



**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, che spesso rappresentano 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.

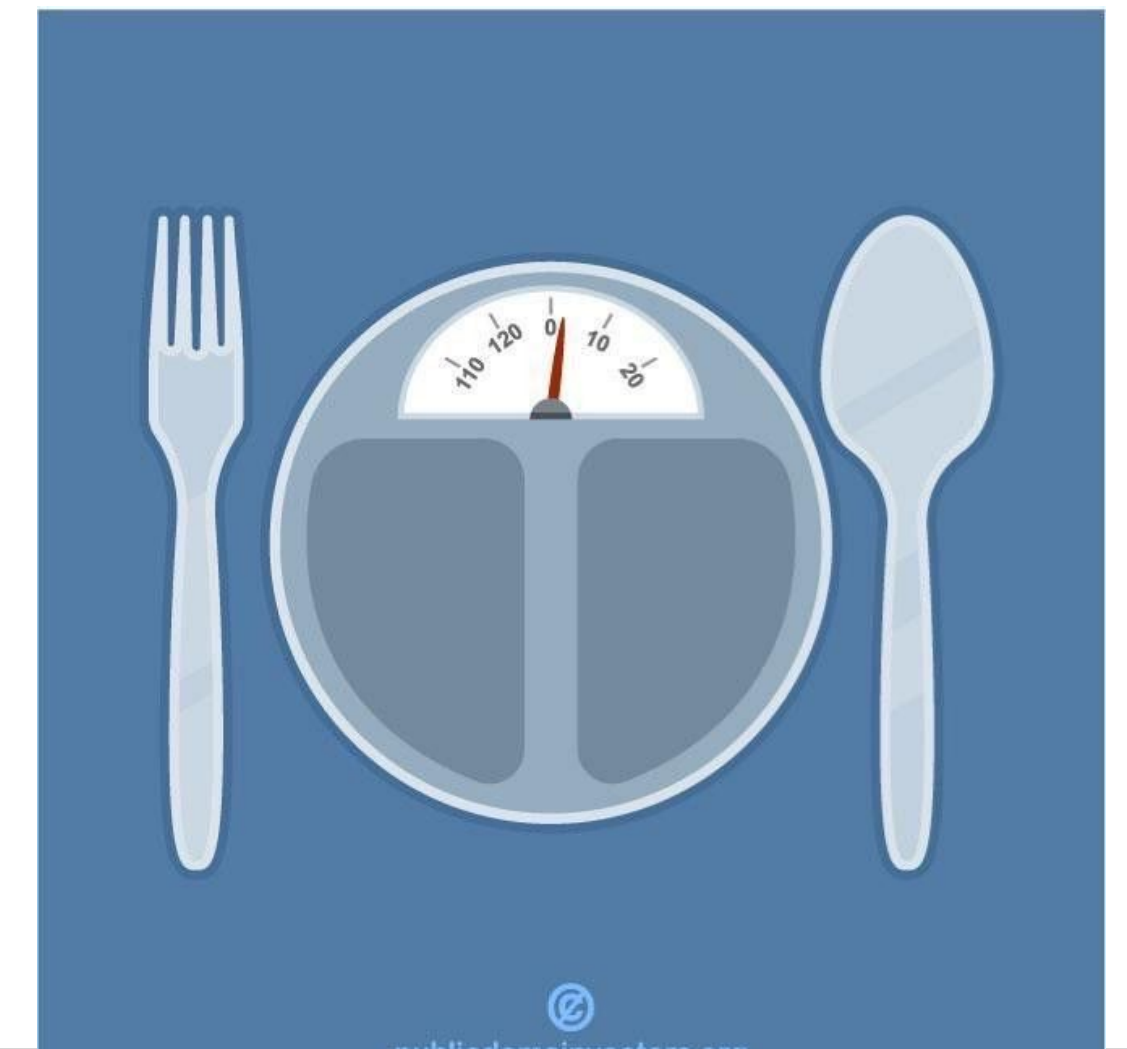
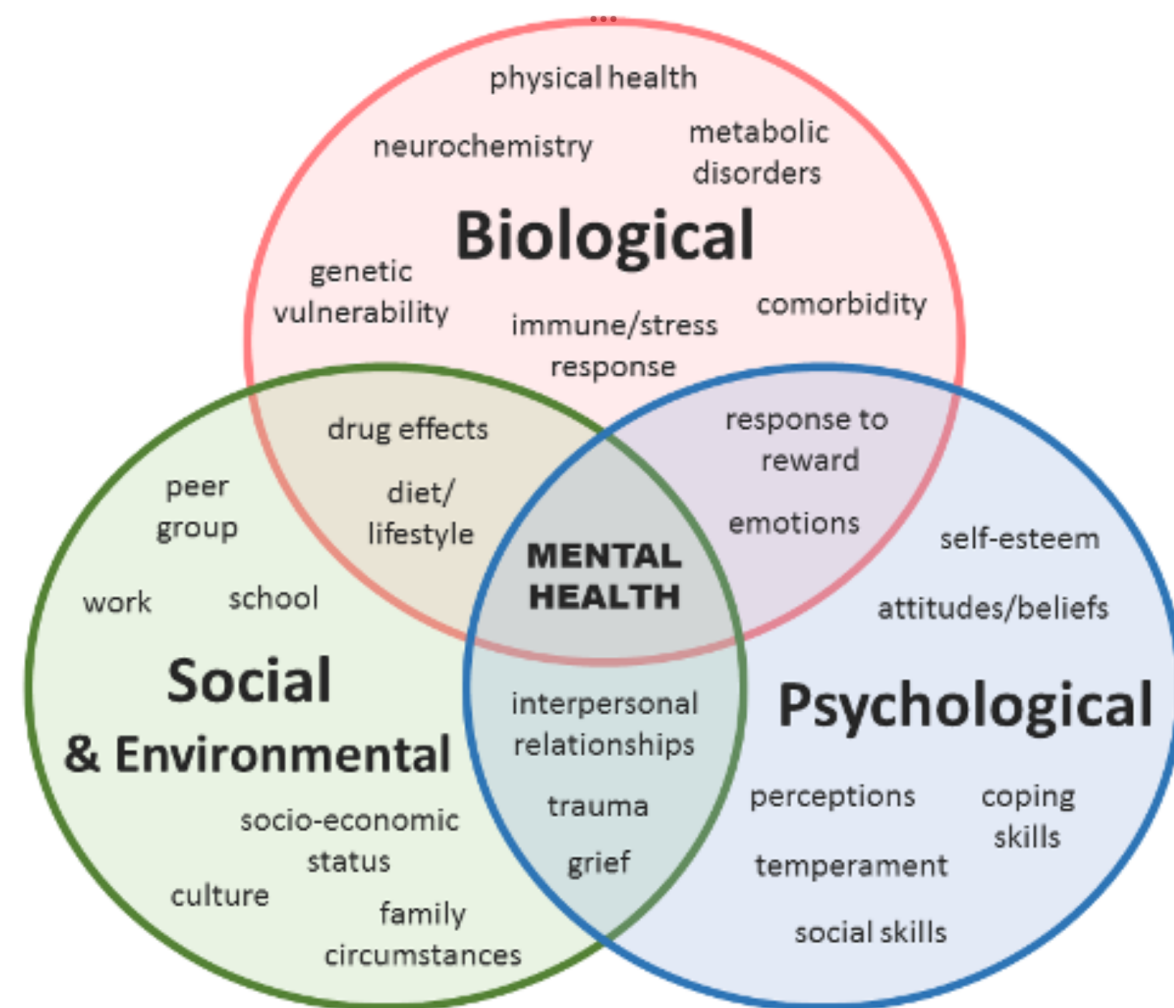
Risultati. Le evidenze empiriche confermano che la disregolazione emotiva e il disagio corporeo costituiscono un meccanismo chiave nello sviluppo e nella persistenza dei disturbi alimentari, incidendo sulla gravità clinica e sulla risposta al trattamento. Pur restando la CBT l’approccio di elezione, 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.



