

## ***Suggerimenti di buona pratica clinica per i Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione***



Gloria Fioravanti\*, Luca Canestri\*\*, Mario A. Reda\*\*\*

*Ricevuto il 20 giugno 2024,  
accettato il 30 luglio 2024*

### **Sommario**

Questo studio esamina le attuali evidenze e approcci terapeutici per il trattamento dei Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione (DAN), focalizzandosi su Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED). I principali obiettivi della terapia psicologica includono l’aumento della consapevolezza delle difficoltà emotive e relazionali, il miglioramento dei sintomi psicopatologici, la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso, e il sostegno delle famiglie. La Terapia Cognitivo-Comportamentale Migliorata (CBT-E) emerge come il trattamento più studiato e raccomandato per AN e BN, con un’efficacia dimostrata anche nel BED. Tuttavia, la CBT-E ha mostrato risultati variabili in termini di remissione completa, con tassi che vanno dal 37% al 55%. Altri approcci, come la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) e la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI-DCA), mostrano risultati promettenti, soprattutto per pazienti con disregolazione emotiva e schemi interpersonali disadattivi. Il trattamento farmacologico, sebbene utile, ha una limitata efficacia e necessita di ulteriori ricerche. In sintesi, è fondamentale un approccio integrato che consideri la comorbilità e i fattori psicopatologici sottostanti per migliorare l’aderenza e i risultati del trattamento.

*Parole chiave:* Disturbi del Comportamento Alimentare, Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating, Terapia, linee guida.

\* Responsabile Centro Trattamento Integrato (CTI) per i disturbi alimentari e obesità, corso Porta Nuova 32 – 37122 Verona; e-mail: info@ctidisturbialimentariobesita.it.

\*\* Responsabile Unità Funzionale Sperimentale “Dipendenze – Salute Mentale”, Zona Amiata Senese, Val d’Orcia, via S. Giovanni 60 – 53021 Abbadia San Salvatore; e-mail: luca.canestri@uslsudest.toscana.it.

\*\*\* Professore ordinario di Psicologia Clinica, Università di Siena. Palazzo San Niccolò; via Roma 56 – 53100 Siena; e-mail: mario.reda@unisi.it.

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 54/2024*  
DOI: 10.3280/qpc54-2024oa18659

***Suggestions for good clinical practice for Eating and Nutrition Disorders***

**Abstract**

This study reviews current evidence and therapeutic approaches for treating Feeding and Eating Disorders (FEDs), focusing on Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), and Binge Eating Disorder (BED). Key therapeutic goals include increasing awareness of emotional and relational difficulties, improving specific psychopathological symptoms, normalizing eating behaviors and weight, and supporting families. Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (CBT-E) emerges as the most researched and recommended treatment for AN and BN, with demonstrated effectiveness in BED as well. However, CBT-E has shown variable results regarding complete remission, with rates ranging from 37% to 55%. Other approaches, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT-ED), show promising results, particularly for patients with emotional dysregulation and maladaptive interpersonal schemas. Pharmacological treatment, while useful, has limited efficacy and requires further research. In summary, an integrated approach that considers comorbidity and underlying psychopathological factors is crucial for improving adherence and treatment outcomes.

*Keywords:* Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, guidelines.

**Introduzione**

I Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DAN) rappresentano una condizione psico-patologica caratterizzata da un alterato rapporto con il cibo, con il proprio corpo e con l'alimentazione che portano a conseguenze sul piano sia fisico che psicologico.

I Disturbi Alimentari si manifestano mediante una sintomatologia specifica e possono indurre le persone ad adottare restrizioni alimentari, abbuffate e comportamenti compensatori, come vomito, utilizzo improprio di lassativi o diuretici e esercizio fisico. Le conseguenze emotive e fisiche di queste credenze e comportamenti mantengono il disturbo e determinano un tasso del 5% di mortalità (Arcelus *et al.*, 2011; Franko *et al.*, 2013), che avviene per malnutrizione, suicidio e conseguenze organiche, come gli squilibri elettrolitici (Modan, Moses *et al.*, 2003; Olmos *et al.*, 2010). Esistono anche altre complicazioni fisiche, come l'osteoporosi, e comorbidità psichiatriche, come i disturbi di personalità, che influiscono sul benessere e sul recupero delle persone con disturbi alimentari, incidendo sul trattamento.

## **Aspetti diagnostici**

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5 American Psychiatric Association, 2013) la diagnosi di Anoressia Nervosa (AN) viene effettuata quando vi è restrizione nell'assunzione di calorie, un peso corporeo al di sotto dell'85% di quanto stabilito per età, altezza e sesso, intensa paura di ingrassare e alterazione della rappresentazione mentale del proprio corpo, la quale porta a una costante sensazione di essere sovrappeso. La diagnosi di Bulimia Nervosa (BN) condivide lo stesso nucleo psicopatologico dell'Anoressia Nervosa, ma è assente la condizione di sottopeso ed è caratterizzata da abbuffate e inappropriate condotte compensatorie, almeno una volta alla settimana per tre mesi. Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (BED) è caratterizzato dalla presenza di crisi bulimiche senza il ricorso a comportamenti di compenso e/o di eliminazione.

Nel DSM-5 sono presenti altresì Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione, caratterizzati dal non soddisfare pienamente i criteri diagnostici dei disturbi precedentemente descritti. Tra i quali, l'Anoressia Nervosa atipica, diagnosticata quando l'individuo presenta un peso corporeo uguale o superiore alla norma ma il medesimo nucleo psicopatologico dell'Anoressia Nervosa tipica. La Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata a bassa frequenza e/o di durata limitata (inferiore a 1 volta alla settimana e/o a 3 mesi), il Disturbo da condotta di eliminazione, caratterizzato da ricorrenti e inappropriate condotte di eliminazione in assenza di abbuffate), la Sindrome da Alimentazione Notturna, caratterizzata da un eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale oppure durante la notte. Infine, il DSM-5 contiene i Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione, caratterizzati anch'essi dal non soddisfare pienamente i criteri diagnostici dei disturbi precedentemente descritti. In questo caso, tuttavia, il clinico decide di non specificarne la ragione, ad esempio a causa di insufficienti informazioni per porre una diagnosi più specifica.

Le presenti linee guida riguardano l'identificazione, la valutazione, la diagnosi, il trattamento e la gestione dei Disturbi Alimentari nelle persone di tutte le età. Non vengono trattati il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), il picacismo, il disturbo della ruminazione o l'obesità nelle persone che non soffrono di disturbi alimentari.

