consumo emotivo quotidianamente, il numero medio di episodi settimanali è diminuito progressivamente dal pre-trattamento al follow-up, con mantenimento dei miglioramenti

nella flessibilità dell'immagine corporea a 3 mesi. Questi risultati evidenziano come le terapie di accettazione e consapevolezza possano favorire il funzionamento adattivo e ridurre comportamenti disfunzionali (Baer, Fischer & Huss, 2005; Juarascio, Forman & Herbert; Kristeller, Wolever & Sheets, 2014).

Nonostante il crescente interesse, l'efficacia delle terapie di terza generazione (come ACT e DBT) per i disturbi alimentari è ancora limitata. Due metanalisi supportano il potenziale della DBT per BED e BN, mostrando effect size elevati nei comportamenti alimentari e suggerendo la sua efficacia potenziale (Lenz, Taylor, Fleming & Serman, 2014). Tuttavia, al momento nessuna terapia di terza generazione soddisfa pienamente i criteri per un trattamento con supporto empirico, sebbene il loro utilizzo stia crescendo nella pratica clinica (Cowdrey & Waller, 2015).

In sintesi, l'ACT e altre terapie di terza generazione rappresentano approcci promettenti per i disturbi alimentari, soprattutto per ridurre il binge eating, la fame emotiva (legata alla disregolazione emotiva) e migliorare la flessibilità dell'immagine corporea, ma sono necessari ulteriori studi controllati per consolidarne l'efficacia, soprattutto negli adolescenti.

CONCLUSIONI

La complessità dei disturbi alimentari richiede approcci terapeutici che siano sia specifici nei confronti dei sintomi sia capaci di intervenire sui meccanismi psicopatologici sottostanti, tra cui la disregolazione emotiva, frequentemente implicata nel mantenimento dei comportamenti alimentari disfunzionali (Lavender et al., 2015). La Terapia Cognitivo-Comportamentale, in particolare nella sua forma evoluta CBT-E, rappresenta un modello di trattamento consolidato, efficace nell'affrontare i meccanismi centrali dei disturbi alimentari, come l'eccessiva valutazione del peso, della forma corporea e del controllo dell'alimentazione (Fairburn et al., 2003; Dalle Grave, 2018).

Approcci più recenti, basati sull'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e sulla *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), offrono strumenti complementari rispetto alla CBT tradizionale, concentrandosi sul miglioramento della flessibilità psicologica, della regolazione emotiva e della tolleranza alla sofferenza emotiva (Hayes et al., 2006; Telch et al., 2001).

La DBT, originariamente sviluppata per il disturbo borderline di personalità, si è dimostrata efficace nel ridurre comportamenti alimentari disfunzionali legati all'impulsività e alla disregolazione emotiva, mentre l'ACT favorisce l'accettazione delle emozioni e dei pensieri legati al corpo e all'alimentazione, riducendo comportamenti compensatori disfunzionali.

Nel complesso, l'integrazione di interventi cognitivo-comportamentali avanzati, come la CBT-E, con strategie di regolazione emotiva derivate da ACT e DBT, sembra rappresentare la direzione più promettente per il trattamento dei disturbi alimentari, soprattutto nei casi caratterizzati da elevata emotività negativa, impulsività o comorbidità psicopatologiche. Il futuro della ricerca clinica dovrebbe concentrarsi sull'identificazione di protocolli personalizzati, in grado di modulare i fattori

di mantenimento specifici e transdiagnostici, massimizzando l'efficacia terapeutica e riducendo i tassi di ricaduta e di abbandono del trattamento.

BIBLIOGRAFIA

Andreola, M. i disturbi del comportamento alimentare in adolescenza: la bulimia nervosa ed il binge eating disorder. il trattamento basato sulla mindfulness. *Journal of adolescent health*, 321, 323.

American Psychiatric Association. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders (4th ed.). American Psychiatric Association Publishing. ISBN 978-0-89042-584-8.

Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 281-300.

Bastianelli, A., Vicentini, M., Spoto, A., & Vidotto, G. (2007). Un modello di equazioni strutturali per lo studio dei fattori di rischio nel mantenimento del disturbo da alimentazione incontrollata. *G. Ital. Med. Lav. Ergon*, 29, B50-B55

Bergh, C., Brodin, U., Lindberg, G., & Södersten, P. (2002). Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(14), 9486-9491.