Introduzione

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).

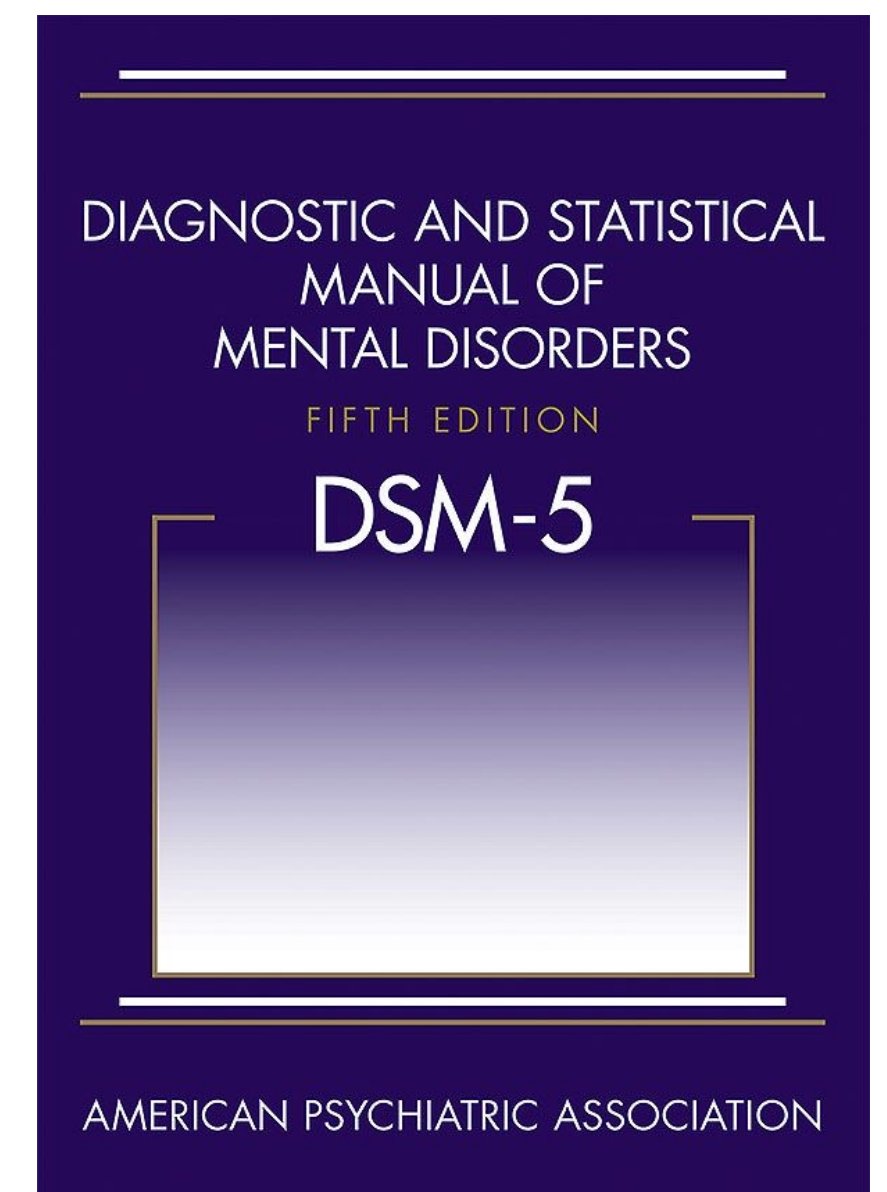
L'eziologia dei DNA è complessa e riconosce una molteplicità di fattori biologici, psicologici, familiari, culturali e sociali e spesso tendono ad un decorso cronico a causa della scarsa tempestività nel riconoscimento dei sintomi precoci.. La persistenza e la gravità dei sintomi, nonché l'alto grado di comorbidità con disturbi dell'umore, d'ansia e tratti di personalità disfunzionali, rendono il trattamento di questi disturbi particolarmente sfidante.



Classificazione diagnostica

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: **Anoressia Nervosa** (Anorexia Nervosa, AN), **Bulimia Nervosa** (BN), **Disturbo da alimentazione incontrollata** (Binge-Eating Disorder, BED), **Disturbo Evitante-Restrittivo 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).

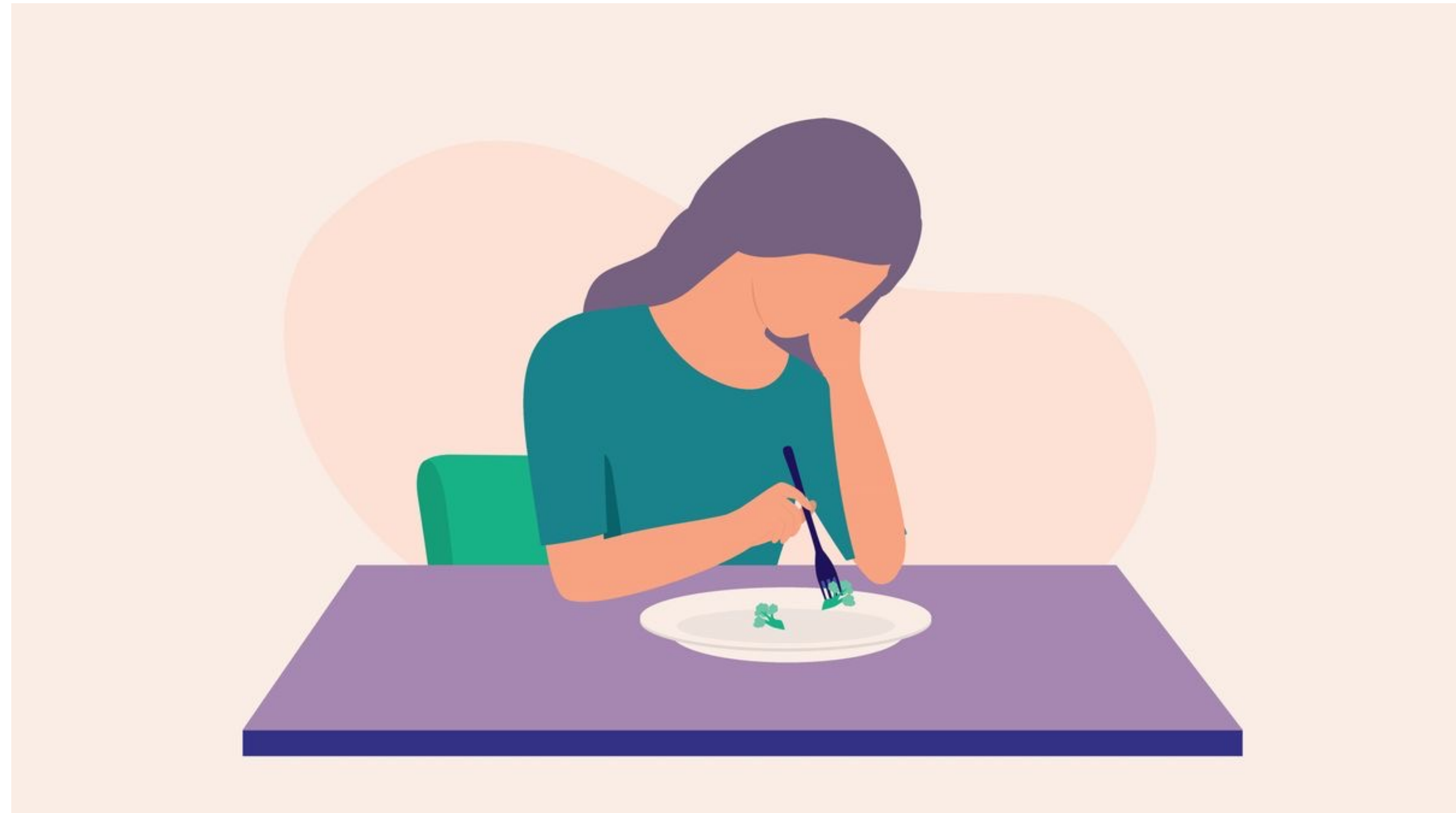


Anoressia Nervosa (AN)