## **Prevalenza**

Studi epidemiologici hanno rilevato un aumento dell'incidenza nel genere femminile di età compresa tra i 12 e 25 anni. In occidente (e quindi anche in Italia), si stima che:

- la prevalenza dell'anoressia sia dello 0.2-0.8%;
- la prevalenza della bulimia sia di circa il 3%;
- l'incidenza dell'anoressia sia di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui (Hoek & van Hoeken, 2003; Lucas *et al.*, 1991; Pinhas *et al.*, 2011; Smink *et al.*, 2014; Van Son *et al.*, 2006);
- l'incidenza della bulimia sia di 9-12 nuovi casi su 100.000 individui, con un'età di esordio tra i 10 e i 30 anni, e un'età media di insorgenza di 17 anni (Ahs *et al.*, 2006; Fairburn & Beglin, 1990);
- per le forme sotto-soglia invece, sono interessate le persone di sesso femminile (circa il 10%). Ogni anno ci sono circa 12 nuovi casi di BN su 100.000 donne, 8 casi su 100.000 per AN.

Il rapporto tra prevalenza nelle donne e negli uomini si attesta tra 1 a 6 e 1 a 10 (Lock, 2009). Nella popolazione adolescente, però, tra il 19 e il 30 per cento degli anoressici sono maschi. Anoressia e bulimia colpiscono tutte le classi sociali e tutte le componenti etniche.

## **Comorbidità**

Lo studio dei Disturbi Alimentari ha subito negli ultimi anni una costante ascesa, probabilmente dovuta al tasso di incidenza in progressiva ed elevata crescita, a una maggiore attenzione della popolazione generale alla questione della salute mentale, alla solida associazione tra il disturbo e il contesto socioculturale e alle numerose compromissioni di ordine medico generale a cui può condurre il Disturbo. Questa maggiore attenzione ai Disturbi Alimentari è andata focalizzandosi anche sulle diverse comorbidità esistenti tra questo disturbo e altri disturbi mentali.

Dalla letteratura è emerso che le comorbidità più frequentemente associate al disturbo alimentare sono: disturbi d'ansia (>50%), disturbi dell'umore (>40%), autolesionismo (>20%) e disturbo da addiction e uso di sostanze (>10%) (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016); oltre alla presenza lifetime di ossessioni e compulsioni nella sotto-categoria diagnostica dell'anoressia nervosa (Halmi *et al.*, 2003). In merito al profilo personologico,

il 69% della popolazione DAN ha in comorbidità un DP (Blinder *et al.*, 2006).

Rispetto ai controlli i disturbi di personalità più frequenti sono: disturbo paranoide, ossessivo-compulsivo (OCPD), borderline (BPD) e evitante (AvPD). Nel complesso, risultano con comorbidità più pervasive i pazienti con diagnosi di AN con condotte di eliminazione e BN (Cassin & von Ranson, 2005; Farstad *et al.*, 2016; Sansone *et al.*, 2005). In generale invece, tra tutti i DAN i disturbi di personalità sono distribuiti per il 21% nel Cluster A (DSM-5), per il 28% nel Cluster B (DSM-5), per il 38% nel Cluster C (DSM-5).

L'Anoressia Nervosa è più frequentemente associata al disturbo evitante di personalità (Cluster C), in particolare AvPD, mentre la Bulimia Nervosa è maggiormente associata ai disturbi di personalità del Cluster B, in particolare BPD (Martinussen *et al.*, 2017; Díaz-Marsa *et al.*, 2000; Grilo *et al.*, 2003; Skodol *et al.*, 1993). Secondo alcuni studi il disturbo di personalità evitante sembrerebbe caratterizzare il 33% dei pazienti con comportamenti alimentari restrittivi, il 36% dei pazienti con condotte di abbuffata e fino al 50% dei pazienti con una qualunque diagnosi DAN. Il punto fondamentale sembrerebbe essere l'interazione che avviene tra caratteristiche del disturbo di personalità evitante e le caratteristiche tipiche del DAN, come la bassa autostima, il timore della critica e l'evitamento interpersonale. Mentre in comune con la popolazione BPD, la popolazione con BN riporterebbe la difficoltà a regolare emozioni vissute come dolorose, caotiche e intense.

Nel dettaglio, la popolazione clinica con Anoressia Nervosa restrittiva ha in comorbidità nel 22% dei casi il OCPD (Sansone, Levitt, Sansone, 2006), mentre rispettivamente l'Anoressia Nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione e la Bulimia Nervosa, hanno il 20% (Diaz-Marsa *et al.*, 2000; Maranon *et al.*, 2004), e 28% (Bulik, Sullivan & Joyce, 1999; Diaz-Marsa *et al.*, 2000; Rossier *et al.*, 2000) dei casi in comorbidità il BPD. Questa evidenza sarebbe probabilmente dovuta al fatto che alcuni aspetti personologici sarebbero determinanti per la comparsa e il successivo mantenimento del Disturbo alimentare. I pazienti che adottano comportamenti maggiormente restrittivi, in effetti, tendono a perseverare in comportamenti ossessivi e perfezionistici sovrapponibili a quelli della popolazione OCPD e possono utilizzare il cibo per regolare emozioni vissute come eccessivamente intense e dolorose come avviene nel BPD.

Un'altra peculiarità dei pazienti affetti da Disturbi Alimentari è legata all'identificazione e all'espressione delle emozioni. L'alessitimia è presente tra il 40 e il 63% nelle pazienti con AN, mentre la difficoltà a monitorare

le proprie emozioni e a riferire emozioni prevalentemente negative sembra caratterizzare gli individui che soffrono di disturbo da alimentazione incontrollata (Aloi *et al.*, 2021). L'alessitimia è risultata associata a comportamenti alimentari problematici nella BN ma non nell'AN (Lysaker *et al.*, 2023). Addirittura, Lysaker e colleghi (2023) hanno portato dati significativi a favore della presenza di disfunzioni metacognitive in modo trasversale a tutti i DAN, con maggiore compromissione nella popolazione AN.

## **Decorso**

Per quanto concerne il decorso, il tasso di remissione dell'Anoressia nervosa è del 25% circa dopo 3 anni dall'esordio e del 75% dopo 8 o più anni. Nel 15% dei casi invece il disturbo diventa cronico, penalizzando di molto la qualità di vita del paziente. Fattori che indicano una prognosi positiva sono la giovane età e la breve durata del disturbo; fattori di prognosi negativa sono la presenza di complicanze mediche o psichiatriche come per esempio i disturbi di personalità. Anche il suicidio è una conseguenza frequente della malattia, arrivando al 20% di tutte le cause di morte. La Bulimia nervosa regredisce di circa il 27% a un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 anni. Le forme invece croniche riguardano il 23% della popolazione. Anche per BN sono indice di prognosi negativa la comorbidità di disturbi di personalità, insieme a bassa autostima e obesità. In genere la frequenza e la gravità delle complicanze mediche sono direttamente collegate alla gravità del disturbo del comportamento alimentare, e si risolvono una volta normalizzata l'alimentazione e il peso corporeo. Per quanto riguarda il viraggio all'interno delle diverse categorie diagnostiche, dalla Bulimia all'Anoressia è raro, più frequente il contrario nel 30% dei casi.