Calugi, S., Dalle Grave, R., Ghisi, M., & Sanavio, E. (2006). Validation of the body checking questionnaire (BCQ) in an eating disorders population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(2), 233-242.

Cowdrey, N. D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72-77.

tratta da Craig, I., & partire da questi studi Craig, A. INTEROCEZIONE E DISTURBI ALIMENTARI.

Dalle Grave, R., Di Pauli, D., Sartirana, M., Calugi, S., & Shafran, R. (2007). The interpretation of symptoms of starvation/severe dietary restraint in eating disorder patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(3), 108-113.

Dalle Grave, R. (2011). Intensive cognitive behavioural treatment for eating disorders. *Eur Psychiatric Rev*, 4(1), 59-64.

Dalle Grave, R. (2018). Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata (CBT-EA) e Trattamento Basato sulla Famiglia (FBT) per gli adolescenti con disturbi dell'alimentazione: quali sono le differenze? *Emozioni e Cibo*, 44, 4-7

Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vassios, G. K., ... & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173.

Eichen, D. M., Strong, D. R., Twamley, E. W., & Boutelle, K. N. (2023). Adding executive function training to cognitive behavioral therapy for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Eating behaviors*, 51, 101806.

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. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

Fischer, D., Berberich, G., Zaudig, M., Krauseneck, T., Weiss, S., & Pollatos, O. (2016). Interoceptive processes in anorexia nervosa in the time course of cognitive-behavioral therapy: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 199.

Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2022). Acceptance and Commitment Therapy for body image in patients with eating disorders: A two-year follow-up study. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00615-9>

Forsberg, S., & Lock, J. (2015). Family-based treatment of child and adolescent eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(3), 617-629

Gallagher, S. (2024). Phenomenology and interoception: Comment on Leder. *Rivista internazionale di Filosofia e Psicologia*, 15(2), 129-136.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and Commitment Therapy,: The process and practice of mindful change (2nd ed.). Guilford Press.

Lenz, A. S., Taylor, R., Fleming, M., & Serman, N. (2014). Effectiveness of dialectical behavior therapy for treating eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 26-35.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11

Monteleone, A. M., Cascino, G., Martini ,M., Patriciello, G., Ruzzi, V & Marzola, E (2021). Confidence in one-self and confidence in one's own body: The revival of an old paradigm for anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2021.

Pollatos, O., Kurz, A. L., Albrecht, L., Schreder, T., Kleeman, A. M., Schöpf, V,.. & Schandry, R (2008). Reduced perception of bodily signals in anorexia nervosa. *Eating Behaviours*, 9(4), 381-388.

Reilly, E. E., Brown, T. A., Arunagiri, V., Kaye, W. H., & Wierenga, C. E. (2022). Exploring changes in alexithymia throughout intensive dialectical behavior therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 30(3), 193-205

Rothenmund, Y., Buchwald, C., Georgiewa, P., Bohner, G., Bauknecht, H. C., Ballmaier, M., ... & Klingebiel, R. (2011). Compulsivity predicts fronto striatal activation in severely anorectic individuals. *Neuroscience*, 197, 242-250

Sassaroli, S., Bertelli, S., Boccalari, L., Sangiorgi, E., Giovini, M., Lamela, C., ... & Ruggiero, G. M. (2007). Contenuti metacognitivi dei disturbi alimentari e interazione con il perfezionismo, la bassa autostima e il rimuginio. *Cognitivismo clinico*, 4(1), 34-36.

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

Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751–765. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>

Juarascio, A. S., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C., Herbert, J., Butrym, M., & Lowe, M. (2013). Acceptance-based treatment for eating disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 37(4), 541–563. <https://doi.org/10.1177/014544551347863>.

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.

Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological medicine*, 43(12), 2477-2500.

Zompa, L., Cassioli, E., Rossi, E., Cordasco, V. Z., Caiati, L., Lucarelli, S., Giunti, I., Lazzaretti, L., D'Anna, G., Dei, S., Cardamone, G., Ricca, V., Rotella, F., & Castellini, G. (2025). Group Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder: Emotion Dysregulation and Alexithymia as Mediators of Symptom Improvement. *Nutrients*, 17(12), 2003. <https://doi.org/10.3390/nu17122003>