- **Restrizione significativa dell'apporto calorico**, con peso corporeo molto inferiore rispetto ad età, sesso e sviluppo.
- **Intensa paura di aumentare di peso**, anche in condizioni di sottopeso marcato.
- Comportamenti compensatori:
 - vomito autoindotto,
 - uso improprio di lassativi o diuretici,
 - attività fisica estrema.
- **Alterazione dell'immagine corporea** (dismorfismo corporeo):
 - percezione distorta del peso e della forma,
 - influenza negativa su autostima e relazioni sociali

2 Sottotipi di Anoressia Nervosa

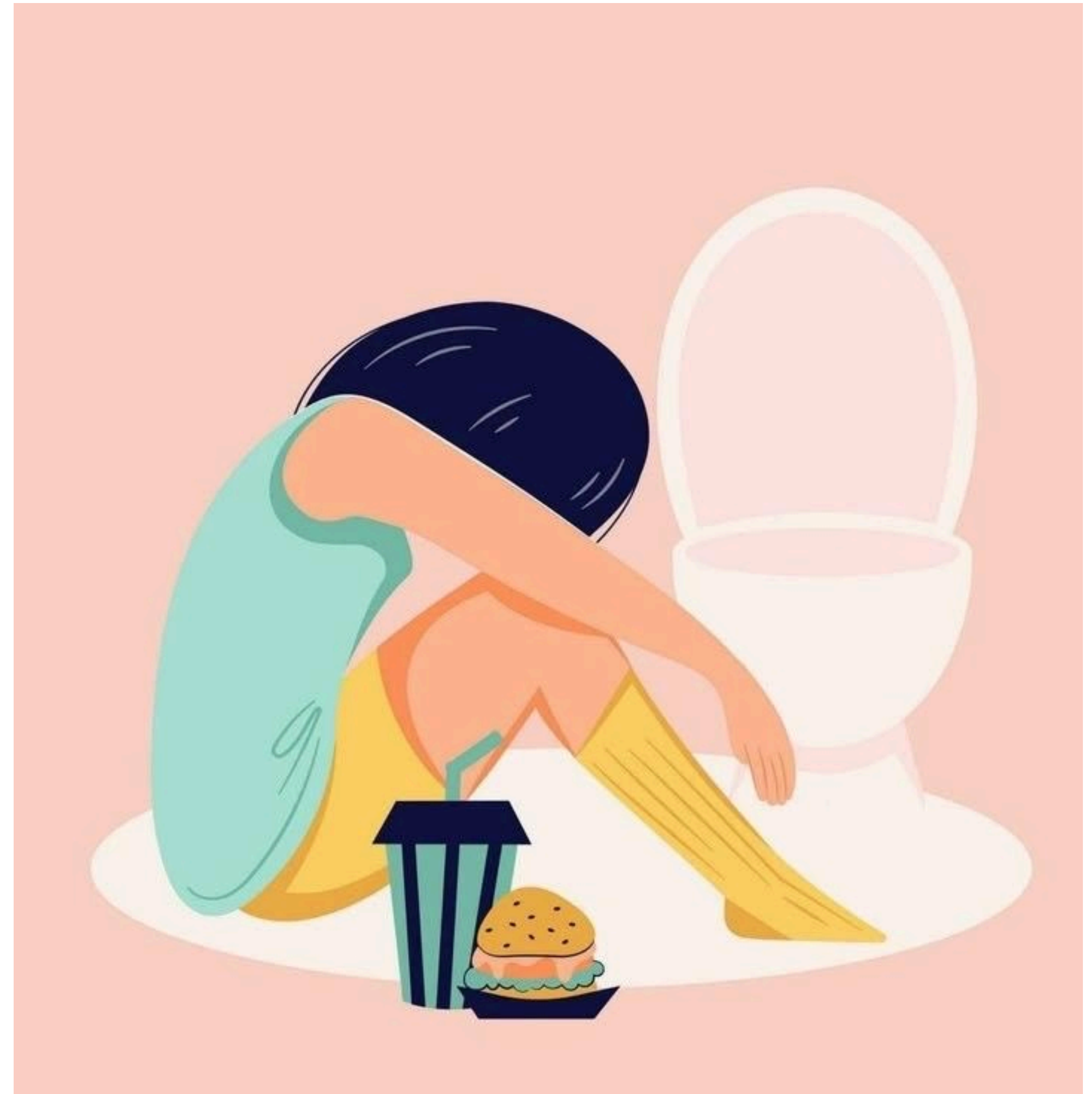
- **AN-R (Restrittiva):**
 - perdita di peso tramite digiuno, diete rigide o esercizio eccessivo.
 - assenza di abbuffate o condotte di eliminazione.
- **AN-B (Con abbuffate/condotte di eliminazione):**
 - episodi di abbuffate compulsive o purging (vomito, lassativi, diuretici).



Bulimia Nervosa (BN)

- **Episodi ricorrenti di abbuffate con perdita di controllo** sul comportamento alimentare.
- **Condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso:** vomito autoindotto, abuso di lassativi, digiuno o attività fisica eccessiva.
- Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano almeno **1 volta a settimana** (DSM-5).
- Peso corporeo solitamente nella norma o leggermente superiore (BMI 18–30).
- Conseguenze fisiche:
 - squilibri elettrolitici
 - lesioni esofagee o gastriche
 - perdita di smalto dentario
- Aspetti psicologici: intensa vergogna, colpa e autovalutazione negativa.


📖 Riferimenti: Bergh et al., 2002; DSM-5, APA 2013.



Binge Eating Disorder (BED)



- Episodi ricorrenti di **abbuffate compulsive** senza condotte compensatorie (vomito, digiuno, ecc.).
- Sensazione di perdita di controllo durante l'abbuffata: “non riesco a smettere di mangiare”.
- Criteri diagnostici (DSM-5): **abbuffate ≥ 1 volta a settimana per 3 mesi.**
- Le abbuffate includono almeno 3 aspetti:
 - mangiare molto rapidamente;
 - mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni;
 - mangiare anche senza fame;
 - mangiare da soli per imbarazzo;
 - **sentirsi disgustati o in colpa dopo.**
- Spesso si associa a sovrappeso o obesità.
- Impatto su autostima, umore, relazioni sociali.
- Spesso correlato a **fame emotiva, ansia e disregolazione affettiva.**





 Riferimenti: Eichen et al., 2023; DSM-5 (APA, 2013).

Interocezione e disturbi alimentari




Origini e definizione

-  Charles Sherrington (1906): distingue interocezione (stimoli interni) da esterocezione (stimoli esterni) e propriocezione (posizione corporea).
-  Funzione originaria: percezione degli stati fisiologici interni mediata dai recettori viscerali.

Evoluzione del concetto

-  Craig (2002, 2009): scopre che segnali interni (tattili, termici, nocicettivi) sono elaborati nell'insula, non nella corteccia somatosensoriale.
-  Nuova definizione: percezione, interpretazione e integrazione dei segnali provenienti da cuore, polmoni, stomaco e pelle per mantenere omeostasi e autoregolazione.