## **Trattamento**

I trattamenti per i DAN sono spesso complessi e possono prevedere l'associazione del trattamento farmacologico con interventi psicoterapeutici individuali, familiari o di gruppo che tengano conto dei vari livelli di gravità e di indicazione di cura.

Nel trattamento dei Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione (DAN) risulta di fondamentale rilevanza migliorare quanto più possibile l'accesso ai servizi, data anche l'elevata egosintonicità del disturbo che rischia di rallentare la richiesta di cura. L'approccio terapeutico che ha mostrato una

maggiore efficacia clinica è quello di tipo Multidisciplinare Integrato, dove gli aspetti psichiatrici-psicologici sono strettamente integrati con quelli medico- nutrizionali. I percorsi di diagnosi e cura, devono essere differenziati secondo l'età del paziente, il momento di sviluppo e il livello di gravità della patologia. C'è una completa convergenza rispetto al Il percorso terapeutico che si sviluppa su 4 livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero Day Hospital e posti letto dedicati. La maggior parte dei pazienti dovrebbe iniziare il percorso terapeutico dal livello ambulatoriale ma già strutturato in una equipe multidisciplinare, e accedere ai trattamenti più intensivi in caso di mancato miglioramento.

Le controindicazioni a intraprendere un percorso di cura a livello ambulatoriale sono la presenza di un elevato rischio fisico e/o psichiatrico e le circostanze in cui si ritiene prioritario un periodo di cura in reparto ospedaliero o in una clinica specializzata. Per la valutazione dell'appropriatezza di un trattamento ambulatoriale, rispetto a quello intensivo, facciamo riferimento a un protocollo di collaborazione tra centri pubblici e case di cura convenzionate (Allegato B alla Dgr n. 94 del 31 gennaio 2012). Nel dettaglio le condizioni che indicano la necessità di un ricovero riabilitativo sono:

1. mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee guida per 12 settimane
2. rischio fisico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale. Ovvero:
  - peso corporeo molto basso (BMI inferiore a 15 kg/m<sup>2</sup>);
  - rapida perdita di peso corporeo (> 1 kg la settimana per almeno sei settimane);
  - elevata frequenza di vomito autoindotto (2 o più episodi al giorno nell'ultimo mese);
  - elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici (2 o più episodi al giorno di assunzione a dosi modeste oppure uso meno frequente a dosi molto elevate);
  - elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di sottopeso (5 o più episodi la settimana di durata superiore all'ora nell'ultimo mese);
  - sintomi e segni che indicano instabilità medica (es. episodi lipotimici, episodi di disorientamento o confusione, spasmi muscolari, brevità del respiro, edema alle caviglie o viso, astenia estrema, difficoltà a salire le scale o ad alzarsi dalla sedia senza usare le braccia, anomalie del ritmo cardiaco, frequenza cardiaca < 40 bpm, ipotermia severa, sangue nel vomito);

- rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale;
- difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale.

I professionisti che valutano e trattano le persone con un disturbo alimentare dovrebbero essere competenti per le fasce di età di cui si prendono cura, inoltre i professionisti sanitari, sociali ed educativi che lavorano con persone affette da Disturbi Alimentari dovrebbero essere formati e qualificati per intervenire anche con i familiari ma soprattutto è necessaria una formazione e una predisposizione alla collaborazione con team multidisciplinari, in quanto nei DAN è noto un più alto tasso di guarigione e remissione dei sintomi quando all'intervento psicoterapeutico è affiancato l'intervento nutrizionale. Sebbene i Disturbi Alimentari possano svilupparsi a qualsiasi età, è fondamentale tenere presente che il rischio è maggiore per le giovani donne e uomini di età compresa tra i 13 e i 17 anni riferimento.

Al momento di decidere con quale ordine trattare un disturbo alimentare e una condizione psicopatologica di comorbidità (sia in parallelo, come parte dello stesso piano di trattamento, sia uno dopo l'altro), è necessario tener conto della gravità e la complessità del disturbo alimentare in fase di assessment, delle comorbidità psichiatriche in essere e del livello di compromissione organica.

## **Obiettivi della terapia psicologica e degli interventi psicosociali**

- Permettere l'acquisizione di un maggior livello di consapevolezza delle proprie difficoltà emotive, comportamentali e relazionali;
- favorire un miglioramento rispetto alla psicopatologia specifica del disturbo e alla sintomatologia a esso associata;
- favorire la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso;
- promuovere l'autonomia personale, attraverso attività individuali e di gruppo che permettano un maggior inserimento nel tessuto sociale;
- sviluppare o recuperare le competenze necessarie all'inserimento nel mondo della scuola e/o del lavoro e a un recupero di una vita di relazione;
- sostenere nella quotidianità e con gruppi specifici le famiglie degli utenti.

## **Panoramica dei principali studi clinici**

Tra i vari modelli di intervento utilizzati nei DAN, le terapie cognitivo-comportamentali e le terapie familiari sono quelle più studiate e con i



maggiori dati di efficacia. Seppur con minori dati di efficacia, altre terapie, come quella interpersonale, comportamentali e dialettiche hanno dimostrato risultati preliminari promettenti. La CBT-E si è mostrata efficace con pazienti adulti e adolescenti, sia in regime di ricovero che ambulatoriale (Dalla Grave *et al.*, 2020).

La terapia cognitivo comportamentale potenziata (CBT-E; Fairburn, 2003; 2008) è attualmente il trattamento più studiato (Atwood & Friedman, 2020; Cooper & Fairburn, 2011; Dalla Grave *et al.*, 2013; 2014; Fairburn *et al.*, 2014; Wonderlich *et al.*, 2014) ed è considerato il trattamento di riferimento per trattare quadri psicopatologici come la Bulimia Nervosa (BN) e il disturbo da alimentazione incontrollata, come suggeriscono la maggior parte delle linee guida nazionali (Kaidesoja *et al.*, 2023). La CBT-E si è dimostrata efficace anche nell'Anoressia Nervosa (AN) e nei campioni transdiagnostici (Fairburn *et al.*, 2009; Monteleone *et al.*, 2022).

La sua efficacia sembra legata alla sua capacità di intervenire precocemente sulle errate abitudini alimentari e compensatorie. La terapia cognitivo-comportamentale, infatti, è efficace come intervento a breve termine quando specificamente diretto ai sintomi alimentari del disturbo e rispetto cognizioni disadattive. È utile per ridurre le abbuffate sintomi e migliorare gli atteggiamenti in merito a forma, peso e dieta restrittiva (Lampard *et al.*, 2013). Gli outcome ottenuti con questo trattamento sono buoni, ma c'è margine per ulteriori progressi. Altri studi clinici randomizzati mostrano che nella realtà clinica quotidiana solo il 50% dei pazienti con BN non è più sintomatica a fine trattamento (Poulsen *et al.*, 2014). Solo la metà dei pazienti adulti con AN o BN va incontro a guarigione e la maggior parte di loro dopo diversi anni di malattia e diversi tipi di trattamenti (Zipfel *et al.*, 2015; Steinhausen & Weber, 2009; Treasure *et al.*, 2015). In generale i trattamenti sono caratterizzati da un tasso di drop-out stimato intorno al 24% (Linardon, 2018).

Secondo una recente review (Kaidesoja *et al.*, 2023), che valuta l'estensione della psicoterapia cognitivo comportamentale a tutte le condizioni di salute (Fordham *et al.*, 2021a; b), si evince come la CBT-E fosse più efficace rispetto a diverse condizioni di controllo nel trattamento dei DAN, ma non in misura significativa. Pertanto, le evidenze in oggetto supportano solo parzialmente l'idea che la CBT-E sia superiore ad altri trattamenti, sottolineando la necessità di svolgere più studi, ampliando la letteratura al fine di esplorare l'impatto delle varie comorbilità sull'esito del trattamento. Altri studi infatti svolti per valutare l'efficacia della CBT-E mostrano come ci siano tassi di remissione post-trattamento dal 37% al 55% nei pazienti (Byrne *et al.*, 2017; Wonderlich *et al.*, 2014; Allen *et al.*, 2012), con tassi di remissione a 4 mesi del 40% (Wonderlich *et al.*, 2014).

Chi soffre di disturbi alimentari presenta spesso un'ampia gamma di disturbi in comorbidità, che non vengono valutati o presi in oggetto in molti degli studi presenti in letteratura. Ciò significa che anche coloro che hanno una remissione dei sintomi e dei comportamenti alimentari disfunzionali che caratterizzano il disturbo, possono ancora presentare sintomi e problemi interpersonali al termine del trattamento.

Altri approcci hanno mostrato avere un certo grado di efficacia negli adulti non sottopeso con disturbi alimentari. La terapia comportamentale dialettica (DBT) è stata adattata ai disturbi alimentari in varie modalità, per affrontare la disregolazione emotiva che è un antecedente rilevante dei comportamenti alimentari disadattivi (Safer *et al.*, 2009; Telch *et al.*, 2001). I risultati migliori sono stati ottenuti adottando il modello Stanford, applicato agli adulti con BN e con BED. In particolare, nei pazienti che soffrono di binge eating disorder la DBT è considerata una valida alternativa alla CBT-E quando quest'ultima non è stata efficace o quando la disregolazione emotiva ostacola il trattamento (Linardon *et al.*, 2017; Ben-Porath *et al.*, 2020).

In due studi recenti la CBT-E ambulatoriale di gruppo è stata confrontata con la DBT adattata per il disturbo da alimentazione incontrollata (Lammers *et al.*, 2020; 2021). La CBT si è rivelata leggermente superiore alla DBT-BED nel ridurre gli episodi oggettivi di abbuffate, la disregolazione emotiva e l'autostima. Al follow-up, la CBT-E si mostrata essere più efficace prendendo in esame fattori come l'autostima e la psicopatologia generale del disturbo alimentare. Lo studio è stato successivamente replicato in pazienti che soddisfacevano criteri di inclusione meno rigorosi (Lammers *et al.*, 2022), ovvero includendo partecipanti con BED sottosoglia, minore alimentazione emotiva e BMI inferiore a 30. È emerso come la DBT-BED implicava circa la metà del tempo trascorso in terapia rispetto alla DBT, risultando quindi una valida opzione terapeutica.

Nel complesso la DBT-ED appare come una valida alternativa per gli adulti affetti da BED, ma non superiore alla CBT-E (Linardon *et al.*, 2017; Ben-Porath *et al.*, 2020; Lammers *et al.*, 2020; 2022).

Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare l'efficacia della Acceptance and Commitment therapy (ACT), della Mindfulness e delle Emotionally Focused therapies. Allo stesso modo sono necessari maggiori studi che attestino l'efficacia dell'auto-aiuto e per le terapie somministrate on line.

Il problema si pone poiché i tassi di remissione spesso vengono posti solo per i sintomi target del DAN, nonostante tali disturbi presentino molte comorbidità, il che significa che la maggior parte dei pazienti termina il trattamento con sintomi psichiatrici e problemi interpersonali.

In letteratura è anche emerso come uno scarso funzionamento interperso-

nale sia un predittore di una risposta al trattamento più scarsa (Agras *et al.*, 2000a; Steiger *et al.*, 1993, Hamann *et al.*, 2009). Le persone con DAN presentano punteggi clinicamente significativi in quasi tutte le scale che misurano i modelli disadattivi precoci (Maher *et al.*, 2022). Ad esempio, le scale che misurano la presenza di schemi basati su esperienze traumatiche infantili, che partano all'idea che gli altri saranno portati ad adottare comportamenti minacciosi e di trascuratezza, sono associati alla gravità del disturbo alimentare (Meneguzzo *et al.*, 2021).

Infine, la loro presenza, se non affrontata, può ridurre l'aderenza al trattamento, aumentare la probabilità di abbandono della terapia e rimanere un fattore di rischio di recidiva dopo la conclusione del trattamento. Di conseguenza, le revisioni più recenti hanno messo in luce l'importanza di trovare nuove opzioni terapeutiche (Kaideja *et al.*, 2017; Solmi *et al.*, 2017).

Una possibile nuova strada è la terapia metacognitiva interpersonale per i disturbi alimentari (TMI-DCA; Fioravanti *et al.*, 2023), che è un adattamento specifico della TMI (Dimaggio *et al.*, 2007; 2015; 2020). La TMI-DCA si basa sul modello transdiagnostico (Fairburn *et al.*, 2003), ma con differenze specifiche (Popolo *et al.*, 2024), ovvero considera come parte integrante dei processi che intervengono nella sintomatologia dei DAN una scarsa metacognizione, ovvero una ridotta capacità di dare un senso agli stati mentali propri e degli altri e utilizzare la conoscenza sugli stati mentali per alleviare la sofferenza e migliorare il benessere e l'adattamento relazionale (Semerari *et al.*, 2003). La metacognizione è stata riscontrata essere gravemente compromessa nei pazienti che soffrono di disturbi alimentari, quasi quanto nei quadri clinici caratteristici dei disturbi psicotici (Lysaker *et al.*, 2023). Inoltre, considera il ruolo dei problemi interpersonali, come nella CBT-E, ma presta maggiore attenzione alla loro struttura interiorizzata ovvero agli schemi interpersonali disadattivi (Dimaggio *et al.*, 2015; 2020; Fioravanti *et al.*, 2023). Infine, segue una serie di procedure specifiche sia per trattare i sintomi che per affrontare i problemi sottostanti nella metacognizione e negli schemi interpersonali disadattivi (Fioravanti *et al.*, 2023).