Ruolo clinico e psicologico

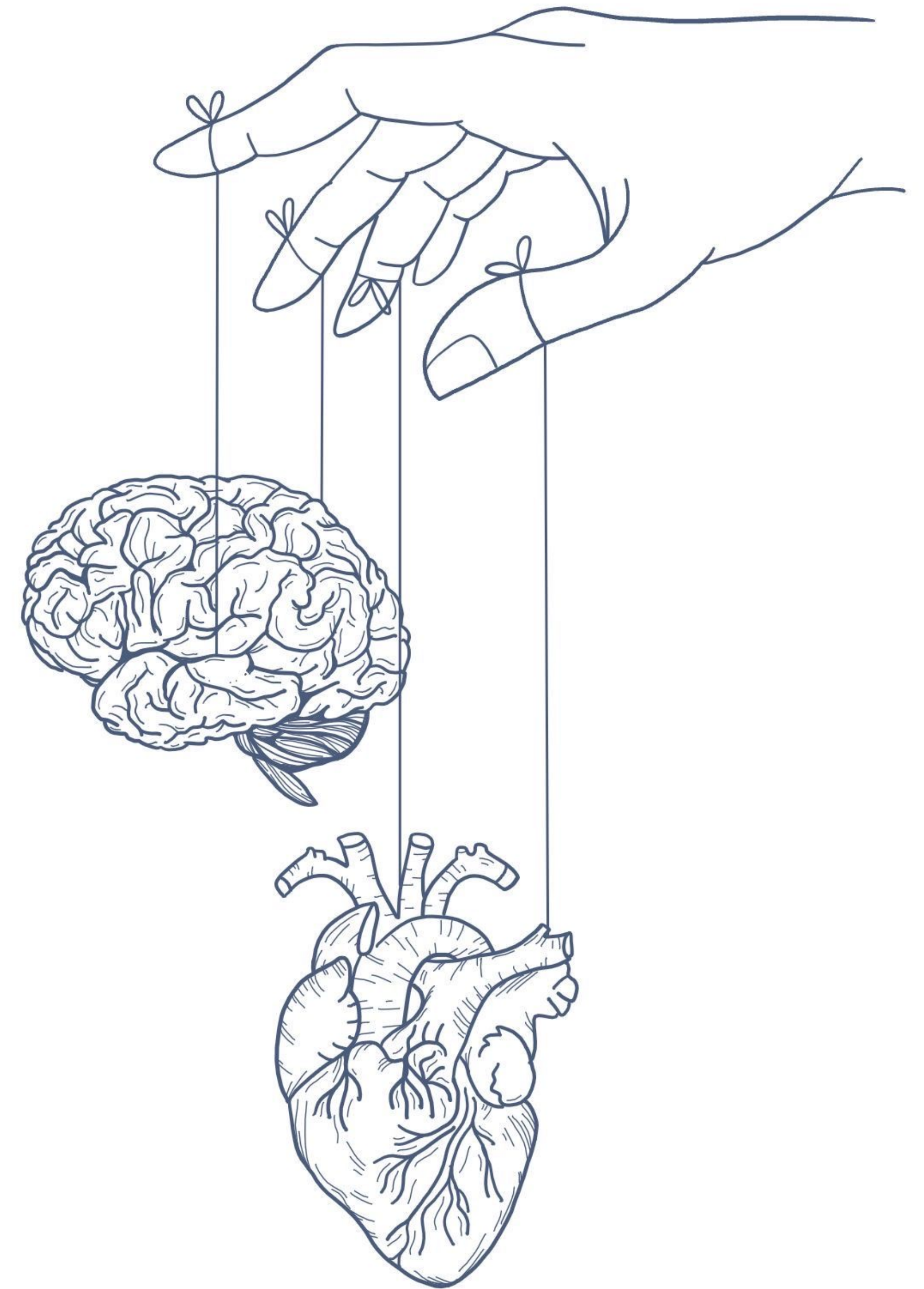
-  L'interocezione è alla base di regolazione emotiva, consapevolezza corporea e esperienza di sé.
-  Deficit interocettivi → disregolazione emotiva e difficoltà nel riconoscere fame, sazietà e stati interni.
-  Evidenziate alterazioni funzionali dell'insula nei disturbi alimentari (Kerr et al., 2016; Berner et al., 2019).

Modello multidimensionale (Garfinkel & Critchley, 2013)

Accuratezza interocettiva → percezione oggettiva dei segnali corporei.

Sensibilità interocettiva → percezione soggettiva di tali segnali.

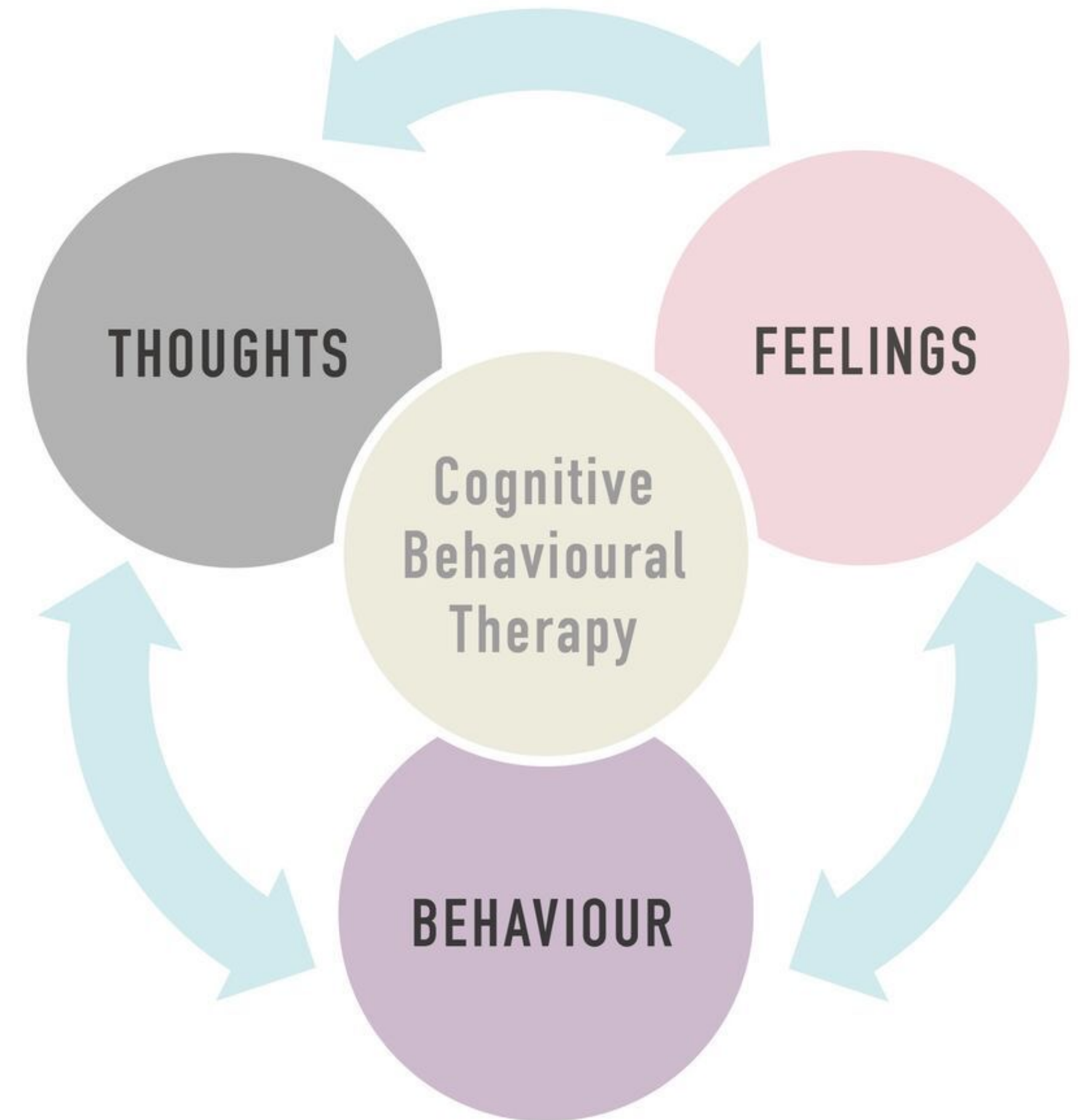
Consapevolezza interocettiva → integrazione tra le due dimensioni.