## **Trattamento psicologico – Anoressia Nervosa**

Attualmente, per gli adulti con Anoressia Nervosa, vengono consigliati tre percorsi: la Terapia Cognitivo Comportamentale Potenziata per i Disturbi Alimentari (CBT-ED), il Trattamento Maudsley dell'Anoressia Nervosa per Adulti (MANTRA) e la Gestione Clinica Specialistica di Supporto (SSCM). In uno studio randomizzato rilevante sul trattamento dell'AN (SWAN; Byr-

ne *et al.*, 2017) la CBT-E è stata confrontata con lo Specialist Supportive Clinical Management e con il Maudsley Approach. I tre approcci hanno avuto risultati simili. Il tasso di aderenza nella CBT-E è stato del 66,7%. Il 59% delle pazienti che aveva completato la CBT-E era tornato normopeso al follow-up a un anno. Gli autori dello studio sottolineavano la necessità di sforzi per migliorare il trattamento per questo disturbo.

La CBT-ED per adulti tipicamente consiste in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane, con sessioni bi-settimanali nelle prime 2 o 3 settimane. Tale intervento mira a ridurre il rischio per la salute fisica e qualsiasi altro sintomo derivante dal Disturbo Alimentare, incoraggia un'alimentazione sana e il raggiungimento di un peso corporeo adeguato. La CBT-ED utilizza strumenti come la psico-educazione nutrizionale e la ristrutturazione cognitiva per favorire il miglioramento dell'autostima, della regolazione dell'umore e delle abilità sociali. Infine affronta il perfezionismo, la preoccupazione per l'immagine corporea e ha un modulo specifico sulla prevenzione delle ricadute.

Il trattamento MANTRA per adulti con Anoressia Nervosa consiste in 20 sessioni. Scopo del trattamento è motivare il paziente alla rialimentazione e incoraggiarlo a sviluppare una "identità non anoressica". Comprende il coinvolgimento dei familiari.

La SSCM per gli adulti con Anoressia Nervosa tipicamente consiste in 20 o più sessioni settimanali (a seconda della gravità) e si basa sul valutare, identificare e rivedere regolarmente i problemi principali e mira a sviluppare una relazione positiva tra la persona e il professionista attraverso il riconoscimento del legame tra sintomi e comportamento alimentare anomalo. Mira a ripristinare il peso attraverso la psicoeducazione e la consulenza nutrizionale.

Infine la Terapia Psicodinamica focalizzata sui Disturbi Alimentari (FPT) consiste in un massimo di 40 sessioni nell'arco di 40 settimane ed è basata sul fare un'ipotesi centrata sul paziente che abbia come focus cosa significano i sintomi per la persona, come ne influenzano i rapporti interpersonali.

Il primo trattamento suggerito per il trattamento psicologico dell'Anoressia Nervosa in bambini e adolescenti è la Terapia Familiare focalizzata sull'Anoressia Nervosa per bambini e giovani (FT-AN). La FT-AN consiste in 18-20 sessioni nell'arco di 1 anno ed enfatizza il ruolo della famiglia nell'aiutare la persona a guarire promuovendo la psicoeducazione familiare. Nel caso in cui la FT-AN non fosse efficace o controindicata, è necessario prendere in considerazione un percorso CBT-ED individuale. In questo caso, nelle sessioni familiari si identificano i fattori di mantenimento contestuali e si crea un piano di trattamento personalizzato basato sui processi che sem-

brano essere mantenimento del problema alimentare. Gli approcci familiari sono i più indicati nell'età evolutiva e adolescenti, particolarmente per i disturbi che durano meno di 3 anni. Infine, la terapia familiare e di coppia è utile in caso di problemi familiari o coniugali

## **Trattamento psicologico – Bulimia Nervosa**

Nel caso di adulti affetti da Bulimia Nervosa è raccomandato un intervento di CBT-E individuale, il cui protocollo si struttura in un massimo di 20 sessioni nell'arco di 20 settimane. Nella prima fase del trattamento è infatti importante stabilire un modello di alimentazione regolare e fornire incoraggiamento, consigli e supporto. Successivamente si affrontano le conseguenze della restrizione dietetica e cognitiva, le preoccupazioni relative al peso e forme del corpo e la tendenza ad abbuffarsi in risposta a pensieri ed emozioni ritenute dolorose.

Nel caso del trattamento psicologico della Bulimia Nervosa in bambini e adolescenti, le linee guida raccomandano la Terapia Familiare focalizzata sulla Bulimia Nervosa (FT-BN). Nel caso in cui la terapia FT-BN fosse controindicata o inefficace, è importante prendere in considerazione la Terapia Cognitivo Comportamentale focalizzata sui Disturbi Alimentari individuale (CBT-ED) per bambini e giovani con Bulimia Nervosa. La CBT-ED individuale per bambini e giovani con Bulimia Nervosa tipicamente consiste in 18 sessioni nell'arco di 6 mesi. Anche nella CBT-ED per la Bulimia Nervosa, nelle sessioni con genitori e familiari significativi, si fornisce un intervento di psicoeducazione sui Disturbi Alimentari e si identificano i fattori familiari che impediscono o che mantengono il DAN.

La terapia familiare e di coppia dovrebbe essere considerata specialmente per adolescenti che vivono con i genitori, per pazienti più anziani con conflitti in corso o con dinamiche di discordia coniugale. La psicoterapia di gruppo, il Self-help, risorse online e possono essere utili complementi per alcuni pazienti.

## **Trattamento psicologico – Disturbo da Alimentazione Incontrollata**

Nel trattamento psicologico del Disturbo da Alimentazione Incontrollata viene raccomandato come prima scelta un programma guidato di auto-aiuto per adulti basato sulla terapia cognitivo-comportamentale.

Se tale programma di auto-aiuto guidato non viene accettato dalla perso-

na, è controindicato o inefficace dopo 4 settimane, è opportuno orientare la persona verso una terapia cognitivo comportamentale focalizzata sui Disturbi Alimentari (CBT-ED), nello specifico viene raccomandata una terapia di gruppo. I programmi CBT-ED di gruppo consistono in 16 sessioni di gruppo settimanali da 90 minuti nell'arco di 4 mesi, con un focus sulla psicoeducazione, sull'automonitoraggio del comportamento alimentare e sull'aiutare la persona ad analizzare i propri problemi e obiettivi, identificando le cause che portano alle condotte di abbuffata e includendo la stesura di un piano di assunzione alimentare giornaliero.