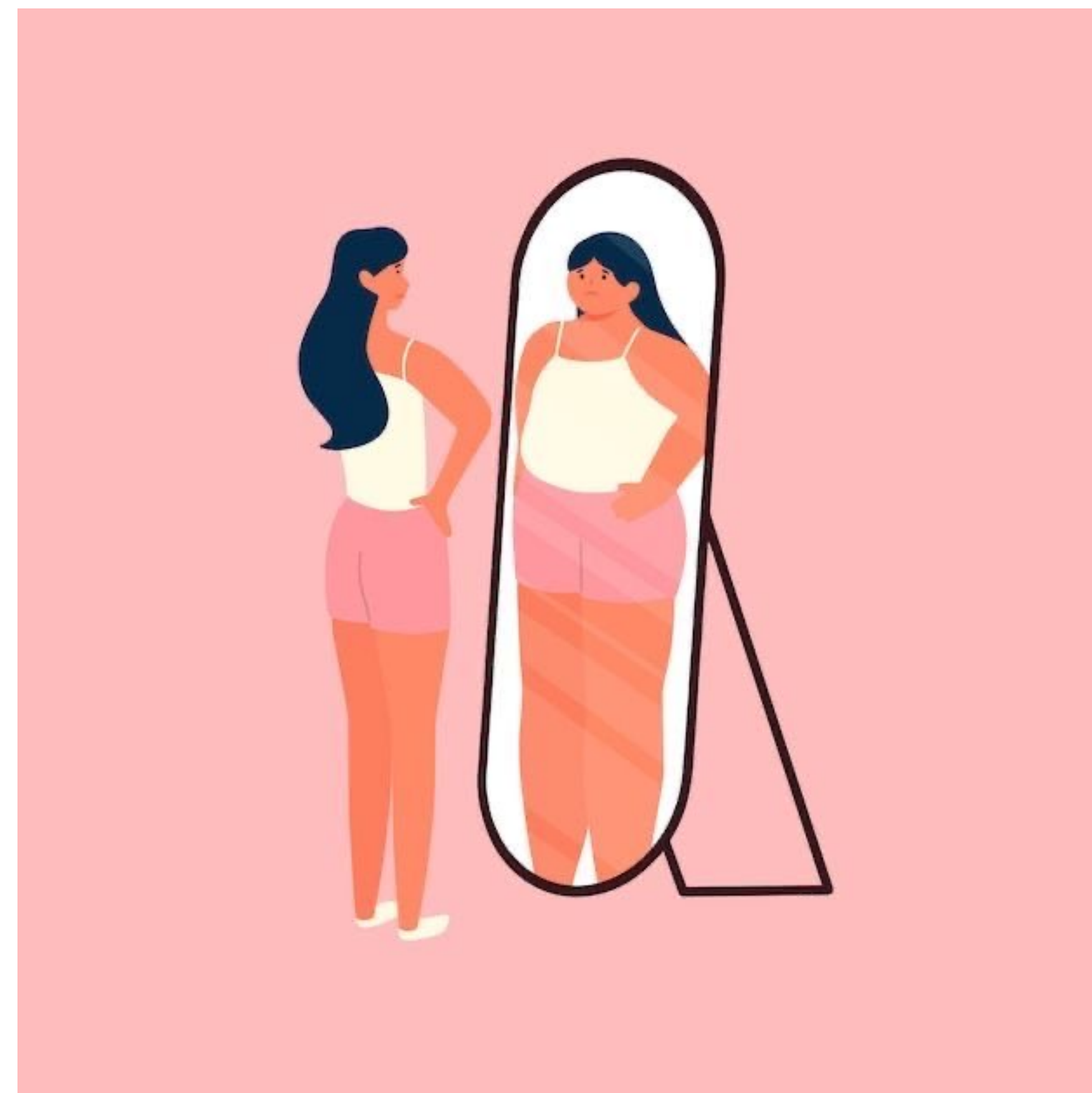
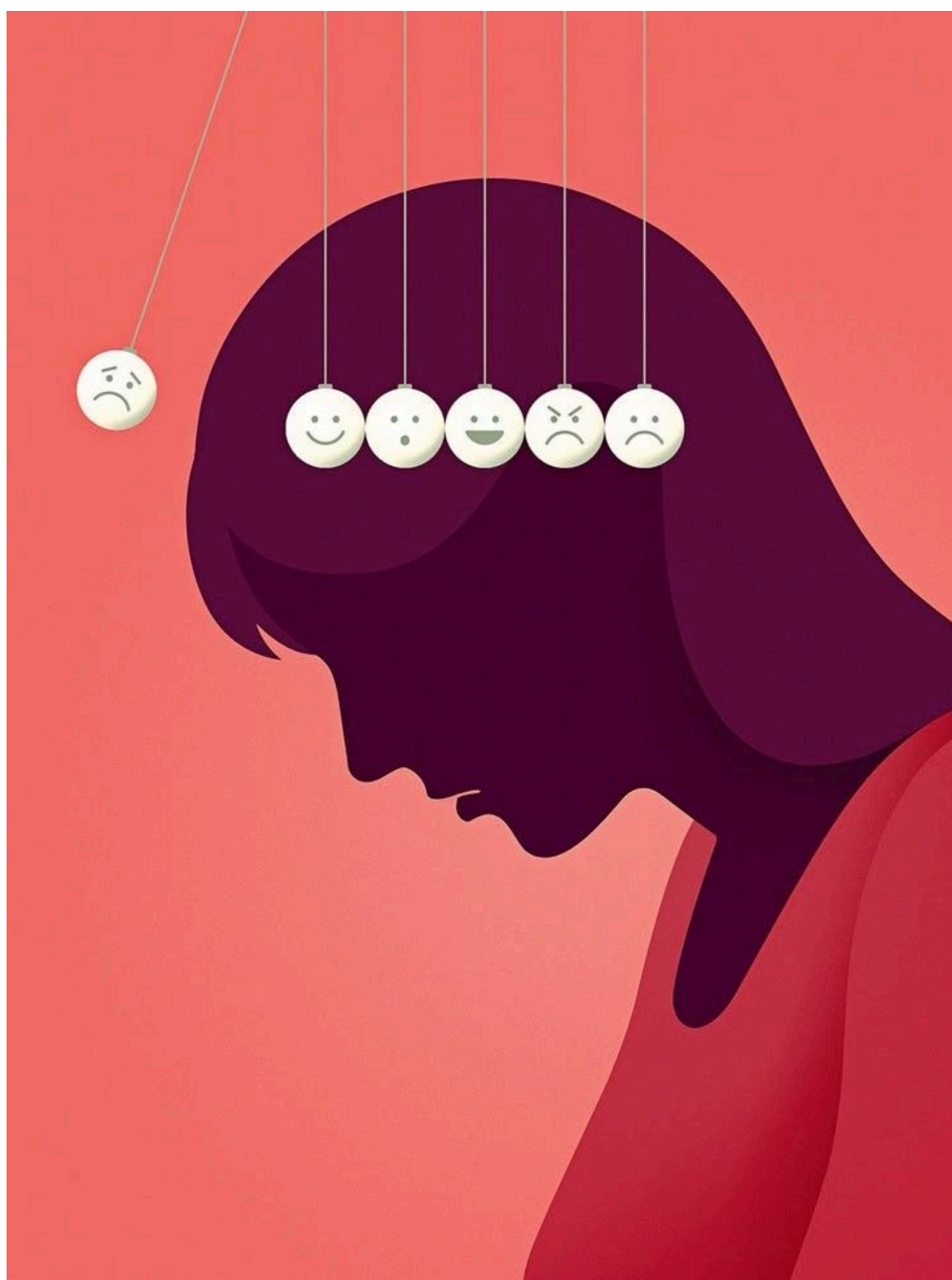
CBT-E

- 💡 **Modello transdiagnostico elaborato da Fairburn.**
- Applicabile a tutti i disturbi dell'alimentazione, indipendentemente da diagnosi o gravità.
- Nucleo psicopatologico comune:
 - eccessiva valutazione di peso, forma e controllo alimentare.
- Integra fattori di mantenimento aggiuntivi:
 - perfezionismo clinico, bassa autostima, difficoltà interpersonali.
- Flessibile e adattabile: utilizzata in ambulatorio, day hospital e ricovero.
- Obiettivo: **interrompere i fattori di mantenimento specifici e favorire il recupero globale.**

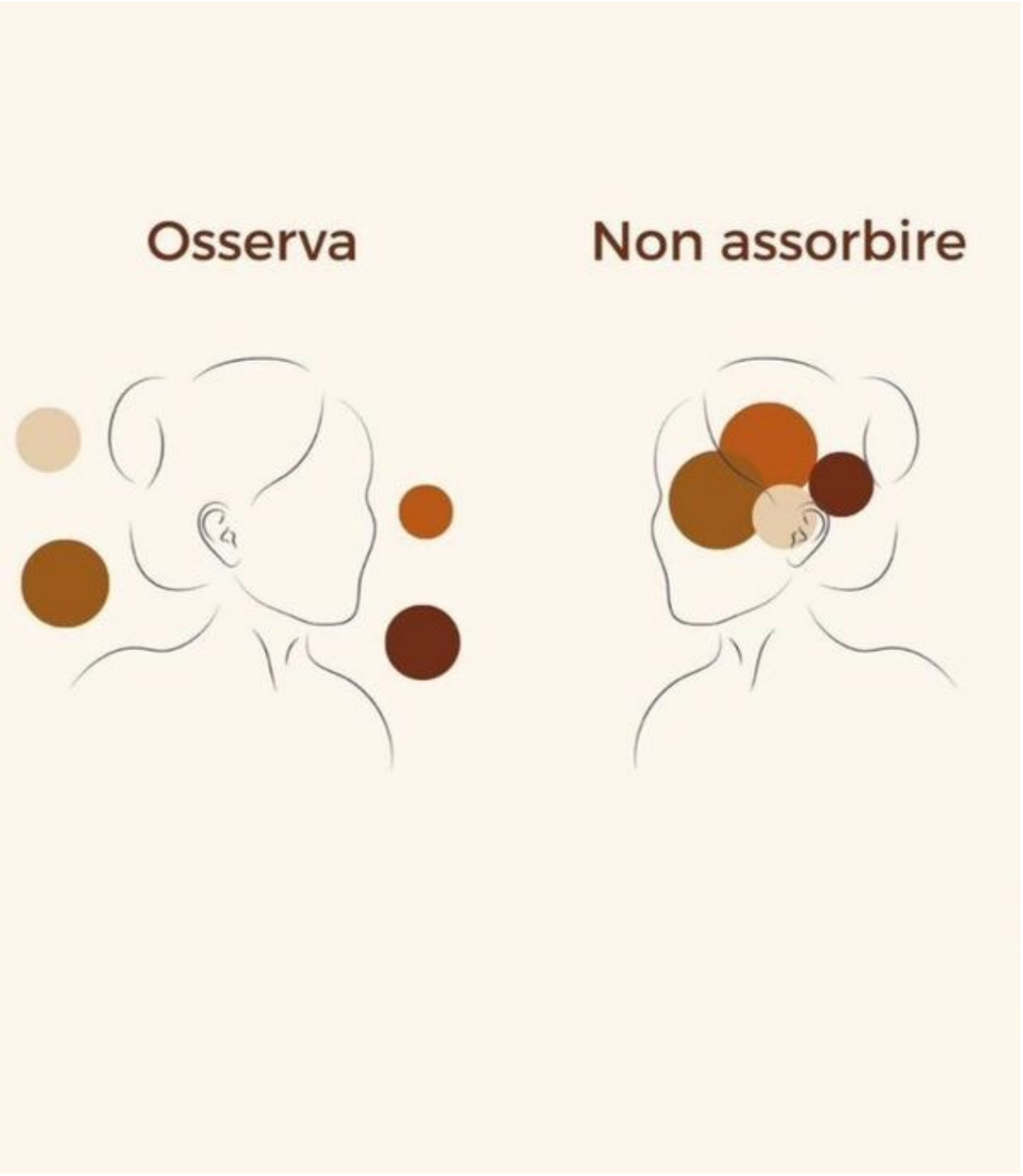
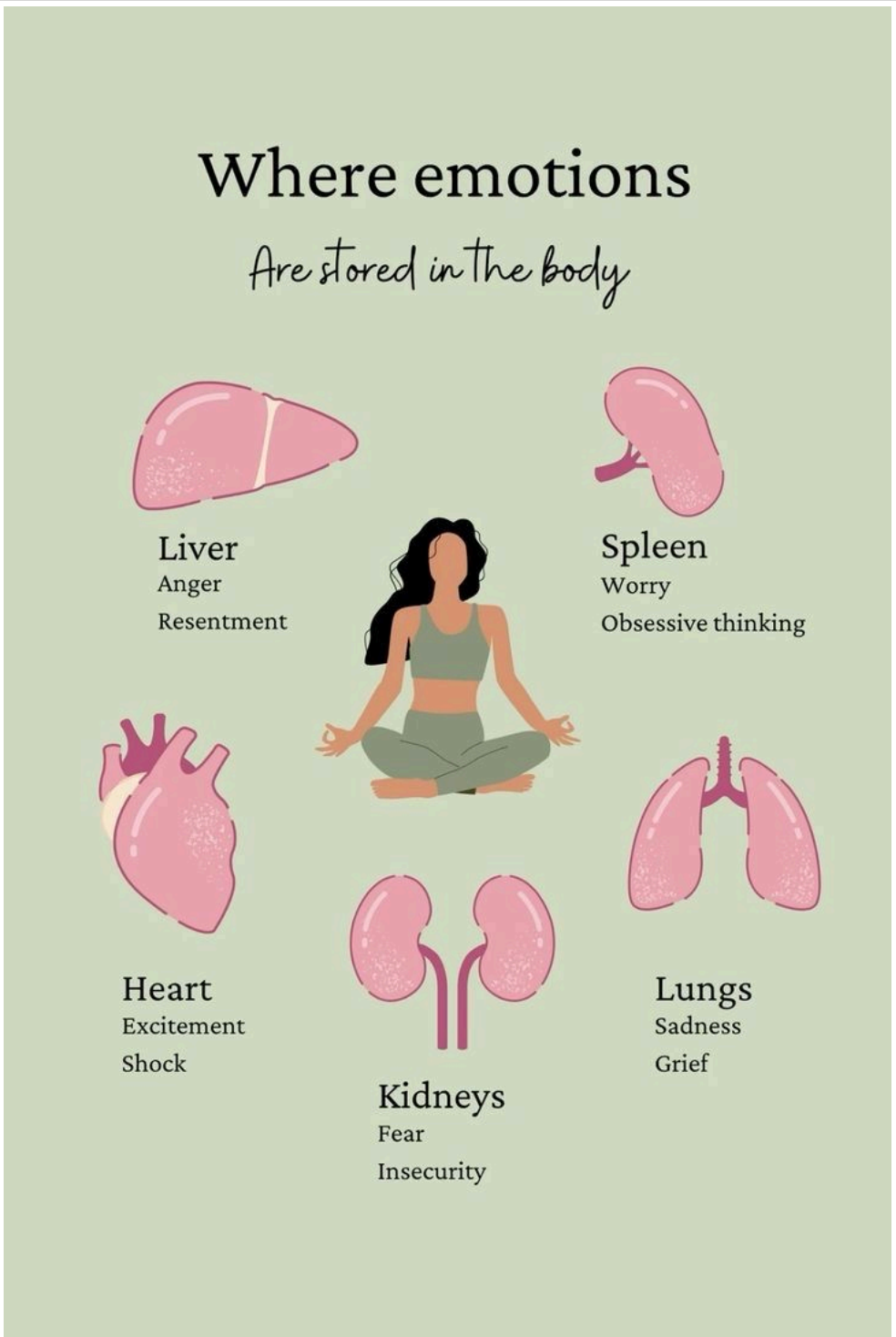
📖 Riferimenti: Fairburn, 2003; Dalle Grave, 2011; Calugi et al., 2006.