Nel caso in cui la CBT-ED di gruppo non fosse disponibile o la persona la rifiutasse, è opportuno prendere in considerazione la CBT-ED individuale per adulti con disturbo da alimentazione incontrollata, la quale consiste in 16-20 sessioni, e si pone come obiettivo quello di sviluppare una formulazione personalizzata dei problemi psicologici della persona, per determinare come i fattori di restrizione dietetica e cognitiva, e i fattori emotivi contribuiscano alle abbuffate. Sulla base di tale formulazione si promuovono gli aspetti psicoeducativi e si affrontano le credenze collegate al sintomo alimentare tramite la ristrutturazione cognitiva.

Per i bambini e i giovani con Disturbo da Alimentazione Incontrollata, le linee guida raccomandano di offrire lo stesso trattamento ritenuto idoneo ed efficace per gli adulti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

La terapia interpersonale e la terapia comportamentale dialettica hanno mostrato efficacia nel trattamento dei sintomi comportamentali e psicologici. Altre diete, terapie comportamentali, psicoterapia psicodinamica, e i trattamenti psicosociali condotti attraverso organizzazioni di auto-aiuto non hanno studi disponibili con risultati sistematici

## **Trattamento farmacologico**

In generale, è bene tener presente che i trattamenti farmacologici impiegati vanno associati agli approcci di correzione della nutrizione e ai percorsi di psicoterapia. Per quanto concerne pazienti con BN, gli antidepressivi SSRI sono un'opzione di trattamento ben testata e ampiamente utilizzata. Per pazienti con AN emerge la difficoltà nel delineare linee guida di trattamento univoche, soprattutto in considerazione della diversa efficacia che dimostrano avere i vari farmaci in momenti differenti della malattia, oggi l'efficacia del trattamento farmacologico nell'AN è limitata. Attualmente i farmaci che paiono dare migliori risultati sono gli SSRI. I nuovi trial sull'olanzapina si stanno dimostrando incoraggianti e degni di nuovi approfondimenti.

## Conclusioni

Dalla letteratura emerge che la risposta al trattamento dei pazienti che soffrono di disturbi alimentari è incompleta qualsiasi trattamento venga utilizzato (Byrne *et al.*, 2017, Reas & Grilo, 2021); se ci poniamo come obiettivo il mantenimento nel tempo della remissione sintomatologica e un miglior funzionamento globale della persona, è necessario, allora, migliorare la comprensione dei meccanismi psicopatologici che sono alla loro base per favorire anche una maggiore aderenza al trattamento proposto.

Secondo alcuni autori per andare in questa direzione è necessario tener conto dell'interazione tra diversi fattori genetici-biologici, sociali e individuali che determinano e mantengono i DAN (Treasure *et al.*, 2015). In quest'ottica i trattamenti dovrebbero tenere maggiormente in considerazione alcuni aspetti spesso in comorbidità con i DAN, come: la presenza di ansia e depressione, gli aspetti alessitimici, le difficoltà nella regolazione emotiva e nella percezione e rappresentazione di sé e la presenza di problemi interpersonali e di disfunzioni metacognitive che si presentano sotto forma di disturbi di personalità (Harrison *et al.*, 2010; Hartmann *et al.*, 2010; Lavender *et al.*, 2015; Ung *et al.*, 2017). Come abbiamo visto la metacognizione, ovvero la capacità umana di comprendere gli stati mentali propri e altrui, di riflettere su di essi e padroneggiarli (Dimaggio & Semerari, 2003; Dimaggio & Lysaker, 2010) è un aspetto frequentemente compromesso nella popolazione DAN, oltre a essere un aspetto prototipico dei PD. Ulteriori studi devono essere tesi a dimostrare, in quest'ottica, se la scarsa metacognizione, che uno studio recente suggerisce essere gravemente compromessa nei DAN, in particolare nell'AN (Lysaker *et al.*, 2023) agisca rendendo più difficile al paziente stesso e al clinico comprendere i contenuti mentali della patologia alimentare, rendendo in questo modo più difficile il trattamento. Va notato inoltre che la presenza del sottopeso altera le capacità cognitive e a maggior ragione metacognitive, favorendo aspetti come la rigidità cognitiva, l'ossessività e aumentano l'irrequietezza motoria e la deflessione del tono dell'umore (Calugi *et al.*, 2018), aspetti di cui necessariamente va tenuto conto quando si propone un trattamento per i DAN.

Tenendo conto dell'insieme di questi aspetti, affinché l'intervento risulti essere efficace per il miglioramento del disturbo e il mantenimento dei risultati ottenuti, è necessario prevedere una concettualizzazione del caso che comprenda ciascuna dimensione sopracitata. Questo favorirebbe il cambiamento dei comportamenti legati al disturbo, ovvero la normalizzazione delle condotte alimentari e del peso, ma aiuterebbe anche a interrompere i comportamenti che mantengono il disturbo, come la sopracitata disregola-



zione emotiva, gli aspetti Alessitimici e le difficoltà interpersonali. Inoltre, vista l'elevata comorbidità tra disturbi di personalità (DP) e DAN (Eielsen *et al.*, 2022; Martinussen *et al.*, 2021) e il loro impatto negativo sulla prognosi (Simpson *et al.*, 2021) sarebbe necessario utilizzare un modello di trattamento efficace anche nella cura dei disturbi di personalità e delle disfunzioni metacognitive in essi presenti.

Entrando invece nel merito degli studi di efficacia suddivisi per diagnosi, esistono poche prove sui trattamenti psicologici per le persone con Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Gli studi che sono stati pubblicati non hanno sempre fornito un adeguato tasso di remissione. Sebbene esistano alcune evidenze a favore della CBT-ED individuale, è stato identificato solo uno studio per la CBT-ED individuale e non erano disponibili dati sulla remissione. Inoltre, non è chiaro se la CBT-ED individuale sia più efficace della CBT-ED di gruppo. Anche per quanto riguarda i trattamenti per i bambini e i giovani sono presenti poche prove di efficacia.

Inoltre dovrebbero essere misurati anche i fattori di mediazione e moderazione che hanno un effetto sull'efficacia del trattamento, in modo da poter affrontare gli ostacoli al trattamento e promuovere fattori positivi.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è che dovrebbero essere condotti studi randomizzati e controllati per confrontare il rapporto costo-efficacia e clinico-economico dei trattamenti psicologici per adulti, bambini e giovani. I trattamenti psicologici attualmente consigliati consistono in un numero elevato di sedute (tipicamente tra le 20 e le 40) erogate in un lungo periodo di tempo. Partecipare a un numero elevato di sedute rappresenta un impegno importante per una persona con un disturbo alimentare (DAN) e un costo elevato per i servizi. Dovrebbero essere condotti studi randomizzati e controllati sui trattamenti psicologici raccomandati in questa linea guida, per confrontare se un numero ridotto di sessioni siano efficaci quanto il numero attualmente raccomandato.