DISREGOLAZIONE EMOTIVA E DISAGIO CORPOREO

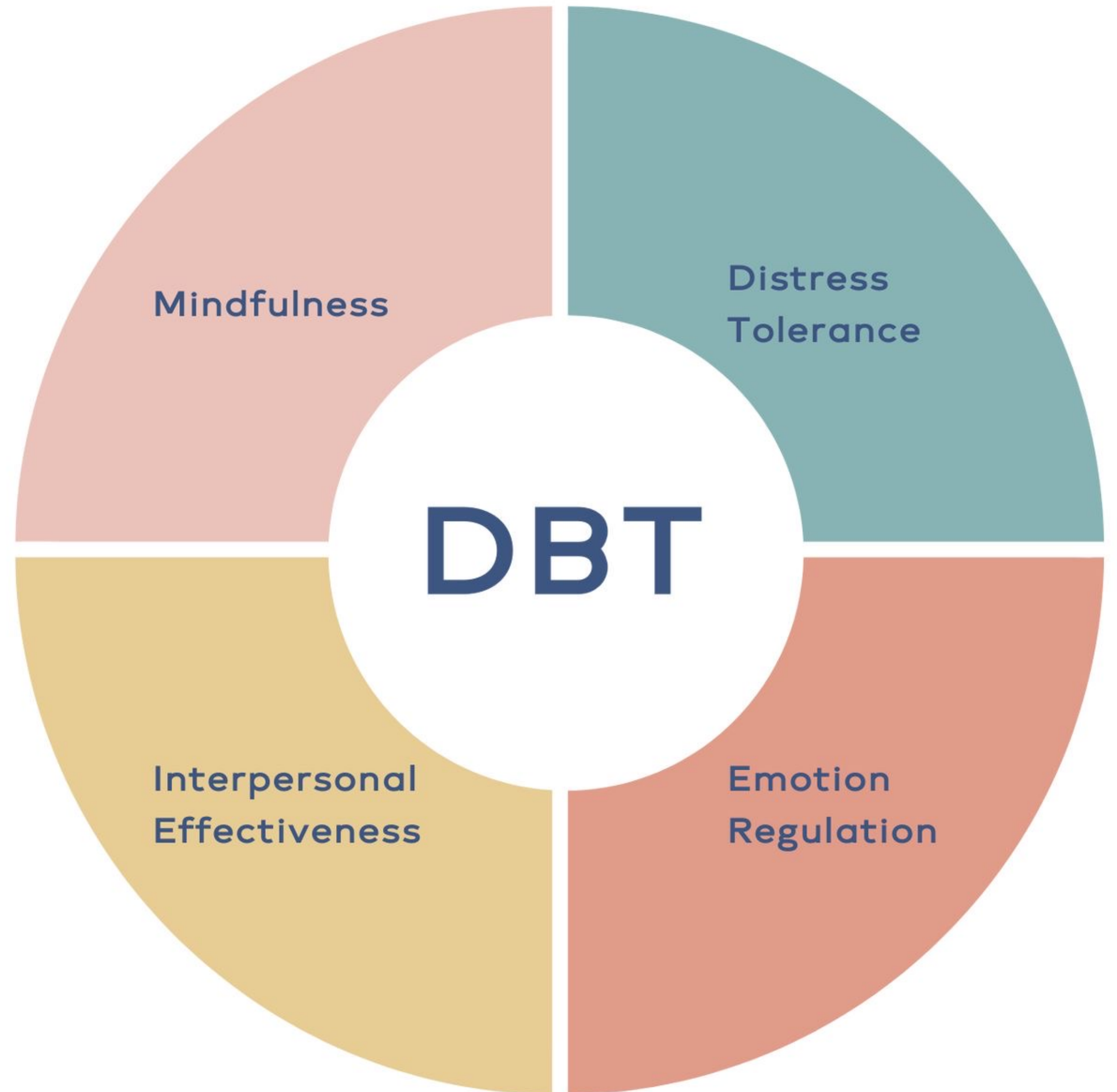


CBT E APPROCCI DI TERZA GENERAZIONE



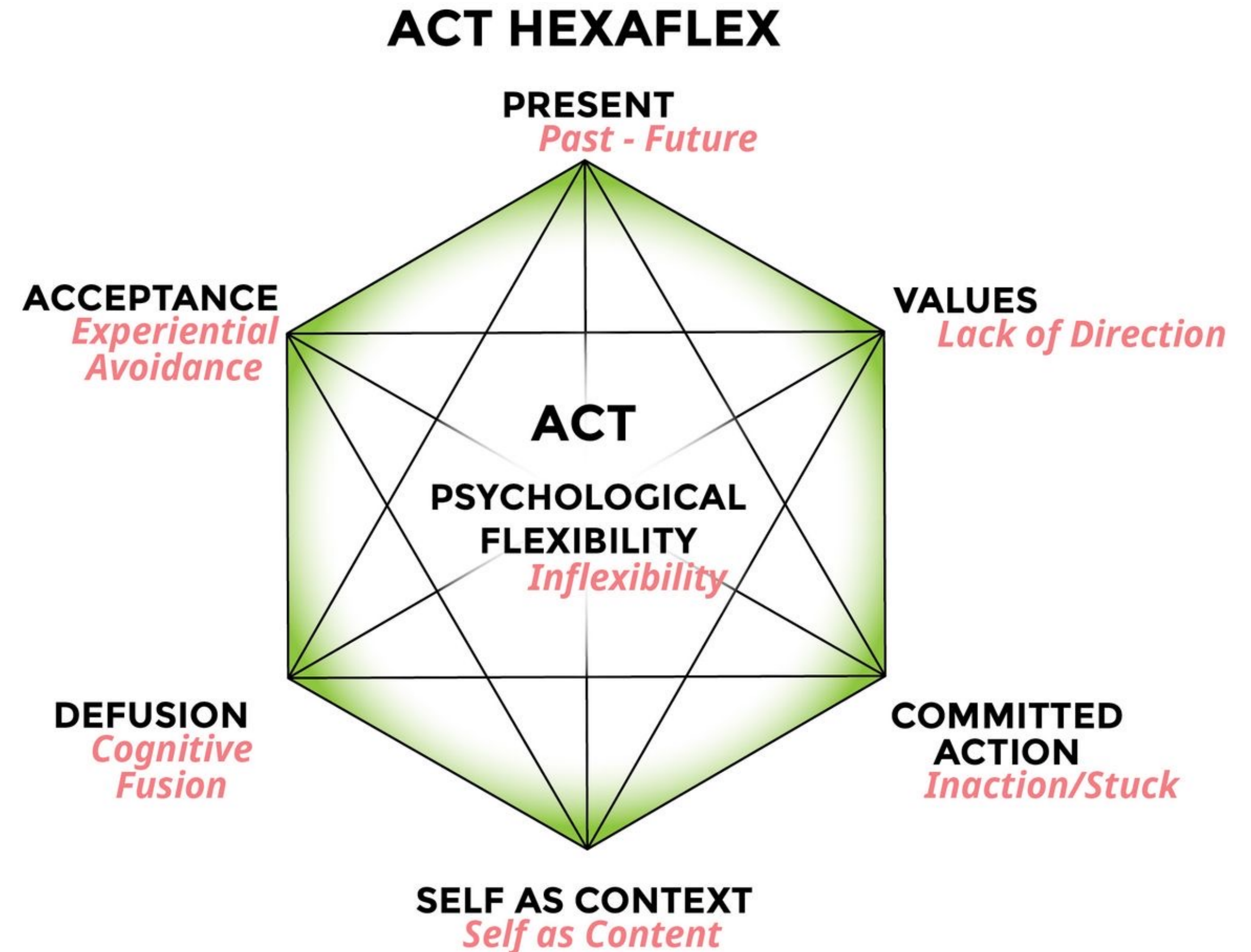
Dialectical Behaviour Therapy (DBT)