Infine, gli studi che hanno valutato la comorbidità nei disturbi dell'alimentazione hanno spesso riscontrato notevoli limiti metodologici, tra cui: l'insorgenza cronologica, spesso infatti non viene specificato se l'esordio del disturbo in comorbidità sia antecedente o posteriore a quello del DAN, la numerosità campionaria troppo ridotta, criteri di inclusione/esclusione poco precisi, utilizzo di reattivi psicometrici non appropriati, limitato uso dei gruppi di controllo, mancata valutazione dei sintomi da malnutrizione indotti dal sottopeso (come la deflessione timica, la spossatezza, la faticabilità ecc.) e la poca precisione rispetto alle misure di esito primarie, che dovrebbero includere: remissione; abbuffate; comportamenti compensatori e peso o Indice di Massa Corporea (BMI) (Garner & Dalle Grave, 1999; Dalle Grave, Sartirana, Calugi, 2019).



## Bibliografia

- Agras W.S., Walsh T., Fairburn C.G., Wilson G.T., Kraemer H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5): 459-466. DOI: 10.1001/archpsyc.57.5.459.
- Atwood M.E. & Friedman A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3): 311-330. DOI: 10.1002/eat.23206.
- Ball J., Mitchell P. (2004). A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eating Disorders*, 12(4): 303-314. DOI: 10.1080/10640260490521389.
- Ben-Porath D., Duthu F., Luo T., Gonidakis F., Compte E.J. & Wisniewski L. (2020). Dialectical behavioral therapy: an update and review of the existing treatment models adapted for adults with eating disorders. *Eating Disorders*, 28(2): 101-121. DOI: 10.1080/10640266.2020.1723371.
- Bhadoria R., Webb K. & Morgan J.F. (2010). Treating eating disorders: a review of the evidence. *BMJ Mental Health*, 13(1): 1-4. DOI: 10.1136/bmh.13.1.1.
- Bould H., Newbegin C., Stewart A., Stein A. & Fazel M. (2017). Eating disorders in children and young people. *BMJ*, 359. DOI: 10.1136/bmj.j5245.
- Bulik C.M., Berkman N.D., Brownley K.A., Sedway J.A., Lohr K.N. (2007). Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4): 310-320. DOI: 10.1002/eat.20367.
- Calugi S., Chignola E., El Ghoch M. & Dalle Grave R. (2018). Starvation symptoms in patients with anorexia nervosa: a longitudinal study. *Eating Disorders*, 1-15. DOI: 10.1080/10640266.2018.1471921.
- Carter F.A., Jordan J., McIntosh V.V., Luty S.E., McKenzie J.M., Frampton C.M., Bulik C.M., Joyce P.R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7): 647-654. DOI: 10.1002/eat.20879.
- Crow S.J., Mitchell J.E., Crosby R.D., Swanson S.A., Wonderlich S., Lancaster K. (2009). The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6): 451-453. DOI: 10.1016/j.brat.2009.02.006.
- 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 Weight Disorder*, 12(3): 108-113. DOI: 10.1007/BF03327637.
- Dalle Grave R., Pasqualoni E. & Marchesini G. (2011). Symptoms of starvation in eating disorder patients. In Preedy V.R. (ed.), *Handbook of Behavior, Food and Nutrition* (pp. 2259-2269). New York: Springer Science+Business Media.
- Datta N., Matheson B.E., Citron K., Van Wye E.M. & Lock J.D. (2023). Evidence based update on psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(2): 159-170. DOI: 10.1080/15374416.2022.2109650.
- Devlin M.J., Goldfein J.A., Petkova E., Jiang H., Raizman P.S., Wolk S., Mayer L., Carino J., Bellace D., Kamenetz C., Dobrow I., Walsh T.B. (2005). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity Research & Clinical Practice*, 13: 1077-1088. DOI: 10.1038/oby.2005.126.

- Devlin M.J., Goldfein J.A., Petkova E., Liu L., Walsh T.B. (2007). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: two-year follow-up. *Obesity*, 15: 1702-1709. DOI: 10.1038/oby.2007.203.
- Donini L., Nizzoli U., Bosello O., Melchionda N., Spera G. & Cuzzolaro M. (2017). *Manuale per la cura e la prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e delle Obesità (DA&O)*. Milano: SICS.
- Fairburn C.G., Bailey-Straebler S., Basden S., Doll H.A., Jones R., Murphy R., ... & Cooper Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70: 64-71. DOI: 10.1016/j.brat.2015.04.010.
- Fisher C.A., Hetrick S.E., Rushford N. (2010). Family therapy for Anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD004780). DOI: 10.1002/14651858.CD004780.pub2.
- Fordham B., Sugavanam T., Edwards K., Stallard P., Howard R., das Nair R., Copey B., Lee H., Howick J., Hemming K. & Lamb S.E. (2021). The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(1): 21-29. DOI: 10.1017/S0033291720005292.
- Fordham B., Sugavanam T., Edwards K., Hemming K., Howick J., Copey B., Lee H., Kaidesoja M., Kirtley S., Hopewell S., das Nair R., Howard R., Stallard P., Hamer-Hunt J., Cooper Z., Lamb S.E. (2021). Cognitive-behavioural therapy for a variety of conditions: an overview of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Health Technology Assessment*, 25(9): 1-378. DOI: 10.3310/hta25090.
- Godart N., Berthoz S., Curt F., Perdereau F., Rein Z., Wallier J., Horreard A.S., Kaganski I., Lucet R., Atger F., Corcos M., Fermanian J., Falissard B., Flament M., Eisler I., Jemmet P. (2012). A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. *PLoS One*, 7 (1): 1-9. DOI: 10.1371/journal.pone.0028249.
- Grilo C.M., Masheb R.M., Wilson G.T., Gueorguieva R., White M.A. (2011). Cognitive-behavioral therapy, behavioral weight loss, and sequential treatment for obese patients with binge-eating disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5): 675- 685. DOI: 10.1037/a0025049.
- Grover M., Naumann U., Mohammad-Dar L., Glennon D., Ringwood S., Eisler I., Williams C., Treasure J., Schmidt U. (2011). A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 20:1-11. DOI: 10.1017/S0033291711000766.
- Hartmann A., Weber S., Herpertz S., Zeeck A. (2009). Psychological treatment for anorexia nervosa: a metaanalysis of standardized mean change. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(4): 216-226. DOI: 10.1159/000322360.
- Hay P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1): 24-29. DOI: 10.1111/imj.14691.
- Hay P.J., Bacaltchuk J., Stefano S., Kashyap P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD000562). DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub3.
- Hay P.J., Bacaltchuk J., Stefano S. (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Systematic Review*, 3(CD000562). DOI: 10.1002/14651858.CD000562.pub2.

- Herpertz S., Hagenah U., Vocks S., von Wietersheim J., Cuntz U. & Zeeck A. (2011). The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(40): 678. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678.
- Hilbert A., Hoek H.W. & Schmidt R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6): 423-437. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000360.
- Kaidesoja M., Cooper Z. & Fordham B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *The International Journal of Eating Disorders*, 56(2): 295-313. DOI: 10.1002/eat.23831.
- Lammers M.W., Vroling M.S., Crosby R.D. & van Strien T. (2020). Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders*, 8(1): 27. DOI: 10.1186/s40337-020-00299-z.
- Lammers M.W., Vroling M.S., Crosby R.D. *et al.* (2021). Correction to: Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders*, 9: 165. DOI: 10.1186/s40337-021-00515-4.
- Lammers M.W., Vroling M.S., Crosby R.D., van Strien T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 55(7): 902-913. DOI: 10.1002/eat.23750.
- Lampard A.M., Tasca G.A., Balfour L. & Bissada H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2): 99-107. DOI: 10.1002/erv.2214.
- Leombruni P., Amianto F., Mondelli V., Abbate Daga G., Dosio D., Pierò A. & Fassino S. (2003). Trattamento farmacologico dei disturbi del comportamento alimentare. *Journal of Psychopathology*, 4.
- Linardon J., Wade T.D., de la Piedad Garcia X. & Brennan L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11): 1080-1094. DOI: 10.1037/ccp0000245.
- Mammone I. & Dimaggio, G. (2023). Suggestimenti di buona pratica clinica per il disturbo evitante di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 52. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16175.
- McIntosh V.V., Carter F.A., Bulik C.M., Frampton C.M., Joyce P.R. (2011). Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 41(5): 1061-1071. DOI: 10.1017/S0033291710001583.
- Meneguzzo P., Cazzola C., Castegnaro R., Buscaglia F., Bucci E., Pillan A., Garolla A., Bonello E. & Todisco P. (2021). Associations Between Trauma, Early Maladaptive Schemas, Personality Traits, and Clinical Severity in Eating Disorder Patients: A Clinical Presentation and Mediation Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.661924.
- Mitchell J.E., Agras S., Crow S., Halmi K., Fairburn C.G., Bryson S., Kraemer H. (2011). Stepped care and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: randomized trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5): 391-397. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082172.
- Mitchell J.E., Agras W.S., Wilson G.T., Halmi K., Kraemer H., Crow S. (2004). A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive beha-

- viator therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4): 549-555. DOI: 10.1002/eat.10265.
- Mitchell J.E., Crosby R.D., Wonderlich S.A., Crow S., Lancaster K., Simonich H., Swan-Kremer L., Lysne C., Myers T.C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5): 581-592. DOI: 10.1016/j.brat.2008.02.004.
- Monteleone A.M., Pellegrino F., Croatto G., Carfagno M., Hilbert A., Treasure J., Wade T., Bulik C.M., Zipfel S., Hay P., Schmidt U., Castellini G., Favaro A., Fernandez-Aranda F., Il Shin J., Voderholzer U., Ricca V., Moretti D., Busatta D., Abbate-Daga G., ... Solmi M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 142, 104857. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104857.
- National Guideline Alliance (UK) (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Nicolò G., Azzara C., Cantelmi V., Contrada C. & Mozzetta G. (2023). Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento psicologico dei Disturbi Borderline e Antisociale di Personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*. DOI: 10.3280/qpc52-2023oa16173.
- Peterson C.B., Mitchell J.E., Crow S.J., Crosby R.D., Wonderlich S.A. (2009). The efficacy of self-help group treatment and therapist led group treatment for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12): 1347-1354. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09030345.
- Poulsen S., Lunn S., Daniel S.I., Folke S., Mathiesen B.B., Katznelson H. & Fairburn C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 171(1): 109-116. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511.
- Rhodes P., Brown J., Madden S. (2009). The Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa: a qualitative evaluation of parent-to-parent consultation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2): 181-192. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2009.00115.x.
- Russell H., Aouad P., Le A., Marks P., Maloney D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz S. & Maguire S. (2023). Psychotherapies for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1): 175. DOI: 10.1186/s40337-023-00886-w.
- Safer D.L., Robinson A.H., Jo B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1): 106-120. DOI: 10.1016/j.beth.2009.01.006.
- Sanchez-Ortiz V.C., Munro C., Stahl D., House J., Startup H., Treasure J., Williams C., Schmidt U. (2011). A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychological Medicine*, 41(2): 407-417. DOI: 10.1017/S0033291710000711.
- Schmidt U., Landau S., Pombo-Carril M.G., Bara-Carril N., Reid Y., Murray K., Treasure J., Katzman M. (2006). Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. *British Journal Clinical Psychology*, 45(1): 111-121. DOI: 10.1348/014466505X29143.
- Schmidt U., Lee S., Beecham J., Perkins S., Treasure J., Yi I., Winn S., Robinson P., Murphy

- R., Keville S., Johnson-Sabine E., Jenkins M., Frost S., Dodge L., Berelowitz M., Eisler I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4): 591-598. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.4.591.
- Schmidt U., Magill N., Renwick B., Keyes A., Kenyon M., Dejong H., ... & Landau S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4): 796. DOI: 10.1037/ccp0000019.
- Solmi M., Wade T.D., Byrne S., Del Giovane C., Fairburn C.G., Ostinelli E.G., ... & Cipriani A. (2021). Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(3): 215-224. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30566-6.
- Steinhausen H.C. & Weber S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12): 1331-1341. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09040582.
- Striegel-Moore R.H., Wilson G.T., DeBar L., Perrin N., Lynch F., Rosselli F., Kraemer H.C. (2010). Cognitive behavioral guided self help for the treatment of recurrent binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3): 312-321. DOI: 10.1037/a0018915.
- Telch C.F., Agras W.S. & Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6): 1061-1065. DOI: 10.1037//0022-006x.69.6.1061.
- Treasure J., Zipfel S., Micali N., Wade T., Stice E., Claudino A., Schmidt U., Frank G.K., Bulik C.M., Wentz E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 26;1:15074. doi: 10.1038/nrdp.2015.74.
- Vocks S., Tuschen-Caffier B., Pietrowsky R., Rustenbach S.J., Kersting A., Herpertz S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 10; 43(3): 205-217. DOI: 10.1002/eat.20696.
- Wilson G.T., Wilfley D.E., Agras W.S., Bryson S.W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 67(1): 94-101. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170.
- Wonderlich S.A., Peterson C.B., Crosby R.D., Smith T.L., Klein M.H., Mitchell J.E. & Crow S.J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44(3): 543-553. DOI: 10.1017/S0033291713001098.
- Zipfel S., Giel K.E., Bulik C.M., Hay P. & Schmidt U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12): 1099-1111. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00356-9.