- Centralità dell'**emotional eating**, della rabbia e dell'impulsività.
- Introduce pratiche di **Mindfulness**:
 - attenzione consapevole al respiro,
 - consapevolezza corporea (**body scan**),
 - **accettazione non giudicante delle emozioni**.
- Sviluppo di una relazione più equilibrata con cibo, corpo ed emozioni.
- **Astinenza dialettica**: interrompere i comportamenti disfunzionali (abbuffate, vomito, abuso di sostanze)
→ eventuali ricadute non annullano il progresso terapeutico.
- Il terapeuta bilancia accettazione empatica e spinta al cambiamento.
- Moduli principali:
 1. **Regolazione delle emozioni**
 2. Tolleranza allo stress
 3. Mindfulness e consapevolezza corporea
 4. Efficacia interpersonale
- **DBT + Mindfulness** → riduzione dei comportamenti alimentari disfunzionali (Linardon et al., 2017).
- Studio Zompa et al. (2025): 170 pazienti con BED, 16 settimane di DBT di gruppo →
↓ disregolazione emotiva
↓ alessitimia
↑ capacità di autoregolazione.
- Efficace e promettente anche in età adolescenziale, seppur con evidenze ancora limitate.



Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

- Sviluppata da Steven C. Hayes negli anni '80-'90.
- Basata sulla Relational Frame Theory (RFT).
- Combina accettazione, Mindfulness e impegno comportamentale.
- Obiettivo: **aumentare la flessibilità psicologica**, ossia la capacità di:
 - 👉 restare in contatto con il momento presente
 - 👉 agire in coerenza con i propri valori
 - 👉 anche in presenza di emozioni o pensieri spiacevoli.
- **Scopo non è eliminare i sintomi, ma cambiare la relazione con essi.**
- Nei disturbi alimentari migliora:
 - abbuffate e fame emotiva,
 - **accettazione corporea**,
 - coerenza tra valori e comportamento
- 77 donne con disturbo alimentare → 12 sessioni ACT di gruppo focalizzate su immagine corporea e valori personali.
- Confronto con trattamento standard (CBT, terapia interpersonale, consulenza nutrizionale).
- Risultati:
 - 78 % ACT con sintomi sotto soglia clinica (vs 60 % TAU).
 - 62 % completamente “recuperate” (vs 37,5 % TAU).
 - Migliori esiti con età più giovane, minor depressione iniziale, trattamenti precedenti più brevi.
- **Migliora la flessibilità dell’immagine corporea e riduce gli episodi di fame emotiva** (Hill et al., 2015).
- Effetti mantenuti a 3 mesi di follow-up.
- Promuove un funzionamento psicologico più adattivo.
- Ancora necessari studi controllati, soprattutto in popolazioni adolescenti (Cowdrey & Waller, 2015).



📖 Riferimenti: Hayes et al., 2012; Juarascio et al., 2013; Fogelkvist et al., 2022; Baer et al., 2005; Hill et al., 2015.

Evidenze in due gruppi di pazienti con BED seguite ambulatorialmente presso l'ASL di Cagliari

Congresso Nazionale SISDCA 2025

23 Ott 2025 - 25 Ott 2025

sisdca ANORESSIE
BULIMIE
OBESITÀ

Regolazione emotiva, disagio corporeo e Binge Eating Disorder



Evidenze in due gruppi di pazienti seguiti
ambulatorialmente nella SC Disturbi Alimentari a Cagliari

A. Satta¹, E. Meloni¹, A. Pes¹
¹SC Disturbi Alimentari Cagliari, DSMD ASL Cagliari

1 INTRODUZIONE

- BED:** ricorrenti abbuffate senza condotte compensatorie
- FATTORI DI MANTENIMENTO:** Disregolazione Emotiva, Alessitimia, Disagio Corporeo
- APPROCCI:** integrazione CBT-e e pratiche espressivo-corporee (arte, danza, scrittura, Teatro) per migliorare espressione emotiva e immagine corporea

2 SCOPI DELLO STUDIO

- Analizzare la relazione tra regolazione emotiva, alessitimia e disagio corporeo in pazienti con **BED** (diagnosi DSM-5)
- Valutare l'impatto di interventi espressivo-corporei integrati sulle dimensioni psicologiche citate, esplorando il potenziale terapeutico di un modello multidisciplinare

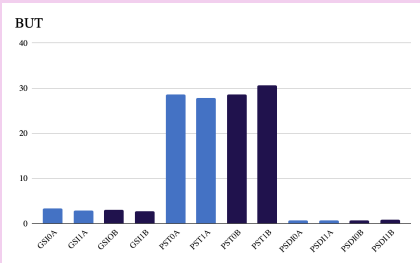
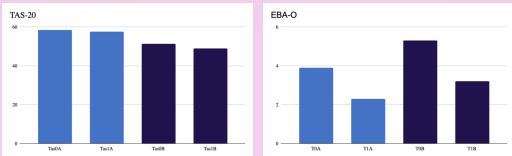
3 METODI

- 21 PAZIENTI BED (18-60 anni)**
Gruppo A (18-30 anni)
Gruppo B (30-60 anni)
- TRATTAMENTI:**
Gruppo A: CBT- e + Atelier espressivo-corporei ;
Gruppo B: CBT- e.
- STRUMENTI:**
BUT, TAS-20, EBA-O
- FOLLOW UP - 6 MESI**
Analizzate le diverse risposte al trattamento tra i due gruppi con la ri somministrazione dei questionari self report.
- È stato acquisito il consenso informato da tutti i partecipanti.

4 RISULTATI E CONCLUSIONI

RIDUZIONE DEI PUNTEGGI

- Nel Gruppo A l'associazione CBT-e e Atelier hanno aiutato a creare maggiore aderenza al gruppo e collaboratività, con maggior riduzione di disagio corporeo
- Gruppo B > disagio corporeo > drop-out.
- Riduzione comportamenti alimentari patologici, e migliore gestione emotiva in entrambi i gruppi
- L'integrazione di atelier espressivo-corporei e CBT – e si è rivelata un efficace strumento di comunicazione e trasformazione del vissuto emotivo, favorendo miglioramento dell'interocezione, della consapevolezza emotiva, della percezione corporea e senso di agency nei pazienti.



ASL Cagliari
Azienda socio-sanitaria locale



Conclusioni

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.





Grazie per l'attenzione :)